

**ASISTENCIA INTEGRAL EN CUIDADOS PALIATIVOS DE PACIENTES EN
ESTADO TERMINAL EN COLOMBIA**

EDGAR ADRIÁN VALENCIA

LINA YISSETH ZULUAGA

PROYECTO DE GRADO II

PROFESOR:

ORLANDO VÁSQUEZ

UNIVERSIDAD ICESI

FACULTAD DE CIENCIAS ADMINISTRATIVAS Y ECONÓMICAS

PROGRAMA DE ADMINISTRACIÓN DE EMPRESAS

SANTIAGO DE CALI

28 DE NOVIEMBRE DE 2012

Contenido

RESUMEN	3
MARCO TEÓRICO.....	4
Sistema de Salud en Colombia.....	4
REGÍMENES DEL SISTEMA.....	7
ANTECEDENTES	8
ESTADÍSTICAS.....	12
Entrevistas con expertos.....	23
CONCLUSIONES.....	27
GLOSARIO.....	29

RESUMEN

Este trabajo de investigación resume los parámetros generales bajo los cuales se presta el servicio de salud en Colombia. Muestra de manera somera los diferentes cambios que el Sistema de Salud en Colombia ha experimentado durante los últimos 60 años y confronta la actualidad de lo que se plantea en dicho Sistema contra la realidad que afrontan muchos usuarios en los casos en los que padecen enfermedades que no gozan de un cubrimiento amplio y ante lo cual deben acudir a mecanismos legales para garantizar que se les presten los servicios requeridos.

Este trabajo sirve como soporte para futuras investigaciones acerca de la falencia que se presenta en el sistema de salud en Colombia en lo relacionado con la asistencia integral que se les brinda a pacientes en estado terminal.

Palabras Claves: Pacientes terminales, Cuidados paliativos, Asistencia Integral, Enfermedades catastróficas, cáncer, Entidades de Salud Públicas, Entidades de salud Privadas, Entidades prestadoras de servicios (EPS).

MARCO TEÓRICO

Sistema de Salud en Colombia

El sistema vigente de salud en Colombia está reglamentado por la ley 100, expedida en 1993 (con dos reformas posteriores, ley 1122 de 2007 y ley 1428 de 2011), la cual reglamenta el sistema de seguridad social integral dentro del cual el estado, con su ideal de salud, “creó el Sistema de Seguridad social Integral en Colombia que reúne de manera coordinada un conjunto de entidades, normas y procedimientos con el fin principal de garantizar una calidad de vida que este acorde con la dignidad humana, haciendo parte del Sistema de Protección Social junto con políticas, normas y procedimientos de protección laboral y asistencia social”¹.

El sistema de Salud colombiano está regulado por el gobierno nacional, actúa como intermediario el Ministerio de la Protección Social bajo mandato constitucional y delegado en lo operativo al sector privado y público.

Este sistema está compuesto por unos entes de control y unos entes operativos:

Entes de Control: El Estado, quien actúa como ente de coordinación, dirección y control, y cuyos organismos son:

- Superintendencia Nacional de Salud: Formula, dirige y coordina la política de inspección, vigilancia y control del sector salud y del sistema general de seguridad social en salud
- Ministerio de la Protección Social: El MSPS se encarga de determinar las directrices en cuanto al aseguramiento de la población a través de los regímenes obligatorios de pensión y de salud, así como es el organismo rector sobre asistencia social y salud pública.
- Comisión de Regulación en Salud (CRES): Organismo de dirección del sistema de salud

¹(CUENTA DE ALTO COSTO, 2011)

Entes Operativos: Entre los que se encuentran las aseguradoras, los prestadores y proveedores.

Aseguradoras: “Son entidades públicas o privadas que aseguran a la población, actúan como garantes de la población y deben administrar eficientemente los recursos que provee el estado en forma de prima anual denominada *Unidad de Pago por Capitación - UPC*- Gestionando el riesgo en salud de su población y aseguran la disponibilidad de la red adecuada de prestación de servicios para que su afiliados reciban los servicios de prevención, atención y rehabilitación. Se encargan de caracterizar la población y movilizarla y diseñar y asegurar los modelos de atención”².

- EPS: Su función es organizar y garantizar, la prestación de los servicios de salud que se encuentran en el POS (Plan Obligatorio de Salud) y son las responsables de la gestión de riesgos derivados de la enfermedad general o no ocupacional.
- ARP: Son las responsables de cubrir los eventos derivados de riesgos ocupacionales o de trabajo.

Prestadoras (IPS): Son los hospitales, clínicas, laboratorios, consultorios, etc. que prestan el servicio de salud. Pueden ser públicas o privadas.

Proveedores: “Es el grupo de empresas de la industria farmacéutica, de insumos y tecnología que interactúa de diversas formas con el estado, las aseguradoras, los prestadores y los pacientes”.

En cuanto a la financiación del sistema³, el gobierno destina los recursos en salud al Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA), el cual fue creado a partir del artículo 218 de la ley 100 de 1993 y el artículo 1 del Decreto 1283 del 23 de Julio de 1996. Esta cuenta está adscrita al Ministerio de la protección Social manejada por encargo fiduciario y quien es la encargada de realizar una distribución a cada una de sus subcuentas, con el objetivo de cubrir todos los frentes del sistema de seguridad social.

² (CUENTA DE ALTO COSTO, 2011)

³ (MINISTERIOS DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, 2012)

- Subcuenta ECAT: Se encarga de subsanar el costo de las atenciones de las víctimas de accidentes de tránsito a través del SOAT y las víctimas de eventos catastróficos y terroristas.
- Subcuenta Compensación: Es la encargada de recaudar el valor de la compensación en el régimen contributivo, entendiéndose como compensación el descuento de las cotizaciones recaudadas por las EPS y demás entidades obligadas a compensar derivadas de los descuentos en salud y pensión que se realizan a los empleados y empleadores. La subcuenta de compensación financia el régimen contributivo mediante el pago de UPC (Unidad de pago por capitación), es decir la CRES fija una tarifa fija para la UPC la cual se reconoce por un usuario afiliado, de ésta forma el Fosyga con recursos de esta cuenta gira a cada una de las EPS el valor de UPC proporcional a la cantidad de afiliados independientemente si éstos utilizan los servicios o no
- Subcuenta Solidaridad: Recauda los recursos aportados por todos los actores del sistema con destino al régimen subsidiado.
- Subcuenta Promoción: Financia las actividades de educación, información y fomento de la salud y de prevención de la enfermedad, las cuales se encuentran en el Plan de Atención Básica (PAB)

Dentro del Sistema de Salud en Colombia se encuentra estipulado el Plan Obligatorio de Salud, en donde “A partir del 1 de julio de 2012 todos los colombianos, sin importar el régimen al que estén afiliados, pueden acceder a un mismo Plan Obligatorio de Salud. El POS vigente en Colombia, definido por la Comisión de Regulación en Salud, CRES, en el Acuerdo 029 de 2011, es un conjunto de: 5.874 actividades, procedimientos e intervenciones en salud y servicios hospitalarios, y más de 730 medicamentos para la atención de toda y cualquier condición de salud, enfermedad o patología para usuarios de todas las edades.

Incluye un conjunto de acciones de prevención de la enfermedad y de recuperación de la salud desde la medicina preventiva hasta diversos tratamientos avanzados de todas y

cualquiera de las enfermedades o condiciones que hacen necesaria la atención en salud”⁴.

REGÍMENES DEL SISTEMA⁵

Hay dos formas de afiliación al sistema, mediante el régimen Subsidiado o régimen Contributivo:

- **Régimen Subsidiado:** Para lograr la afiliación de la población pobre y vulnerable del país al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), el Estado colombiano ha definido al régimen subsidiado en salud como su vía de acceso efectiva al ejercicio del derecho fundamental de la salud. Este modelo funciona a través de las transferencias de la Nación a los municipios, donde el 60% de estos recursos debe dedicarse a los problemas de salud de la población más vulnerable.
- **Régimen Contributivo:** Al régimen contributivo, se deben afiliar las personas que tienen una vinculación laboral, es decir, con capacidad de pago como los trabajadores formales e independientes, los pensionados y sus familias. La contribución es del 12% del sueldo del trabajador, de los cuales el 11% son para el financiamiento y el 1% se transfiere al régimen subsidiado. Del total del 12%, el 4% lo paga el trabajador y el restante 8% lo paga el empleador. Las personas independientes cancelan el 12% y los pensionados el 12.5%.

⁴ (MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, 2012)

⁵ (MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, 2012)

ANTECEDENTES

Durante los últimos sesenta (60) años, el sistema de salud en Colombia ha sufrido cambios significativos que han llevado a dar una mayor cobertura para la población colombiana, en lo referente a la salud. Se pasó de unas acciones enfocadas en atender aspectos de carácter sanitario, al cubrimiento de los empleados públicos y al de los empleados del sector privado con un empleo formal, y finalmente en el año de 1993 se reglamenta el sistema de seguridad social en Colombia a través de la ley 100, con la cual se pretende evitar el monopolio del estado sobre este servicio, dar mayor cubrimiento a la población y enmarcar este servicio dentro de la libre competencia, dando paso al surgimiento de las empresas prestadoras de servicios (EPS).

Cada uno de los colombianos, bien sea que este bajo el régimen de salud subsidiado o contributivo, tiene derecho a unos servicios básicos que deben ser prestados por las EPS y que se encuentran estipulados en la ley 100; la cual ha sufrido una serie de reformas (ley 1122 del 2007, ley 1438 del 2011) y está sujeta a unos acuerdos (Acuerdo CRES 028 del 2011, acuerdo 029 del 2011 entre otros) que buscan modificar la ley o fortalecerla o bien definir y modificar los planes obligatorios de salud (Pos).

Sin embargo, el sistema de salud en Colombia presenta una legislación que se construye día a día con cada una de las sentencias que se dictaminan en su más alta instancia “La corte constitucional, la cual “como cabeza de la jurisdicción constitucional, conoce de manera exclusiva de los asuntos de constitucionalidad cuyo análisis le confía la Carta Política y establece, en su condición de intérprete autorizado, las reglas jurisprudenciales sobre el alcance de las normas contenidas en la Constitución”⁶.

Dado el carácter de índole económico que se desprende de los servicios que brindan las EPS, en la búsqueda de brindar un servicio y percibir utilidad por el mismo, se observa cómo a través del tiempo, estas entidades han estado sujetas a una serie de reclamaciones, interpuestas mediante tutelas, que buscan que las EPS brinden un servicio más amplio e integral a la población, del que se ha definido en las leyes.

6 (CORTE CONSTITUCIONAL DE COLOMBIA, 2009)

El Plan Obligatorio de Salud (POS) no resulta ser integral, en tanto que los pacientes deben velar en muchas ocasiones por su salud, mediante acciones jurídicas que les permitan tener acceso a un servicio idóneo, donde se les brinde procedimientos adecuados y medicamentos más efectivos de ser requeridos, o bien soluciones alternas que mejoren su calidad de vida.

Es así como en el año 2008, la corte constitucional profirió la Sentencia T-760⁷ como respuesta a problemas recurrentes de violaciones al derecho a la salud y al reflejo de las dificultades estructurales del Sistema General de Seguridad Social en Salud, generadas principalmente por diversas fallas en su regulación”.

Hoy en día, la sentencia T-760 sirve como soporte para que los jueces determinen si la tutela aplica o no, sin embargo, continúan apareciendo tutelas en las que los usuarios solicitan de una asistencia completa e integral.

La sentencia T- 760, es un documento en el cual muchos de los jueces se basan para pronunciar sus fallos, pues en ella “la Corte Constitucional aborda varios casos en los que se invoca la protección del derecho a la salud –concretamente, el acceso a servicios de salud que se requieren–, cuya solución ha sido clara y reiterada en la jurisprudencia de esta Corporación. Estos casos se refieren a diversas situaciones en las cuales el acceso a los servicios de salud requerido fue negado. Estas situaciones son las siguientes: acceso a servicios de salud contemplados en el plan obligatorio de salud, POS, sometidos a pagos moderadores; acceso a servicios de salud no incluidos dentro del POS; acceso a los servicios de salud que requiere un menor para su adecuado desarrollo; reconocimiento de incapacidades laborales cuando no se cumplen los requisitos de pago oportuno; acceso a los servicios de salud en condiciones de integralidad; acceso a los servicios de salud de alto costo y para tratar enfermedades catastróficas, así como a los exámenes diagnósticos; acceso a los servicios de salud requeridos por personas vinculadas al Sistema de Salud, en especial si se trata de menores; acceso a los servicios de salud cuando se requiere desplazarse a vivir en lugar distinto a aquel en que reside la persona; libertad de elección de la ‘entidad encargada de garantizarle el acceso a la prestación de los servicios de salud’ y duda acerca de la inclusión del lente intraocular

⁷(CORTE CONSTITUCIONAL DE COLOMBIA, 2012)

en el POS y procedencia del recobro. También fueron repartidos a esta Sala casos en los cuales alguna EPS pedía el reembolso oportuno de los gastos de un servicio médico no cubierto por el POS.

A medida que estos fueron llegando a la Corte, fueron solucionados mediante autos en los que se adoptaron como medidas cautelares las órdenes adecuadas y necesarias para garantizar los derechos de las personas, de acuerdo a las reglas jurisprudenciales aplicables. Los casos en cuestión fueron acumulados entre sí para ser fallados en conjunto, teniendo en cuenta la unidad temática entre éstos. La Sala resolverá confirmar las medidas cautelares adoptadas en cada uno de los casos, reiterando además, en la parte resolutive, la jurisprudencia aplicable”⁸.

La acción de tutela en Colombia está consagrada en el artículo 86 de la Constitución Política de 1991: “Toda persona tendrá acción de tutela para reclamar ante los jueces, en todo momento y lugar, mediante un procedimiento preferente y sumario, por sí misma o por quien actúe a su nombre, la protección inmediata de sus derechos constitucionales fundamentales, cuando quiera que éstos resulten vulnerados o amenazados por la acción o la omisión de cualquier autoridad pública”⁹... y de los particulares en los casos establecidos por la Ley.

La acción de tutela se refiere a los derechos fundamentales de las personas, es decir, todos aquellos que son inherentes al individuo, que existen antes que el Estado y que están por encima de cualquier norma o ley que los reconozca o no. Según la Corte Constitucional, el que un derecho sea o no fundamental no se puede determinar sino en cada caso en concreto, según la relación que dicho caso tenga con uno u otro derecho fundamental.

La protección de esta acción consiste en una orden para que aquel contra quien se dirige la tutela, actúe o se abstenga de hacerlo. El fallo es de cumplimiento inmediato y podrá impugnarse ante el juez competente. En todo caso, el juez lo remitirá a la Corte Constitucional para su eventual revisión.

⁸ (CORTE CONSTITUCIONAL, 2008)

⁹ (CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA, 1991). Pág. 82

Desde la aparición de la tutela como medio de protección de los derechos constitucionales fundamentales de las personas, se han interpuesto millones de acciones de este tipo en aras de la protección de los derechos anteriormente citados, el derecho a la salud es el que mayor participación ha tenido.

ESTADÍSTICAS¹⁰

Las estadísticas presentadas a continuación forman parte de un informe realizado por la Defensoría del Pueblo, el cual es un organismo que forma parte del Ministerio Público, ejerce sus funciones bajo la suprema dirección del Procurador General de la Nación y le corresponde esencialmente velar por la promoción, el ejercicio y la divulgación de los Derechos Humanos.

Gran parte de la información contenida en este informe, nos revela datos de suma importancia para el desarrollo de nuestra investigación, serán presentados los más relevantes para nuestro caso.

A continuación se presenta la participación que tuvieron las tutelas en salud frente al total de tutelas que fueron instauradas año por año en el periodo comprendido entre el año 1999 y el año 2011.

TABLA 1: Participación de las tutelas de salud

PARTICIPACIÓN DE LAS TUTELAS DE SALUD					
Periodo 1999-2011					
AÑO	TUTELAS		PARTICIPACIÓN SALUD %	TASA DE CRECIMIENTO ANUAL %	
	TOTAL	SALUD		TOTAL	SALUD
1999	86.313	21.301	24,68	0,00	0,00
2000	131.764	24.843	18,85	52,66	16,63
2001	133.272	34.319	25,75	1,14	38,14
2002	143.887	42.734	29,70	7,96	24,52
2003	149.439	51.944	34,76	3,86	21,55
2004	198.125	72.033	36,36	32,58	38,67
2005	224.270	81.017	36,12	13,20	12,47
2006	256.166	96.226	37,56	14,22	18,77
2007	283.637	107.238	37,81	10,72	11,44
2008	344.468	142.957	41,50	21,45	33,31
2009	370.640	100.490	27,11	7,60	-29,71
2010	403.380	94.502	23,43	8,83	-5,96
2011	405.359	105.947	26,14	0,49	12,11
TOTAL	3.130.720	975.551	31,16		

Fuente: Corte Constitucional

¹⁰ (DEFENSORÍA DEL PUEBLO, 2012)

Se puede apreciar que para el periodo observado, la participación de las tutelas en salud tuvo un aporte muy significativo sobre el total de tutelas instauradas en el país, dado que, a excepción de los años 1999, 2000 y 2010, la participación fue superior al 25% alcanzándose mayor incremento en el año 2008, cuando se tuvo una participación del 41,5 % de las tutelas en salud frente al total de tutelas instauradas.

La tabla No. 2 resume el total de tutelas en salud que fueron instauradas por departamento para los años 2010 y 2011, y la participación que sobre estas tutelas específicas tuvo cada departamento.

Para efectos de este trabajo, solo haremos énfasis en el lugar y la participación que tuvo el Valle del Cauca en estos dos años. Se aprecia que para ambos periodos, el Valle del Cauca ocupó el segundo lugar en el total de tutelas instauradas, y que para los años 2010 al 2011, su variación fue del 27.86%

TABLA 2: Tutelas en salud según departamento

TUTELAS EN SALUD. SEGÚN DEPARTAMENTO					
Periodo 2010-2011					
	2010		2011		Variación %
	N° Tutelas	Part. %	N° Tutelas	Part. %	
Antioquia	24.758	26,20%	24.806	23,41%	0,19%
Valle del Cauca	10.116	10,70%	12.934	12,21%	27,86%
Bogotá	9.390	9,94%	9.550	9,01%	1,70%
Caldas	6.449	6,82%	7.137	6,74%	10,67%
Santander	5.351	5,66%	6.220	5,87%	16,24%
Norte de Santander	3.313	3,51%	4.674	4,41%	41,08%
Tolima	3.843	4,07%	4.325	4,08%	12,54%
Risaralda	3.636	3,85%	4.090	3,86%	12,49%
Cauca	3.276	3,47%	3.160	2,98%	-3,54%
Atlántico	2.956	3,13%	2.976	2,81%	0,68%
Bolívar	2.863	3,03%	2.892	2,73%	1,01%
Cesar	2.105	2,23%	2.847	2,69%	35,25%
Quindío	1.591	1,68%	2.398	2,26%	50,72%
Meta	1.511	1,60%	2.156	2,03%	42,69%
Nariño	2.215	2,34%	2.090	1,97%	-5,64%
Córdoba	1.466	1,55%	2.041	1,93%	39,22%
Huila	1.598	1,69%	1.937	1,83%	21,21%
Cundinamarca	1.361	1,44%	1.858	1,75%	36,52%
Magdalena	1.547	1,64%	1.801	1,70%	16,42%
Boyacá	1.387	1,47%	1.772	1,67%	27,76%
Sucre	1.022	1,08%	906	0,86%	-11,35%
La guajira	478	0,51%	661	0,62%	38,28%
Caquetá	619	0,66%	585	0,55%	-5,49%
Choco	505	0,53%	485	0,46%	-3,96%
Arauca	353	0,37%	413	0,39%	17,00%
Casanare	252	0,27%	336	0,32%	33,33%
Putumayo	177	0,19%	326	0,31%	84,18%
San Andrés	93	0,10%	178	0,17%	91,40%
Amazonas	62	0,07%	143	0,13%	130,65%
Guaviare	86	0,09%	86	0,08%	0,00%
Guainía	47	0,05%	76	0,07%	61,70%
Vichada	63	0,07%	68	0,06%	7,94%
Vaupés	13	0,01%	20	0,02%	53,85%
Total	94.502	100,00%	105.947	100,00%	12,11%

Fuente: Defensoría del Pueblo

Al analizar el número de tutelas en salud por departamento por cada 100.000 habitantes (tabla No. 3), se observa que para el Valle del Cauca el número de tutelas es de 23,08 en el año 2010 y de 29,21 para el año 2011, en concordancia con el incremento referido para este periodo en el cuadro anterior.

TABLA 3: No. De Tutelas en salud por cada 10.000 habitantes

No. DE TUTELAS EN SALUD POR CADA 10.000 HABITANTES SEGÚN DEPARTAMENTO			
Periodo 2010 - 2011			
	2010	2011	Aumento / Disminución %
	No. Tutelas	No. Tutelas	
Caldas	65,92	72,81	10,5
Risaralda	39,3	43,95	11,8
Quindío	28,95	43,39	49,9
Antioquia	40,82	40,38	(1,1)
Norte de Santander	25,53	35,7	39,8
Tolima	27,69	31,07	12,2
Santander	26,62	30,78	15,6
Valle del Cauca	23,08	29,21	26,6
Cesar	21,78	29,08	33,5
Meta	17,35	24,26	39,8
San Andrés	12,68	24,08	89,9
Cauca	24,84	23,75	(4,4)
Amazonas	8,61	19,63	128,0
Guainía	12,26	19,51	59,1
Huila	14,75	17,65	19,7
Arauca	14,26	16,48	15,6
Magdalena	12,88	14,85	15,3
Bolívar	14,46	14,44	(0,1)
Boyacá	10,94	13,96	27,6
Caquetá	13,83	12,9	(6,7)
Bogotá	12,75	12,79	0,3
Córdoba	9,26	12,7	37,1
Atlántico	12,77	12,7	(0,5)
Nariño	13,51	12,59	(6,8)
Sucre	12,61	11,07	(12,2)
Vichada	9,89	10,42	5,4
Casanare	7,74	10,13	30,9
Choco	10,61	10,09	(4,9)
Putumayo	5,43	9,89	82,1
Guaviare	8,32	8,2	(1,4)
La guajira	5,84	7,81	33,7
Cundinamarca	5,49	7,38	34,4
Vaupés	3,13	4,77	52,4
GENERAL PAIS	20,77	23,01	10,8

Fuente para cálculo: Proyecciones DANE

En cuanto a la tabla No. 4, para el año 2011 las solicitudes se incrementaron en un 12,11%. Las más frecuentes fueron las solicitudes por tratamientos, los cuales constituyen el 24,35% del total, seguida de medicamentos (19,34%) y cirugías (11,91%).

TABLA 4: Solicitudes más frecuentes en las tutelas de Salud

SOLICITUDES MAS FRECUENTES EN LAS TUTELAS INTERPUESTAS DERECHO A LA SALUD					
	Periodo				Variación porcentual
	2010		2011		
	No. Solicitudes	Part % en Solicitudes	No. Solicitudes	Part % en Solicitudes	
Tratamientos	50.795	24,68	55.213	24,35	8,70
Medicamentos	43.692	21,23	43.858	19,34	0,38
Cirugía	24.545	11,93	27.014	11,91	10,06
Citas medicas	22.724	11,04	24.504	10,81	7,83
Imágenes diagnosticas	18.378	8,93	17.260	7,61	(6,08)
Prótesis y Ortesis	13.145	6,39	14.177	6,25	7,85
Exámenes paraclínicos	11.234	5,46	16.271	7,18	44,84
Procedimientos	2.355	1,14	2.289	1,01	(2,80)
Otras relacionadas con el sistema	17.029	8,27	22.375	9,87	31,39
Otras	1.912	0,93	3.786	1,67	98,01
TOTAL TUTELAS EN SALUD	94.502		105.947		12,11

Fuente: Defensoría del Pueblo

Las especialidades en las que más se solicitaron tratamientos fueron neurología y oncología tanto en el año 2010 como en el año 2011 (tabla No. 5)

TABLA 5: Especialidades en las que solicitan tratamientos

ESPECIALIDADES EN LAS QUE SOLICITAN TRATAMIENTOS					
	Periodo				Variación Porcentual Part.
	2010		2011		
	No. Solicitudes	Part % en Solicitudes	No. Solicitudes	Part % en Solicitudes	
Neurología	5.846	14,29	5.988	13,83	2,43
Oncología	3.105	7,59	4.521	10,44	45,60
Ortopedia	2.633	6,43	3.155	7,29	19,83
Oftalmología/Retinología	3.022	7,38	2.910	6,72	(3,71)
Neurocirugía	1.509	3,69	2.522	5,82	67,13
Cardiología	1.841	4,50	2.156	4,98	17,11
Nefrología	1.830	4,47	2.063	4,76	12,73
Otorrinolaringología	1.490	3,64	1.913	4,42	28,39
Gastroenterología	2.034	4,97	1.800	4,16	(11,50)
Gineco-obstetricia	1.705	4,17	1.771	4,09	3,87
Siquiatría	1.602	3,91	1.767	4,08	10,30
Endocrinología	1.338	3,27	1.755	4,05	31,17
Urología	1.203	2,94	1.576	3,64	31,01
Cirugía general	1.481	3,62	1.353	3,12	(8,64)
Medicina interna	2.275	5,56	1.260	2,91	(44,62)
Reumatología	1.406	3,44	1.130	2,61	(19,63)
Vascular	592	1,45	978	2,26	65,20
Neumología	1.286	3,14	872	2,01	(32,19)
Odontología	986	2,41	659	1,52	(33,16)
VIH/Sida	389	0,95	623	1,44	60,15
Dermatología	625	1,53	575	1,33	(8,00)
Hematología	672	1,64	363	0,84	(45,98)
Cirugía plástica	457	1,12	346	0,80	(24,29)
Pediatría	332	0,81	264	0,61	(20,48)
Nutricionista	127	0,31	148	0,34	16,54
Sicología	609	1,49	-	0,00	(100,00)
Otras/No específicas	527	1,29	832	1,92	57,87
Total	40.922	100,00	43.300	100,00	5,81

Fuente: Defensoría del Pueblo

CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA

Marco muestral: tutelas registradas en la base de datos de la Corte Constitucional durante el año 2011.

Población objetivo: tutelas que durante el año 2011 invocaron vulneraciones al derecho a la salud.

Modelo de muestreo: tipo aleatorio estratificado por departamento con asignación proporcional, un nivel de confianza del 95% y un margen de error del 2.5%.

Tamaño de la muestra: El número de tutelas seleccionadas para el análisis fue de 3.024, lo que incluye un estimado del 1% de “no respuesta”. La distribución selectiva tuvo en cuenta el número de tutelas que invocaron el derecho a la salud, por departamento, el cual sirvió como ponderador. El análisis crítico de la información condujo a que no se eliminaran unidades muestrales.

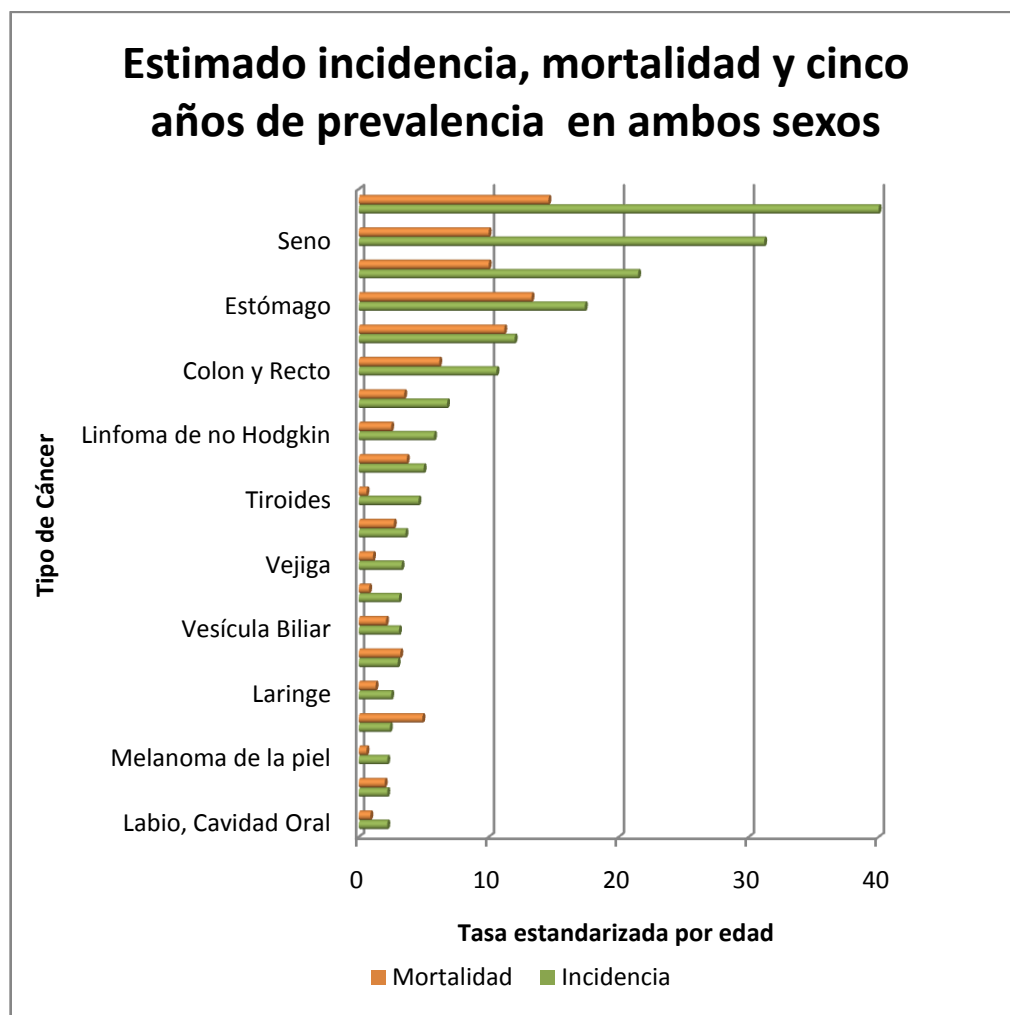
Unidad de análisis: tutela en la cual el ciudadano invocó el derecho a la salud.

A continuación se presenta la incidencia estimada de la mortalidad y la prevalencia de 5 años para ambos sexos en Colombia hasta el 2008 según la Agencia Internacional para la Investigación sobre el Cáncer.

TABLA 6: Incidencia, Mortalidad y años de prevalencia del cáncer

Cáncer	Incidencia			Mortalidad			Años de prevalencia-5		
	Número	(%)	ASR (W)	Número	(%)	ASR (W)	Número	(%)	Prop.
Labio, Cavidad Oral	851	1.5	2.2	330	1.0	0.9	1992	1.4	6.3
Nasofaringe	129	0.2	0.3	49	0.1	0.1	336	0.2	1.1
Faringe (Otros)	315	0.5	0.8	169	0.5	0.4	708	0.5	2.2
Esófago	824	1.4	2.2	761	2.2	2.0	825	0.6	2.6
Estómago	6638	11.3	17.4	5073	14.9	13.3	11084	8.0	35.0
Colon y Recto	4107	7.0	10.6	2388	7.0	6.2	10230	7.4	32.3
Hígado	917	1.6	2.4	1838	5.4	4.9	730	0.5	2.3
Vesícula Biliar	1156	2.0	3.1	789	2.3	2.1	1436	1.0	4.5
Páncreas	1130	1.9	3.0	1213	3.6	3.2	801	0.6	2.5
Laringe	904	1.5	2.5	484	1.4	1.3	2581	1.9	8.1
Pulmón	4469	7.6	12.0	4180	12.3	11.2	4297	3.1	13.6
Melanoma de la piel	855	1.5	2.2	215	0.6	0.6	2464	1.8	7.8
Seno	6655	11.4	31.2	2120	6.2	10.0	24012	17.4	147.0
Cuello Uterino	4736	8.1	21.5	2154	6.3	10.0	15347	11.1	94.0
Cuerpo del Útero	629	1.1	3.1	163	0.5	0.8	2336	1.7	14.3
Ovario	1457	2.5	6.8	730	2.1	3.5	4044	2.9	24.8
Próstata	6521	11.1	40.0	2482	7.3	14.6	19143	13.8	124.5
Testículo	403	0.7	1.7	82	0.2	0.4	1312	0.9	8.5
Riñón	808	1.4	2.1	391	1.2	1.0	2015	1.5	6.3
Vejiga	1270	2.2	3.3	431	1.3	1.1	3657	2.6	11.5
Cerebro, Sistema nervioso	1491	2.5	3.6	1088	3.2	2.7	2138	1.5	6.7
Tiroides	2000	3.4	4.6	245	0.7	0.6	7613	5.5	24.0
Linfoma de Hodgkin	495	0.8	1.2	167	0.5	0.4	1462	1.1	4.6
Linfoma de no Hodgkin	2309	3.9	5.8	986	2.9	2.5	4518	3.3	14.3
Mieloma múltiple	496	0.8	1.3	387	1.1	1.0	820	0.6	2.6
Leucemia	2073	3.5	5.0	1560	4.6	3.7	2090	1.5	6.6
Todos los tipos de cáncer , excepto el no-melanoma cáncer de piel	58534	100.1	150.2	34016	100.0	88.2	138327	100.0	436.2

Fuente: Globocan.iarc

FIGURA 1

Fuente: Globocan.iarc

TABLA No. 7

COLOMBIA	Masculino	Femenino	Ambos sexos
Población (Miles)	22162	22849	45012
Número de nuevos casos con cáncer (Miles)	27.6	30.9	58.5
Tasa estandarizada de edad	160.8	144.1	150.2
Riesgo de adquirir cáncer antes de los 75 años (%)	16.3	14.5	15.3
Número de muertes por cáncer (Miles)	16.7	17.3	34.0
Tasa estandarizada de edad	97.5	81.7	88.2
Riesgo de fallecer por cáncer antes de los 75 años (%)	9.9	8.6	9.2
5 años de casos prevalentes en la población adulta (Miles)	58.4	80.0	138.3
Proporción por cada 100.000 habitantes	379.5	489.6	436.2
Los 5 tipos de cáncer más frecuente (clasificación definida por el número total de casos)			
	Próstata	Seno	Seno
	Estómago	Cuello Uterino	Estómago
	Pulmón	Estómago	Próstata
	Colon y Recto	Colon y Recto	Cuello Uterino
	Linfoma de no Hodgkin	Tiroides	Pulmón

Fuente: Globocan.iarc

Los métodos de estimación¹¹:

Incidencia:

Los datos locales de incidencia y mortalidad de datos nacionales: La incidencia se calculó a partir de la mortalidad nacional por el modelado, utilizando tasas de incidencia de mortalidad derivados de los datos registrados en los registros de cáncer específicos de cada país.

¹¹ (INTERNATIONAL AGENCY FOR RESEARCH ON CANCER, 2012)

Mortalidad:

Los datos de muestra de mortalidad: mortalidad nacional estimada para 2008 para "todos los tipos de cáncer" (OMS) se repartió por sitio y edad, utilizando los datos de mortalidad de la muestra.

Prevalencia:

La prevalencia se estima a partir de las estimaciones de incidencia y el promedio regional de la supervivencia observada por el cáncer y grupo de edad

Entrevistas con expertos

En aras de conocer el estado actual de los cuidados paliativos que hoy en día se prestan en el Valle del Cauca, se realizaron dos entrevistas con expertos en el área, que laboran prestando estos cuidados en el sector público y en el privado respectivamente, para así forjar un concepto global de la calidad y cubrimiento de dichos servicios.

La primera entrevista fue realizada al Médico Algesiólogo del Hospital Universitario del Valle, Luis Fernando Acevedo, quien nos planteo un panorama desolador para los pacientes que requieren un cuidado integral de parte de las entidades del estado, dado que la falta de recursos no permite ofrecer el servicio en mención en los términos de cantidad y calidad requerida por los pacientes que padecen de una enfermedad terminal producto de un cáncer. Reconoce que las limitaciones presupuestales, la burocracia existente y el estado actual de lo que podemos llamar seguridad pública en Colombia, no permite cubrir de manera integral las diferentes facetas que deben ser abordadas al momento de dar soporte no solo al paciente, sino también a la familia del mismo, para afrontar de manera digna el proceso de la muerte inminente, en términos físicos y psicológicos, pues se requiere no solo de recursos, sino también de infraestructura y de un equipo humano calificado para prestar un servicio óptimo, elementos que resultan ser limitados y en ocasiones inexistente en la realidad del sector público. En la actualidad los pacientes que se encuentran en estado terminal por causa de los diferentes tipos de cáncer existentes, deben desplazarse cada mes desde el lugar donde viven hasta la ciudad donde se encuentra la institución designada por el estado para recibir los medicamentos para control del dolor, debido a que muchos de estos medicamentos son de uso controlado por el Estado y no se entregan al paciente para un periodo superior a treinta días; esto implica múltiples dificultades para el paciente no solo en términos económicos (la gran mayoría son de muy escasos recursos), sino también físicos y mentales (los largos desplazamientos que deben realizar y la frustración de realizar cada mes la misma travesía), debido a su estado de salud. No se les brinda asistencia en casa, la cual debería contemplar la valoración del estado del paciente, ni una terapia para mejorar su movilidad o evitar el detrimento de sus funciones motoras debido a la

postración en cama que muchos de ellos viven, tampoco se les brinda soporte para las ulceraciones que el estar postrado en cama produce. El auxilio psicológico para el paciente y la familia prácticamente no existe y no se realiza un adecuado proceso de instrucción a la familia y al paciente sobre los cuidados específicos que debe tener para no empeorar su situación actual.

Otro factor determinante en la no adecuada prestación de servicios de salud en el sector público, es que las partidas presupuestarias que se asignan para las entidades del estado no llegan a éstas de manera directa, motivo por el cual existen diversas e irregulares fluctuaciones de estos dineros que terminan afectando el servicio y por ende a los pacientes que se atienden en estas instituciones.

El comparativo realizado por el especialista entre el servicio que se presta en las entidades públicas frente al que reciben los pacientes en las entidades privadas, resultó aterrador, al cuantificar que las entidades del estado prestan aproximadamente un 60% menos de servicio que las privadas en términos de lo que se puede llamar cubrimiento integral, es decir un servicio que cubra el factor personal del paciente en términos de su condición de salud, de su estado físico y de su salud mental, así como la condición psicológica de la familia.

Esta entrevista nos deja un sentimiento de desolación y desesperanza para la población pobre del país que afronta su muerte inminente por efecto de estas enfermedades terminales. El abandono del estado o bien su incapacidad de garantizar el derecho a la salud para toda la población, en los casos en los que los problemas de salud sobrepasan lo establecido en el Plan Obligatorio de Salud, sume a la mayoría de la población en un estado de impotencia que los lleva en muchos de los casos a no utilizar los servicios de salud existentes y a morir en sus casas sin recibir atención, debido a las trabas burocráticas existentes para acceder a servicios, a los problemas de desplazamiento por motivos económicos y de distancia que deben recorrer a los centros urbanos y a la frustración de no recibir un servicio que mejore la condición del paciente en los términos que su enfermedad lo permite.

La segunda entrevista fue realizada al médico Carlos A. Chavarro Dominguez, especialista en medicina familiar que presta sus servicios en la Fundación Valle del Lili. El galeno nos planteo un panorama muy diferente para los pacientes que son atendidos en esa entidad, dado que ellos manejan un programa integral de cuidados paliativos que contempla no solo la valoración de los médicos, sino también asistencia psicológica y un manual referente a los cuidados que el paciente debe recibir en su casa, que está dirigido tanto al paciente como su familia.

Este especialista nos permitió conceptualizar que es muy importante que los pacientes en estado terminal finalicen su periodo de vida en su casa al lado de sus seres queridos y por ello dirigen muchos de sus esfuerzos en educar a la familia de los pacientes y realizar acompañamiento a la totalidad de la familia.

Este especialista nos refirió también que los cuidados paliativos deberían ser proporcionales al tratamiento de la enfermedad y que en términos psicológicos deberían extenderse luego de la muerte del paciente, a la familia del mismo. Sin embargo, este servicio en los términos anteriormente citados no es prestado por las instituciones de salud del estado, puesto que aspectos de índole económico no han permitido que se legisle para brindar esta asistencia a cabalidad, que las instituciones se enfocan principalmente en atender lo que no se puede atender en casa, como lo son las curaciones especiales, la rehabilitación, los trastornos depresivos, la terapia ocupacional o el manejo de cuadros de dolor que requieren de sedación.

Tal como se puede apreciar luego de las entrevistas realizadas, y teniendo en cuenta que la mayoría de la población colombiana carece de recursos suficientes para costearse un tratamiento adecuado frente al panorama que se enfrenta ante una enfermedad terminal, en los términos establecidos en este estudio, es evidente que hoy en día población colombiana se encuentra desprotegida en términos de salud, para los casos de enfermos terminales víctimas de un cáncer y que el alto número de personas que fallecen anualmente por esta enfermedad en Colombia mueren sin haber obtenido servicios enfocados a mejorar su calidad de vida durante la última fase de la enfermedad,

convirtiéndose esto en un vacío frente a la responsabilidad que tiene el estado de proteger el Derecho a la Salud de todos los colombianos, pues este es un derecho fundamental estipulado en la Constitución Política de nuestro país que comprende, entre otros, el derecho a acceder a servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad.

CONCLUSIONES

No existe en general un tratamiento integral para las personas en estado terminal, dado que las condiciones de los pacientes no siempre son las mismas, sin embargo, existen unos parámetros generales sobre los cuales se puede brindar un servicio de calidad que garantice una mejor calidad de vida durante la fase terminal, como lo son, administración de medicamentos, asistencia terapéutica, asistencia psicológica al paciente y su grupo familiar y atención en casa.

Los pacientes que son atendidos en entidades privadas gozan de un nivel de servicio más amplio frente a los que son atendidos en las entidades públicas.

La legislación existente no garantiza la protección del Derecho a la Salud en los términos que lo dispone nuestra Constitución Política, se requiere un cambio estructural que elimine la burocracia en el manejo de las partidas presupuestarias para la salud y que permita que las instituciones del Estado cuenten con los recursos necesarios oportunamente y en las cuantías necesarias para los requerimientos que tiene la población que estas deben atender.

Finalmente, y teniendo en cuenta las estadísticas que sobre el estimado de incidencia y mortalidad de cáncer presentadas en el trabajo y los vacíos evidenciados frente a la prestación de cuidados Paliativos en las instituciones del Estado, se plantea la oportunidad existente para crear un modelo de servicio orientado a brindar una asistencia integral a pacientes en estado terminal, siempre y cuando se den las siguientes condiciones:

1. Asignación de recursos suficientes a las entidades prestadoras del servicio de salud en Colombia, para disponer de la infraestructura necesaria y del personal requerido en la prestación de los cuidados paliativos que requieren los enfermos en estado terminal.

2. Reestructuración del modelo de entregas presupuestarias a las entidades de salud, con el ánimo de que estas instituciones cuenten con el flujo de caja requerido para mantener las relaciones con sus proveedores de servicios sin afectar el servicio que se contrata.

3. Ampliación de la cobertura del Plan Obligatorio de Salud, de tal forma que se contemplen en él los cuidados paliativos a pacientes en estado terminal.

GLOSARIO

Servicio/asistencia Integral: Servicio o asistencia prestada a un paciente y su grupo familiar, a través de un trabajo conjunto y correlacionado de diferentes profesionales (médicos, enfermeras, fisioterapeutas, asistentes sociales, terapeutas ocupacionales, psicólogos, nutricionistas, etc.), en pro de cubrir de forma óptima todos los requerimientos referentes a la enfermedad que se padece.

Plan Obligatorio de Salud: “El POS vigente en Colombia, definido por la Comisión de Regulación en Salud, CRES, en el Acuerdo 029 de 2011, es un conjunto de: 5.874 actividades, procedimientos e intervenciones en salud y servicios hospitalarios, y más de 730 medicamentos para la atención de toda y cualquier condición de salud, enfermedad o patología para usuarios de todas las edades.

Incluye un conjunto de acciones de prevención de la enfermedad y de recuperación de la salud desde la medicina preventiva hasta diversos tratamientos avanzados de todas y cualquiera de las enfermedades o condiciones que hacen necesaria la atención en salud.”¹²

Enfermedades Catastróficas: También conocidas como enfermedades de alto costo. Son aquellas que de una u otra forma tienen una alta complejidad técnica tanto en el manejo de la enfermedad como en su tratamiento. Adicionalmente representan una gran carga emocional y económica para el paciente que la padece y su familia.

Enfermedades Oncológicas: conjunto de enfermedades cuyo denominador común consiste en que se desarrollan células anormales con un crecimiento incontrolado que reproducen más o menos atípicamente las células del tejido en el que aparecen, y que pueden comportarse de diferentes modos, pero que en general tienden a llevar a la muerte a la persona que no recibe el tratamiento adecuado.

¹² (MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, 2012)

Pacientes Terminales: Son aquellas personas que presentan un diagnóstico cierto establecido, y que bajo ninguna posibilidad de tratamiento podrán curarse de la enfermedad, la muerte es inminente, deteriorándose poco a poco.

Cuidados Paliativos: Se entiende por una asistencia que cubra no solo los aspectos físicos sino también los psicológicos, en donde no solamente se ocupa el oncólogo con el tratamiento específico, sino que se integra todo un equipo formado por médicos, enfermeros, psicólogos y terapeutas, en donde el impacto de la asistencia se da tanto en el paciente como en su familia.

Médico Algesiólogo: Médico que se especializa en el tratamiento del dolor.

Bibliografía

CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA. (1991). *CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA*. Bogotá: Panamericana.

CORTE CONSTITUCIONAL. (2008). Recuperado el 05 de 2012, de http://www.ramajudicial.gov.co/csj/downloads/UserFiles/File/VARIOS/JURISPRUDENCIA_INTE RES/Sentencias/T-760-08.pdf

CORTE CONSTITUCIONAL DE COLOMBIA. (2009). *Corte constitucional de Colombia*. Recuperado el 26 de Julio de 2012, de <http://www.corteconstitucional.gov.co/lacorte/>

CORTE CONSTITUCIONAL DE COLOMBIA. (2012). *Sentencia T-760/08*. Recuperado el 02 de 2012, de <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2008/t-760-08.htm>

CUENTA DE ALTO COSTO. (2011). *Cuenta de Alto Costo*. Recuperado el 11 de 2012, de <http://www.cuentadealtocosto.org/>

DEFENSORÍA DEL PUEBLO. (2012). *Defensoría del Pueblo Colombia*. Recuperado el 08 de 2012, de <http://www.defensoria.org.co/red/>

INTERNATIONAL AGENCY FOR RESEARCH ON CANCER. (2012). Recuperado el 09 de 2012, de <http://globocan.iarc.fr/factsheet.asp>

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. (2012). *Plan Obligatorio de Salud*. Recuperado el 11 de 2012, de <http://www.pos.gov.co/Paginas/InicioPOS.aspx>

MINISTERIOS DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. (2012). Recuperado el 11 de 2012, de <http://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/R%c3%a9gimenSubsidiado.aspx>

Ronderos, M. T. (06 de Julio de 2009). Lo mejor y lo más débil del sistema de salud colombiano. *Revista Semana* .