

CIRCULAR CONJUNTA No.

de 2016

Para: Prestadores de servicios de salud, Entidades Administradoras de Planes de Beneficios y Entidades Territoriales.

De: Ministerio de Salud y Protección Social – Superintendencia Nacional de Salud.

Asunto: Instrucciones respecto de la prestación del servicio de salud a personas con Enfermedad Renal Crónica - ERC.

Fecha:

El Ministerio de Salud y Protección Social, conjuntamente con la Superintendencia Nacional de Salud, en cumplimiento de sus funciones, en el marco de lo establecido en las Leyes 972 de 2005, 1751 de 2015 y las Resoluciones 3442 de 2006 y 2565 de 2007 expedidas por el Ministerio, y con el fin de dar cumplimiento a la orden dada por la Corte Constitucional a través de la Sentencia T - 421 de 2015, se permiten impartir las siguientes instrucciones:

1. Antecedentes en la Política de Salud Pública para la prevención y control de la Enfermedad Renal Crónica y sus enfermedades precursoras (Diabetes e hipertensión arterial).

Las Enfermedades no Transmisibles (ENT) son por definición condiciones no infecciosas, las cuales no se transmiten de persona a persona, son de origen multifactorial, aparición gradual, larga duración, progresión lenta y cuya modalidad de tratamiento es paliativa. Las ENT configuran un grupo de noventa y dos enfermedades divididas en quince (15) categorías siendo las más importantes y las que ocasionan la mayor mortalidad y discapacidad, las enfermedades cardiovasculares, los diferentes tipos de cáncer, la diabetes, las enfermedades respiratorias crónicas y la Enfermedad Renal Crónica¹.

La evidencia epidemiológica recopilada durante las últimas cuatro décadas ha permitido establecer que las enfermedades antes mencionadas se encuentran fuertemente asociadas y causalmente relacionadas con la exposición a los siguientes factores de riesgo: exposición y consumo de productos derivados del tabaco, la inactividad física, la

¹ Lim SS, Vos T, Flaxman AD, Danaei G, Shibuya K, Adair-Rohani H et al. A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*, 2012; 380(9859):2224-2260.

alimentación no saludable (alto contenido de grasas trans y sodio) y el consumo excesivo de alcohol².

En la actualidad, el mundo enfrenta una epidemia de enfermedades no transmisibles y Colombia no es ajena a esta situación³. Para el año 2014, las ENT fueron responsables del 83% de la carga de enfermedad en el país, a lo que se suma el aumento en la prevalencia de todos los factores de riesgo causales relacionados con estas patologías. Hacer frente a esta epidemia evitando en el largo plazo la aparición de las ENT, requiere un trabajo arduo a nivel poblacional para intervenir los determinantes sociales, reducir la exposición a los factores de riesgo, promover la adquisición de estilos de vida saludables, además de fortalecer la capacidad de respuesta del Sistema de Salud Colombiano.

Con el objetivo reducir la prevalencia y mortalidad ocasionada por las principales ENT (*Enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes, Enfermedades respiratorias crónicas y Enfermedad Renal Crónica*), el país ha adoptado y adaptado la Estrategia 4X4 propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS), la cual enfatiza el trabajo en la implementación de intervenciones costo - efectivas basadas en la evidencia para promover la alimentación saludable, promover la actividad física, reducir la exposición y el consumo de productos derivados del tabaco y reducir el consumo excesivo de alcohol.

En ese sentido, a nivel global, la implementación de la estrategia 4x4 para la prevención y control de las ENT se lleva a cabo a través del Plan de Acción Global 2013-2020 formulado por la Organización Mundial de la Salud, el cual responde a la Resolución A/RES/66/2 de la Asamblea Mundial de la Salud. En Colombia, la Dimensión Vida Saludable y Condiciones no Trasmisibles del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, el Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018, y la nueva Política de Atención Integral en Salud son los principales instrumentos de política pública a través de los cuales se realiza la prevención y control de las ENT y sus factores de riesgo asociados.

2. Antecedentes Jurisprudenciales.

El Estado colombiano, especialmente a través de la actividad judicial de la Corte Constitucional, ha venido consolidando los mecanismos mediante los cuales se protege efectivamente el derecho fundamental a la salud, principalmente cuando las personas padecen patologías que afectan su vida y constituyen un riesgo inminente para la misma.

² Lim SS, Vos T, Flaxman AD, Danaei G, Shibuya K, Adair-Rohani H et al. A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*, 2012; 380(9859):2224-2260.

³ Estimación de la Carga de Enfermedad para Colombia 2010, Rolando Enrique Peñaloza Quintero et al, Bogotá: Editorial Pontificia Universidad Javeriana, 2014.

Este es el caso de las enfermedades declaradas ruinosas o catastróficas, en las cuales se incluye la Enfermedad Renal Crónica - ERC.

En ese sentido, la jurisprudencia de ese Alto Tribunal ha establecido que la atención brindada por los integrantes del Sistema General de Seguridad Social en salud a los pacientes con esta enfermedad, deben priorizar el respeto de la dignidad humana y garantizar, entre otros aspectos, los principios de integralidad, continuidad, calidad y eficiencia que caracterizan al Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS. Ejemplo de esto lo constituyen las sentencias: i) T-738 de 2003, en la cual se señala que el suministro de un medicamento para tratar la enfermedad renal hace parte de la protección del derecho a la salud de un menor de edad; ii) T- 1037 de 2004, la cual evidencia cómo la demora en la atención a un paciente es una clara vulneración al derecho a la salud; iii) T- 1232 de 2008, pone de presente la procedencia del programa de trasplante cadavérico ordenado por el médico tratante y los respectivos exámenes; iv) T- 770 de 2011, la cual trae al debate el desarrollo de la relación médico-paciente, estructurada según la jurisprudencia *“a partir de dos principios fundamentales: primero, la capacidad técnica del médico y, segundo, el consentimiento idóneo del paciente,”* v) T- 560 de 2013, en los casos de solicitud de servicios de transporte para pacientes; vi) T-423 de 2014, relacionada con el precedente jurisprudencial para la inaplicación de reglas de exclusión del Plan Obligatorio de Salud -POS, entre otras importantes providencias que han recogido la necesidad de dar claridad tanto a los pacientes como al personal de salud, en los elementos que comprenden la garantía del derecho a la salud en el caso de padecer Enfermedad Renal Crónica.

Recientemente la Honorable Corte Constitucional, mediante Sentencia T-421 de 2015, ordenó al Ministerio de Salud y Protección Social y a la Superintendencia Nacional de Salud la expedición de: *“un instructivo equivalente a la Circular Externa 000004 de 2014, que permita que los pacientes de enfermedad renal crónica cuenten con información adecuada y suficientes sobre sus derechos y las obligaciones correlativas que surgen para los integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud respecto de la prevención, diagnóstico y tratamiento de esa enfermedad, en el marco de lo contemplado en la Ley 972 de 2005 y en las guías de práctica clínica y el modelo de prevención adoptados por la Resolución 3442 de 2006.”*

INSTRUCCIONES

PRIMERA. Ámbito de aplicación. Las instrucciones contenidas en la presente circular están dirigidas a los Prestadores de Servicios de Salud, a las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios y a las entidades territoriales, siguiendo lo determinado por el artículo 121 de la Ley 1438 de 2011, por lo que en adelante se hará referencia a estas como *“entidades vigiladas”*.

SEGUNDA. Principios. Los destinatarios de la presente circular deberán interpretar y aplicar las instrucciones a la luz de los principios que rigen el SGSSS, en particular los siguientes:

- **Continuidad.** Toda persona que habiendo ingresado al Sistema General de Seguridad Social en Salud tiene vocación de permanencia y no debe, en principio, ser separado del mismo cuando esté en peligro su calidad de vida e integridad.
- **Calidad.** Los servicios de salud deberán atender las condiciones del paciente de acuerdo con la evidencia científica, provistos de forma integral, segura y oportuna, mediante una atención humanizada.
- **Eficiencia.** Es la óptima relación entre los recursos disponibles para obtener los mejores resultados en salud y calidad de vida de los pacientes.

Así mismo, deberán tener en cuenta que, de acuerdo con el artículo 8° de la Ley 1751 de 2015, el atributo de integralidad.

TERCERA. Servicios de promoción y prevención. La prestación de los servicios dirigidos a la identificación y control de factores de riesgo y detección temprana de Enfermedad Renal Crónica –ERC- deben ser una prioridad para las entidades vigiladas. Éstas deben garantizar acciones de promoción y prevención, con el fin de reducir el riesgo de los pacientes y realizar tratamientos oportunos.

Así mismo, los servicios de promoción y detección temprana deben incluir las estrategias diseñadas por el Ministerio de Salud y Protección Social, en las cuales se incorpora la aplicación de herramientas validadas para Colombia (*FINNISH DIABETES RISK SCORE - FINDRISC, Tablas de estratificación de riesgo de FRAMINGHAN, Tablas de la Organización Mundial de la Salud para establecer riesgo cardiovascular*) que permiten identificar la probabilidad que tiene cualquier colombiano mayor de 18 años de verse afectado por una enfermedad cardiovascular (infarto agudo de miocardio, ataque cerebrovascular) o diabetes; además de definir las intervenciones para gestionar el riesgo identificado y garantizar un adecuado monitoreo del mismo.

La prestación de los servicios dirigidos al control de factores de riesgo y detección temprana de ERC, debe ser primordial para las entidades vigiladas. Las entidades competentes deben garantizar acciones de promoción y prevención con el fin de reducir el riesgo de los pacientes y realizar tratamientos oportunos.

En lo que respecta a la implementación del Modelo de Atención al paciente con ERC, las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios y los Prestadoras de Servicios de

Salud deben diseñar e implementar intervenciones educativas orientadas a que la población con uno o más factores de riesgo ejerza su derecho de atención para, de esta forma, evaluar su función renal y desplegar acciones de educación que permitan a los usuarios con algún factor de riesgo para ERC comprender el riesgo que representa el consumo de medicamentos nefrotóxicos. Estas acciones deben acompañarse de folletos u otro material informativo que pueda entregarse en la consulta, especialmente en los programas de control de la hipertensión y la diabetes pero también en la consulta de medicina general, medicina interna, cardiología, endocrinología, urología, nefrología, medicina familiar y enfermería.

Las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios y los Prestadores de Servicios de Salud deben incluir dentro de los programas de salud ocupacional, especialmente en todas las actividades de educación, un espacio para informar a los trabajadores y empleadores sobre las consecuencias que tiene sobre el organismo y sobre los riñones la exposición a metales pesados, así como la implementación de intervenciones para reducir dicha exposición.

CUARTA. Atención oportuna. Las entidades vigiladas deben proporcionar a las personas con sospecha o diagnóstico de ERC una atención sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud (**Decreto 1011 de 2006, artículo 3, numeral 2**). No se puede negar o dilatar la atención o asistencia médica requerida y el registro de citas de consulta médica especializada debe ser gestionado y optimizado por las entidades competentes (**Resolución 1552 de 2013, artículo 1 párrafo 1**) y las entidades vigiladas deben ajustar los procesos de autorización, contratación, pago, prestación y seguimiento de dichos pacientes, sin barreras administrativas que impacten la calidad y oportunidad de los servicios de salud.

Con fundamento en lo anterior, las entidades vigiladas, en los eventos en los cuales ocurran cambios en la atención o asistencia médica requerida, deben garantizar la continuidad en la prestación de los servicios de salud de los pacientes con sospecha o diagnóstico de ERC en condiciones de calidad, oportunidad, accesibilidad, integralidad y pertinencia, iguales o superiores a las que tenían los pacientes antes de dicho cambio.

En el evento de requerirse el trasplante renal para el usuario, el sujeto vigilado deberá realizar de manera expedita y sin dilaciones injustificadas todas las gestiones necesarias para la realización del mismo.

Frente a la implementación del Modelo de Atención al paciente con ERC en el marco de la Resolución 3442 de 2006, las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios y las Redes Prestadoras de Servicios de Salud, a través de los programas de atención integral al paciente hipertenso y diabético, deben ofrecer, propiciar y garantizar el acceso sin restricciones, sin cita previa y sin barreras organizativas a la realización a la glucometría y

la medición de la presión arterial. Así mismo, deben brindar educación a los pacientes inscritos en los programas antes mencionados sobre la importancia del control de los niveles de azúcar en sangre, el control de los valores de tensión arterial y sobre los recursos disponibles en su EAPB para dicho control.

QUINTA. Accesibilidad. Las entidades vigiladas deben proporcionar a las personas con sospecha o diagnóstico de ERC una atención con acceso a los servicios y tecnologías de salud disponibles para el diagnóstico y tratamiento, en condiciones de igualdad. Comprende la no discriminación, la accesibilidad física, la asequibilidad económica y el acceso a la información (**Ley 1751 de 2015, artículo 6 literal c**).

En la implementación del Modelo de Atención al paciente con ERC en el marco de la Resolución 3442 de 2006 y con el objetivo de prevenir la aparición de esta condición y controlar los factores de riesgo asociados, las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios y las Redes Prestadoras de Servicios de Salud en el marco de los programa de atención integral al paciente diabético deben promover el acceso a tecnologías que permitan el auto monitoreo de los niveles de azúcar en sangre. Lo anterior implica evaluar la capacidad del usuario para realizar el auto monitoreo de los niveles de azúcar, educación en el manejo de la técnica para realizar el auto monitoreo, entrega de los respectivos glucómetros a los pacientes con demostrada capacidad de realizar el auto monitoreo y entrega de insumos para la toma y lectura del azúcar en sangre bajo esquemas regulados.

De igual manera, es necesario realizar, a partir del primer año del diagnóstico de todos los pacientes hipertensos y con otros factores de riesgos, la detección temprana de ERC e implementar intervenciones de educación continuada dirigidas al personal médico tratante de estos pacientes para la implementación de la estrategia de detección temprana de la ERC.

La detección temprana de la ERC, debe incluir la realización rutinaria del laboratorio clínico de creatinina sérica, cuyo reporte debe incluir datos básicos del usuario como son: edad, sexo, peso y talla, con el objeto realizar el seguimiento oportuno del usuario y obtener información epidemiológica.

SEXTA. La integralidad. Al respecto, de acuerdo con la Ley 1751 de 2015:

Los servicios y tecnologías de salud deberán ser suministrados de manera completa para prevenir, paliar o curar la enfermedad, con independencia del origen de la enfermedad o condición de salud, del sistema de provisión, cubrimiento o financiación definido por el legislador. No podrá fragmentarse la responsabilidad en la prestación de un servicio de salud específico en desmedro de la salud del usuario (Ley 1751 de 2015 artículo 8, numeral 4).

En consecuencia, en la prestación de los servicios a las personas con sospecha o diagnóstico de ERC se debe tener en cuenta este atributo.

La implementación del Modelo de Atención al paciente con ERC en el marco de la Resolución 3442 de 2006, debe tener como objetivo la atención integral a las personas con esta condición: **i)** retardar la progresión de la ERC, **ii)** retrasar la aparición de la comorbilidad y garantizar el tratamiento oportuno cuando esta aparezca, **iii)** manejar las complicaciones, **iv)** asegurar la colocación oportuna del acceso vascular o los resultados del trasplante, según la modalidad de tratamiento **v)** iniciar de manera oportuna la terapia de reemplazo renal, incluyendo el trasplante preventivo donde sea factible.

De esta manera, los Programas de Atención Integral al paciente con ERC deben incluir los siguientes componentes operativos:

- **Registro y Sistema de Información:** el programa supone la inscripción de todos los pacientes en riesgo de ERC por hipertensión arterial y diabetes al programa de manejo respectivo, mientras se encuentran en los estadios 1 y 2 de la Enfermedad Renal Crónica; también de todos los pacientes con diagnóstico de ERC en los estadios 3, 4 y 5 que ingresen al programa de ERC y en dicho proceso se deberá:
 - i)** capturar los datos de identificación y localización de la persona, **ii)** ofrecer la información completa sobre el programa, los principios que lo orientan, los beneficios que contempla y la forma de operación, **iii)** entregar el carné de identificación del programa, **iv)** pactar y programar las intervenciones iniciales de evaluación interdisciplinaria.
- **Equipo interdisciplinario:** el manejo del paciente en riesgo de ERC o con diagnóstico de ERC implica la conformación de un equipo de trabajo básico con profesionales de medicina, enfermería, psicología, nutrición y trabajo social. Podrán vincularse otros profesionales de acuerdo con las propuestas de atención implementadas en cada institución y las necesidades de atención de cada usuario.

En ese orden, el trabajo de los miembros del equipo supone la integración efectiva para potenciar los esfuerzos desarrollados en cada campo, esto incluye la reunión conjunta con el usuario, la discusión abierta de alternativas, la comunicación permanente en el curso de las acciones, la disposición al ajuste cuando sea requerido y la toma de decisiones conjuntas. Es pertinente aclarar que los mecanismos de relación basados únicamente en la disposición de información no son suficientes.

- **Red de laboratorios con garantía de calidad:** todos los Programas de Atención Integral al paciente con ERC deben contar con una red de laboratorios que tenga la capacidad de garantizar: **i)** la detección y el diagnóstico de ERC, **ii)** la definición de indicadores para evaluar la progresión del daño renal, **iii)** evaluar la calidad los resultados de laboratorio, **iv)** la información fluida con los equipos terapéuticos, **v)** la relación fluida con laboratorios de diferentes niveles de complejidad, **vi)** sistema de logística para la entrega de órdenes y resultados.
- **Sistema de administración de terapia antihipertensiva, de control de la glicemia y nefroprotectora:** todos los Programas de Atención Integral al paciente con ERC deben contar con un sistema de apoyo y logística para asegurar la disponibilidad permanente y la adherencia al tratamiento con medicamentos antihipertensivos, de control de la glicemia y nefroprotectores; además de contar con un proceso de educación médica continuada para administrar los esquemas de combinación de medicamentos adecuados.
- **Sistema de referencia y contrareferencia:** todos los Programas de Atención Integral al paciente con ERC deben contar con sistemas de información y logística apropiados que permitan la operación adecuada de los sistemas de referencia y contrareferencia, el control y seguimiento de las intervenciones requeridas e incorporen la telemedicina para facilitar el acceso del usuario a todos los procedimientos requeridos para una adecuada atención.

SÉPTIMA. Continuidad en el tratamiento. Los pacientes con sospecha o diagnóstico de ERC tienen derecho a la autorización oportuna de los medicamentos y procedimientos que requieran con ocasión de su enfermedad, atendiendo para el efecto, el principio de calidad contenido en el numeral 3.8 del artículo 3° de la Ley 1438 de 2011, el cual establece mecanismos de control a los servicios para garantizar a los usuarios calidad en la atención oportuna, personalizada, humanizada, integral, continua y de acuerdo con estándares aceptados en procedimientos y práctica profesional.

Las entidades vigiladas deben ajustar los procesos de autorización, contratación, pago, prestación y seguimiento para los pacientes con sospecha o diagnóstico de ERC.

Así mismo, deben garantizar los tratamientos mediante una secuencia lógica y racional de las actividades, basadas en el concepto del médico tratante (**Decreto 1011 de 2006, artículo 3, numeral 3**). Estos tratamientos no pueden ser interrumpidos por razones de índole administrativa o económica en los términos prescritos por la Ley y la jurisprudencia de la Honorable Corte Constitucional.

El Modelo de Atención al paciente con ERC en el marco de la citada Resolución 3442 de 2006, debe propender para que todos los programas dispongan de procedimientos,

personal y equipos interdisciplinarios para el seguimiento activo de los pacientes diagnosticados con ERC y sus planes de manejo, teniendo en cuenta la verificación de la asistencia a sus controles, seguimiento de los valores de tensión arterial y azúcar en sangre y garantizando el suministro oportuno y adecuado de medicamentos.

OCTAVA. No pago de cuotas moderadoras, copagos, ni cuotas de recuperación. Las entidades vigiladas competentes no podrán cobrar copagos, cuotas moderadoras ni de recuperación de los servicios requeridos por los pacientes con diagnóstico de ERC en los términos establecidos por la normativa vigente.

NOVENA. Entrega íntegra y oportuna de medicamentos. La entrega de medicamentos a las personas con diagnóstico de ERC se hará de manera íntegra y oportuna al momento de la solicitud. Cuando las entidades vigiladas no entreguen de manera inmediata los medicamentos POS, su entrega deberá garantizarse en un lapso no mayor a 48 horas en el lugar de residencia o trabajo del afiliado cuando este lo autorice, como consecuencia de la entrega incompleta de los mismos al momento de la reclamación por parte del afiliado. Se entiende que el plazo establecido de 48 horas comprende el tiempo transcurrido después de que el afiliado reclama los medicamentos, de acuerdo con el artículo 1° de la Resolución 1604 de 2013.

Las entidades vigiladas deberán mantener a disposición de la Superintendencia Nacional de Salud el reporte de solicitudes de medicamentos aplazados por desabastecimiento o discontinuidad del producto, así como la constancia de entrega y recibido por parte del usuario o su representante.

DÉCIMA. Asignación de citas de medicina general, odontología, medicina especializada y de apoyos diagnósticos. Las entidades vigiladas tendrán agendas abiertas durante todos los días hábiles del año para la asignación de citas de medicina general, odontología, medicina especializada y apoyos diagnósticos. Los pacientes con ERC que requieran autorización previa por parte de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios, para acceder a consulta con medicina especializada, deberán obtener respuesta en los (5) cinco días hábiles contados a partir de la solicitud.

DÉCIMO PRIMERA. Cuidado paliativo. Las entidades vigiladas deberán desarrollar programas, atenciones y servicios de cuidado paliativo para pacientes con diagnóstico de ERC e informar a los usuarios y sus familias sobre la disponibilidad de los mismos. Todo lo anterior según lo contemplado en la Ley 1733 de 2015 y la normatividad reglamentaria que se genere.

DÉCIMO SEGUNDA. Ruta integral de Atención en Salud. La variedad y complejidad de actores e intervenciones relacionadas con la atención de la ERC en el Sistema General de Seguridad Social en Salud colombiano, hace necesario definir una ruta crítica para la

atención de las personas con ERC. En el marco de la nueva Política de Atención Integral en Salud, la cual se operacionaliza a través del Nuevo Modelo de Atención Integral en Salud (MIAS), el Ministerio de Salud y Protección Social ha realizado el diseño de Rutas Integrales de Atención (RIAS), entre las que se encuentran las RIAS para Obesidad/sobrepeso, Hipertensión, Diabetes y Enfermedad Renal Crónica, las cuales buscan superar el problema de fragmentación en la atención en salud de la población y permiten consolidar los requerimientos para el diseño del prestador primario y el complementario, las redes integrales de atención, los procesos de gestión de riesgo y los requerimientos de información para el MIAS.

En lo que respecta a la implementación del Modelo de Atención al paciente con ERC en el marco de la Resolución 3442 de 2006 y la implementación de la Nueva Política de Atención Integral en Salud a través del MIAS, los administradores de planes de beneficios deben definir una red prestadora de servicios apropiada para que las RIAS antes mencionadas puedan seguirse, minimizando las barreras de acceso al usuario y garantizando todas las prestaciones independiente de su nivel de complejidad.

DÉCIMO TERCERA. Derechos de los pacientes con Enfermedad Renal Crónica. En el marco de la Ley Estatutaria 1751 de 2015, por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud, las personas con diagnóstico o riesgo de presentar una ERC tienen los siguientes derechos relacionados con la prestación del servicio de salud:

- a) A acceder a los servicios y tecnologías de salud, que le garanticen una atención integral, oportuna y de alta calidad;
- b) Recibir la atención de urgencias que sea requerida con la oportunidad que su condición amerite sin que sea exigible documento o cancelación de pago previo alguno;
- c) A mantener una comunicación plena, permanente, expresa y clara con el profesional de la salud tratante;
- d) A obtener una información clara, apropiada y suficiente por parte del profesional de la salud tratante que le permita tomar decisiones libres, conscientes e informadas respecto de los procedimientos que le vayan a practicar y riesgos de los mismos. Ninguna persona podrá ser obligada, contra su voluntad, a recibir tratamiento de salud;
- e) A recibir prestaciones de salud en las condiciones y términos consagrados en la ley;

- f) A recibir un trato digno, respetando sus creencias y costumbres, así como las opiniones personales que tengan sobre los procedimientos;
- g) A que la historia clínica sea tratada de manera confidencial y reservada y que únicamente pueda ser conocida por terceros, previa autorización del paciente o en los casos previstos en la ley, y a poder consultar la totalidad de su historia clínica en forma gratuita y a obtener copia de la misma;
- h) A que se le preste durante todo el proceso de la enfermedad, asistencia de calidad por trabajadores de la salud debidamente capacitados y autorizados para ejercer;
- i) A la provisión y acceso oportuno a las tecnologías y a los medicamentos requeridos;
- j) A recibir los servicios de salud en condiciones de higiene, seguridad y respeto a su intimidad;
- k) A la intimidad. Se garantiza la confidencialidad de toda información que sea suministrada en el ámbito del acceso a los servicios de salud y de las condiciones de salud y enfermedad de la persona, sin perjuicio de la posibilidad de acceso a la misma por los familiares en los eventos autorizados por la ley o las autoridades en las condiciones que esta determine;
- l) A recibir información sobre los canales formales para presentar reclamaciones, quejas, sugerencias y en general, para comunicarse con la administración de las instituciones, así como a recibir una respuesta por escrito;
- m) A solicitar y recibir explicaciones o rendición de cuentas acerca de los costos por los tratamientos de salud recibidos;
- n) A que se le respete la voluntad de aceptación o negación de la donación de sus órganos de conformidad con la ley;
- o) A no ser sometido en ningún caso a tratos crueles o inhumanos que afecten su dignidad, ni a ser obligados a soportar sufrimiento evitable, ni obligados a padecer enfermedades que pueden recibir tratamiento;
- p) A que no se trasladen las cargas administrativas y burocráticas que les corresponde asumir a los encargados o intervinientes en la prestación del servicio;
- q) A agotar las posibilidades de tratamiento para la superación de su enfermedad.

DÉCIMO CUARTA. Deberes de los pacientes con Enfermedad Renal Crónica. En el marco de la Ley Estatutaria 1751 de 2015, por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud, las personas con diagnóstico o riesgo de presentar una ERC tienen los siguientes deberes relacionados con la prestación del servicio de salud:

- a) Propender por su autocuidado, el de su familia y el de su comunidad;
- b) Atender oportunamente las recomendaciones formuladas en los programas de promoción y prevención;
- c) Actuar de manera solidaria ante las situaciones que pongan en peligro la vida o la salud de las personas;
- d) Respetar al personal responsable de la prestación y administración de los servicios salud;
- e) Usar adecuada y racionalmente las prestaciones ofrecidas, así como los recursos del sistema;
- f) Cumplir las normas del sistema de salud;
- g) Actuar de buena fe frente al sistema de salud;
- h) Suministrar de manera oportuna y suficiente la información que se requiera para efectos del servicio;
- i) Contribuir solidariamente al financiamiento de los gastos que demande la atención en salud y la seguridad social en salud, de acuerdo con su capacidad de pago.

DÉCIMO QUINTA. Sanciones. La inobservancia e incumplimiento de las instrucciones impartidas en la presente Circular, o alguna otra que haya determinado la autoridad pública, acarreará la imposición de sanciones previstas en la ley, tanto a título personal como institucional, a cargo de la Superintendencia Nacional de Salud conforme a lo establecido en la Constitución y la ley, sin perjuicio de las demás responsabilidades que puedan derivarse ante otras autoridades.

DÉCIMO SEXTA. Inspección, Vigilancia y Control. De conformidad con lo dispuesto en la Ley 715 de 2001, corresponde a las entidades territoriales ejercer la inspección y vigilancia de los prestadores de salud de su jurisdicción para verificar el cumplimiento de las instrucciones impartidas. La Superintendencia Nacional de Salud ejercerá control sobre las entidades territoriales respecto al cumplimiento de este deber.

DÉCIMA SÉPTIMA. Obligación y cumplimiento. Las instrucciones acá impartidas constituyen el nivel mínimo de protección. Las entidades vigiladas deben saber que no pueden desconocer alguna otra orden, recomendación o parámetro, que realicen las autoridades judiciales al respecto.

DÉCIMA OCTAVA: Actualización periódica. Los contenidos de la presente circular se actualizarán con la normativa y demás lineamientos técnicos expedidos por el Gobierno Nacional.

DÉCIMA NOVENA. Vigencia. La presente circular entra en vigencia a partir de su publicación.

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE

Dada en Bogotá, D.C., a los

ALEJANDRO GAVIRIA URIBE
Ministro de Salud y Protección Social

NORMAN JULIO MUÑOZ MUÑOZ
Superintendente Nacional de Salud

Grupo Técnico Ministerio de Salud y Protección Social elaborador de la Circular
Lorena Viviana Calderón Pinzón –Subdirección de Enfermedades no Trasmisibles
Javier Isaac Maldonado Figueredo--Subdirección de Enfermedades no Trasmisibles

Superintendencia Nacional de Salud
Eva Katherine Carrascal – Superintendente Delegada para la Supervisión Institucional
Adolfo León Valencia – Superintendente Delegado para la Protección al Usuario
Federico Núñez García – Jefe Oficina Asesora Jurídica