

Tratamientos integrales en el POS para la rehabilitación de niños, niñas y adolescentes con anorexia y bulimia

Tania Paola Monroy Fontalvo*

Resumen. Este trabajo busca establecer si en Colombia el ordenamiento jurídico contempla un tratamiento integral para la rehabilitación de los niños, niñas y adolescentes que padecen de anorexia y bulimia. Para ello, se hará una descripción de la anorexia y la bulimia en niños, niñas y adolescentes, se examinarán las normas que desarrollan el POS estableciendo la reglamentación que se consagra para la rehabilitación de estas enfermedades y se llegará a la conclusión de acuerdo al pronunciamiento de la Corte Constitucional, de los médicos especialistas y a los tratamientos aplicados por las EPS.

Palabras clave: anorexia, bulimia, integralidad, salud y POS.

Abstract. This article tries to establish whether the Mandatory Health Plan Law (POS) has determined for the Colombia Health Companies any integral treatment (EPS) for the rehabilitation of children and teenagers affected with anorexia and bulimia. I will do that, by describing those two conditions, and then examining the laws of the Mandatory Health Plan that rule the treatment and rehabilitation. Giving light to my conclusions, the pronouncements of the Constitutional Court, the concepts of specialists and treatments currently applied by the Colombian Health Promoter Companies (EPS).

Key words: anorexia, bulimia, integrality, health and POS.

1. Introducción

En Colombia, las ciudades con mayor índice de anorexia y bulimia son Medellín, Bucaramanga, Cali y Bogotá respectivamente, siendo cada vez mayores los casos en todo el país. Según un estudio de la Universidad de Antioquia y de la Universidad Nacional de Colombia, más de 80.000 jóvenes entre 14 y 19 años padecen anorexia o bulimia. En un 95% de los casos, la anorexia y la bulimia afectan a mujeres jóvenes, aunque en los últimos años se ha producido un aumento en hombres, en mujeres adultas y en niños. Este estudio indica que de cada diez personas que han padecido o padecen estos trastornos, tres no logran superar la anorexia y la bulimia (Romero, 2006).

En Colombia, el derecho a la salud se encuentra garantizado en la Constitución Política —artículo 49— como un servicio público esencial, y gracias a esta nueva dimensión constitucional se expidió el Sistema de Seguridad Social Integral, el cual a su vez comprende el subsistema de Salud y dentro de los principios que deben orientar a este último, se encuentra el de la atención integral, el cual se ha definido, entre otras normas, en el artículo 4, numeral 4 del decreto 1938 de 1994, como:

[...] el conjunto de actividades y procedimientos más indicados en el abordaje de la promoción y fomento de la salud, la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación de la enfermedad; en la que se definen los pasos mínimos a seguir y el orden secuencial lógico de éstos, el nivel de complejidad y el personal de salud

* Institución Universitaria de Envigado. Correo electrónico: tan.monroy@gmail.com

Recibido: septiembre 12 de 2011. Aprobado: octubre 20 de 2011

calificado que debe atenderlos, teniendo en cuenta las condiciones de elegibilidad del paciente de acuerdo a variables de género, edad, condiciones de salud, expectativas laborales y de vida, como también de los resultados en términos de calidad y cantidad de vida ganada; y con la mejor utilización de los recursos y tecnologías a un costo financiable por el sistema de seguridad social y por los afiliados al mismo.

Ahora bien, con este trabajo se busca establecer si en Colombia el Plan Obligatorio de Salud tiene reglamentado un tratamiento integral para la rehabilitación de los niños, niñas y adolescentes que padecen de anorexia y bulimia. Para alcanzar este fin se realizó un análisis documental, en el cual se incluyen libros, artículos, documentales, sitios web, normas nacionales e internacionales, leyes y pronunciamientos judiciales. También, se hizo un trabajo de campo, el cual apuntó a determinar de qué forma —*en la práctica*— las EPS y/o IPS atienden a los pacientes que sufren de las enfermedades de anorexia y bulimia y específicamente si el tratamiento de rehabilitación ofrecido por estas entidades atienden a los requerimientos señalados en los pronunciamientos judiciales y de la ciencia médica para la atención integral de la enfermedad.

2. La anorexia y la bulimia: generalidades e influencia en los niños, niñas y adolescentes de Colombia

2.1 La anorexia y la bulimia

De manera breve, se podría definir la anorexia como un trastorno de la conducta alimentaria producido por causas psicológicas en el que la persona, en su afán de perder peso y mantenerse delgada, recurre a dietas y regímenes alimenticios extremos.

La bulimia es otro trastorno alimenticio de origen psicopatológico, pero con la diferencia que en la bulimia se producen episodios de ingesta de comida en exceso, lo que ocasiona una sensación de satisfacción, posteriormente invade un sentimiento de culpa y

se recurre al vómito inducido para eliminar lo consumido (Barajau y Chinchilla, 2003).

2.2 Repercusiones en la salud

La anorexia puede originar desnutrición, anemia, caquexia, amenorrea en mujeres, impotencia en los varones, aumento de los niveles de algunas hormonas como el cortisol, uñas frágiles, hinchazón e inflamación abdominal, retención de agua, pérdida de líquido, niveles bajos de potasio, parálisis, ritmos cardiacos peligrosos, constipación, lanugo, dolor de garganta, malestar estomacal, pirosis, relaciones afectivas conflictivas, úlcera de estómago y esófago, problemas dentales, riesgo de paro cardiaco por falta de potasio, baja temperatura corporal, caída del cabello, piel seca, dificultades para relacionarse sexualmente, bajo rendimiento intelectual y físico.

En los bulímicos se presentan consecuencias parecidas a las de la anorexia, pero antes de entrar a explicarlas se ha de recordar que en la bulimia se presentan episodios de vómito, uso de diuréticos y uso de laxantes. Ahora bien, se produce debido al vómito: desgarramiento esofágico, esofagitis crónica, dificultad para tragar, espasmos estomacales, problemas digestivos, anemia, deterioro dental, alteración del balance de los electrolíticos, problemas gastrointestinales, hipopotasemias. Por el uso de diuréticos se presentan: disminución de los reflejos, arritmia cardiaca, hipokalemia, las paredes del recto llegan a debilitarse al punto que se salen por el ano, daño hepático, sed, deshidratación, intolerancia a la luz. El abuso de laxantes conlleva a: intestino perezoso; dolores abdominales; mala absorción de proteínas, calcio y grasas.

2.3 Panorama de la anorexia y la bulimia en Colombia

En Colombia la anorexia y la bulimia han ido evolucionando paulatinamente. Aquí los pri-

meros casos conocidos de estas enfermedades se dieron en los estratos altos de la sociedad y con mayor frecuencia en el sexo femenino. Hoy la anorexia y la bulimia han trascendido todas las clases sociales y de género.

Son pocos los datos estadísticos que existen de personas que sufren de anorexia y bulimia en este país y los que se conocen son estudios aislados en distintas ciudades. En un estudio realizado en la ciudad de Bogotá, por ejemplo, se encontró una prevalencia de trastornos de conducta alimentaria del 19,5%, de anorexia del 0,48%, de bulimia del 1,2%, subclínicos del 17,5%. Otro estudio hecho por la Universidad de Antioquia con apoyo de la Dirección Seccional de Salud de Antioquia, arrojó los siguientes resultados: el 3,1% de la población estudiada está afectada por la anorexia y la bulimia y el 14.6% tiene ya el trastorno subclínico.

A pesar de no existir estadísticas generales sobre los casos de anorexia y bulimia en Colombia, si existe conciencia de que estas patologías afectan a gran parte de la población colombiana, puesto que es cada vez más usual conocer en el entorno cotidiano personas que sufran de estas enfermedades.

3. Tratamientos incluidos en el plan obligatorio de salud para la rehabilitación de niños, niñas y adolescentes con anorexia y bulimia

Según el Acuerdo 028 de 2011, por el cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud; contiene en su título IV una cobertura especial para los niños, niñas y adolescentes cuyo nombre correspondiente es “cobertura especial para los menores de dieciocho años”; en él se explican detalladamente los servicios incluidos en el Plan Obligatorio de Salud que se les prestan a este sector de la población. De acuerdo con este dato, los niños, niñas y adolescentes gozaran de:

Acceso a servicios especializados de salud. Los niños, niñas y adolescentes podrán recibir atención en pediatría sin necesidad de ser remitidos por el médico general, es decir, de forma directa. De no poder acceder al servicio de pediatría por cuestiones geográficas o por ausencia de este servicio en el municipio de residencia, ello no limitará el acceso al beneficio de médico general.

Implante coclear. El POS cubre el implante y la sustitución de prótesis coclear y garantiza la rehabilitación postimplante para los niños hasta los dos años de edad.

Complementos nutricionales. Según los incisos 1 y 2 del artículo 70 del acuerdo 008 de 2011 el Plan Obligatorio de Salud cubre:

Fórmula láctea para niños lactantes menores de seis (6) meses, hijos de mujeres VIH positivas, según el criterio del médico o nutricionista tratante.

Complemento vitamínico y mineral (hierro y zinc) en polvo según guía OMS para menores de seis (6) a veinticuatro (24) meses, según el criterio del médico o nutricionista tratante.

Cariotipo. A los niños, niñas y adolescentes el POS les cubre el cariotipo con fragilidad cromosómica.

Prevención de caries infantil. El Plan cubre para los menores entre uno y diecisiete años la topificación con flúor en barniz.

Atención psicológica y/o psiquiátrica de menores víctimas de violencia intrafamiliar. Cubre el POS a los niños, niñas y adolescentes víctimas de la violencia intrafamiliar, certificado ello por la autoridad competente, atención psicológica y/o psiquiátrica ambulatoria y con internación teniendo en cuenta los artículos 17 y 24 del acuerdo 28 de 2011.

Casos de abuso sexual. Cubre el POS a los niños, niñas y adolescentes víctimas de abuso sexual, con diagnóstico confirmado, atención psicológica y/o psiquiátrica ambulatoria y con internación teniendo en cuenta los artículos 17 y 24 del acuerdo 008 de 2011.

Trastornos alimentarios como anorexia o bulimia. A los menores de dieciocho años de edad que se les diagnostique trastornos alimenticios como anorexia o bulimia, se les dará atención psicológica y/o psiquiátrica ambulatoria y con internación teniendo en cuenta los artículos 17 y 24 del acuerdo 028 de 2011. Ello no perjudicará la atención brindada por los profesionales de la salud.

Casos de uso de sustancias psicoactivas en menores de 18 años. Los niños, niñas y adolescentes que usen sustancias psicoactivas, se les dará atención psicológica y/o psiquiátrica ambulatoria y con internación teniendo en

cuanta los artículos 17 y 24 del acuerdo 008 de 2011. Ello no perjudicará la atención brindada por los profesionales de la salud.

Atención psicológica y/o psiquiátrica de menores con discapacidad. A los menores de dieciocho años de edad con discapacidad debidamente certificada por la autoridad competente, se les dará atención psicológica y/o psiquiátrica ambulatoria y con internación teniendo en cuenta los artículos 17 y 24 del acuerdo 008 de 2011. Ello no perjudicará la atención brindada por los profesionales de la salud.

Es preciso destacar que en la mayoría de los servicios especiales que cubre el Plan Obligatorio de Salud para los niños, niñas y adolescentes, se hace la salvedad de tener en cuenta los artículos 17 y 24 del acuerdo 008 de 2011, por lo tanto para la mayor comprensión de los artículos expuestos anteriormente han de señalarse los artículos en referencia a continuación:

Artículo 17. Atención en salud mental. El Plan Obligatorio de Salud cubre la atención ambulatoria con psicoterapia individual o grupal, independientemente de la fase en que se encuentra la enfermedad, así:

1. Hasta treinta (30) sesiones de psicoterapia individual en total por psiquiatra y por psicología durante el año calendario.

2. Hasta treinta (30) terapias grupales, familiares y de pareja en total por psiquiatría y por psicología durante el año calendario.

Artículo 24. Internación para manejo de enfermedad en salud mental. En caso de que el trastorno o la enfermedad mental ponga en peligro la vida o integridad del paciente o la de sus familiares y la comunidad, o por prescripción específica del médico tratante, el Plan Obligatorio de Salud cubre la internación de pacientes con problemas y trastornos en salud mental hasta por 90 días, acorde con la prescripción del médico tratante y las necesidades del paciente. Sin perjuicio del criterio del médico tratante, el paciente con problemas y trastornos en salud mental, se manejará de preferencia en el programa de "internación parcial", según la normatividad vigente.

Parágrafo. Los noventa (90) días podrán sumarse en una o más hospitalizaciones por año calendario.

El Plan Obligatorio de Salud, entonces, cubre para los niños, niñas y adolescentes que

sufran de anorexia y bulimia los tratamientos que este considera necesarios y suficientes para la rehabilitación de las mismas, tratamientos que consisten en consulta psicológica e internamiento. La consulta psicológica que es hasta treinta sesiones de psicoterapia individual en total por psiquiatra y por psicología durante el año calendario y la internación que será hasta por noventa días.

4. Tratamientos integrales para la rehabilitación de niños, niñas y adolescentes con anorexia y bulimia

En Colombia y en el ámbito internacional, la salud es un derecho que acarrea gran importancia debido a su estrecha y directa relación con otros derechos como lo son el derecho a la vida y a la dignidad humana. Es por esta razón que el derecho a la salud goza de protección constitucional y jurisprudencial. Sin embargo, es cotidianamente vulnerado por las Entidades Promotoras de Salud (EPS), que apoyándose en lo contenido en el Plan Obligatorio de Salud, no brindan los medios idóneos para la promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de todas las enfermedades que afectan la salud de sus afiliados, enfermedades tales como la anorexia y la bulimia, en especial cuando los afectados por estas patologías son los niños, niñas y adolescentes, que por sus condiciones de debilidad inherentes a todos los seres humanos en esa etapa de la vida, requieren mayor protección por parte del Estado, la sociedad y sus familias.

4.1 Principio de integralidad

Este principio se podría definir como el conjunto de intervenciones, tratamientos, cuidados y gestiones de servicios para la atención, rehabilitación y promoción en salud a que tienen derecho los usuarios del Sistema de Seguridad Social en Salud. Pero, como todo

principio, no basta solo con dar un concepto el cual quede únicamente en palabras y que no tenga un fundamento que procure su efectivo cumplimiento.

La ley ha sido muy clara y reiterada en el tratamiento y la aplicación del principio de integralidad o integridad en salud. Es preciso observar cómo la ley 100 de 1993 ha sido insistente en la protección integral. Desde su preámbulo muestra que el Sistema de Seguridad Social Integral tiene como finalidad asegurar la calidad de vida para la cobertura integral, de ahí que dentro de los principios que infunden el sistema, está el de la integralidad, razón por la cual es definido esta misma ley en su artículo 2 de la siguiente manera:

Es la cobertura de todas las contingencias que afectan la salud, la capacidad económica y en general las condiciones de vida de toda la población. Para este efecto, cada quien contribuirá según su capacidad y recibirá lo necesario para atender sus contingencias amparadas por esta Ley.

En su inciso primero del artículo 162, muestra que el Plan Obligatorio de Salud debe fundamentarse en la atención integral, citando:

(...) Este Plan permitirá la protección integral de las familias a la maternidad y enfermedad general, en las fases de promoción y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para todas las patologías, según la intensidad de uso y los niveles de atención y complejidad que se definan.

Además, hay una guía de atención integral, definida por el artículo 4, numeral 4 del decreto 1938 de 1994:

Es el conjunto de actividades y procedimientos más indicados en el abordaje de la promoción y fomento de la salud, la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación de la enfermedad; en la que se definen los pasos mínimos a seguir y el

orden secuencial de éstos, el nivel de complejidad y el personal de salud calificado que debe atenderlos, teniendo en cuenta las condiciones de elegibilidad del paciente de acuerdo con variables de género, edad, condiciones de salud, expectativas laborales y de vida, como también de los resultados en términos de calidad y cantidad de vida ganada y con la mejor utilización de los recursos y tecnologías a un costo financiable por el sistema de seguridad social y por los afiliados al mismo.

Recopilando, se puede deducir que en la ley 100 de 1993 y en los decretos que la reglamentan, existe mención expresa a la cobertura integral, a la protección integral, a la atención integral y al plan integral. Atención integral que se refiere a la rehabilitación y tratamiento, como las normas lo indican.

Refiriéndose más concretamente al principio de atención integral, en sentencia T – 576 de 2008 se plasman las facetas de tal principio:

A propósito de lo expresado, se distinguen dos perspectivas desde las cuales la Corte Constitucional ha desarrollado el principio de integridad de la garantía del derecho a la salud. Una, relativa a la integralidad del concepto mismo de salud, que llama la atención sobre las distintas dimensiones que proyectan las necesidades de las personas en materia de salud, valga decir, requerimientos de orden preventivo, educativo, informativo, fisiológico, psicológico, emocional, social, para nombrar sólo algunos aspectos. La otra perspectiva, se encamina a destacar la necesidad de proteger el derecho constitucional a la salud de manera tal que todas las prestaciones requeridas por una persona en determinada condición de salud, sean garantizadas de modo efectivo. Esto es, el compendio de prestaciones orientadas a asegurar que la protección sea integral en relación con todo aquello que sea necesario para conjurar la situación de enfermedad particular de un(a) paciente.

Son muchas las sentencias de tutela en las que la Corte Constitucional ha fallado a favor del tutelante en busca de que se no sea vulnerado su derecho a la salud, basándose en el principio de integridad, ya que este constituye la base del SGSSS concluyendo así que la atención médica que deben prestar las EPS debe ser siempre integral y completa.

4.2 Investigación de campo acerca de los tratamientos aplicados por las EPS para la rehabilitación de los niños, niñas y adolescentes con anorexia y bulimia

Este estudio se realizó mediante la instauración de sendos derechos de petición y solicitudes de información enviadas a las distintas EPS. En ellas se les pidió que se sirvieran dar información detallada y por escrito sobre los tratamientos que aplican para la rehabilitación de niños, niñas y adolescentes con anorexia y bulimia. Las respuestas fueron las siguientes:

Mediante solicitud de información se acudió a Humanavivir EPS y a Solsalud EPS pidiendo que se diera información detallada y por escrito sobre los tratamientos y procedimientos que estas EPS ofrecen para la rehabilitación de los niños, niñas y adolescentes con anorexia y bulimia. De esta solicitud nunca se recibió respuesta alguna de la primera entidad toda vez que, pese a la intención de colaborar con dicha, se debía pedir respuesta a la sede principal en Bogotá la cual nunca llegó; en tanto que Solsalud EPS dio respuesta por escrito y adujo:

Hasta la fecha en nuestra demanda inducida no tenemos reporte de ningún caso de bulimia ni de anorexia. En caso dado, nuestro deber es realizar seguimiento a los pacientes, que se realicen el control mensual solicitado por los médicos tratantes al igual que nuestros pacientes de alto costo.

Ahora bien, a través de derechos de petición, se solicitó a Salud Total EPS, Coosalud

EPS, Saludcoop EPS, Nueva EPS y Coomeva EPS, se sirvieran dar información detallada y por escrito sobre los tratamientos y procedimientos que ofrecen para la rehabilitación de los niños, niñas y adolescentes con anorexia y bulimia. Salud Total EPS entregó respuesta por escrito al derecho de petición en la cual señaló:

Tratamiento hace referencia a la forma o los medios que se utilizan para llegar a la esencia de algo, bien porque ésta no se conozca o porque se encuentra alterada por otros elementos. En la ciencia de la salud, es el conjunto de medios de cualquier clase cuya finalidad es la curación o el alivio de las enfermedades o síntomas. De ahí que son los médicos tratantes generales y/o especialistas los que definen los tratamientos que cada paciente según su condición clínica y diagnóstico requiere. Estos según la pertinencia clínica avalado por medicina basada en evidencia científica son oportunamente autorizados por la EPS, siempre y cuando se encuentren dentro de las coberturas del POS vigente en Colombia.

Por otra parte, Coosalud EPS indicó, por escrito, lo siguiente:

Si el paciente es menor de 18 años todo lo contemplado en el acuerdo 008 de 2009 y en el decreto 1438 de febrero 19 de 2011 como lo son las consultas de psicología, psiquiatría, ginecología, terapia psicológica, terapia psiquiátrica, consulta y tratamiento por nutrición, consulta y tratamiento por endocrinología y calculo de perfil dietético.

Saludcoop EPS dio respuesta de forma verbal en la que expuso:

No contamos con un programa especial para tratar a los niños, niñas y adolescentes con anorexia y bulimia. Dado el caso que se presenten esta, se les lleva un seguimiento psicológico y dependiendo de lo gravoso de la enfermedad se les recomienda un centro especializado para el tratamiento de las enfermedades en cuestión, sin que la EPS cubra los gastos, simplemente se les da la recomendación.

En cuanto a las EPS Nueva y Coomeva, no se recibió respuesta alguna. Recopilando, los tratamientos que realizan las Entidades Promotoras de Salud a los niños, niñas y adolescentes que padecen de anorexia y bulimia se basan en lo que cada una de ellas considere conveniente de acuerdo a las ne-

cesidades del paciente, a lo diagnosticado por el médico tratante adscrito a dicha entidad y, principalmente, a lo contemplado en el Plan Obligatorio de Salud, conforme a la normatividad vigente, ya que de nada serviría que se recomendara un tratamiento idóneo, especializado y completo si este no se encontrare establecido en la cobertura del POS.

En este sentido, ha de recordarse que el POS ofrece para este tipo de enfermedades en niños, niñas y adolescentes; atención psicológica la cual no puede superar el número de 30 días. Igualmente, con el nuevo POS, se incluye internación la cual no puede excederse de 90 días, esto de conformidad con los artículos 17, 24 y 75 del acuerdo 028 de 2011.

En resumen, se podría decir que el médico tratante, de cada EPS en particular, realiza un estudio para determinar si un paciente; sea niño, niña, adolescente o adulto; presenta síntomas de anorexia y/o de bulimia según su condición clínica y diagnóstico. Si el dictamen es positivo, las EPS aplican un seguimiento llevando un control mensual el cual es solicitado por los médicos tratantes y oportunamente autorizado por las EPS, siempre y cuando se encuentre dentro de las coberturas del POS vigente en Colombia. Siendo así, las Entidades Promotoras de Salud aplican los tratamientos que requiera el paciente de acuerdo a lo contemplado en el Plan Obligatorio de Salud, los cuales, para algunas EPS, son: consultas de psicología, consulta de psicoterapia, terapia psicológica, terapia psiquiátrica, consulta y tratamiento por nutrición y cálculo de perfil dietético.

Afirman las EPS consultadas que, en general, ellas no cuentan con un programa especial, serio e integral para tratar a los niños, niñas y adolescentes que sufren de anorexia y de bulimia. En caso de que se presenten estas situaciones, son enviados para realizarles un

seguimiento psicológico y dependiendo de lo gravoso de la enfermedad se les hace la recomendación de acudir a un centro especializado para el tratamiento de las enfermedades en cuestión. Los centros especializados a los que asisten los enfermos son costeados por estos mismos, pues como se acaba de mencionar, son simplemente recomendaciones por parte de las EPS más no son remitidos por estas.

4.3 Tratamientos integrales para la rehabilitación de niños, niñas y adolescentes con anorexia y bulimia desde el punto de vista médico

Los niños, niñas y adolescente con anorexia y bulimia acuden a las EPS con el fin de hallar una solución a su enfermedad, que en este caso sería la aplicación de un tratamiento integral para su rehabilitación. Pero las EPS sólo pueden aplicar los tratamientos y procedimientos que se encuentran descritos en el POS. Entonces, ha de determinarse si los tratamientos que se incluyen en el Plan Obligatorio de Salud cumplen la finalidad de integralidad para la rehabilitación de los niños, niñas y adolescentes que sufren de anorexia y bulimia teniendo en cuenta que un tratamiento integral, como se explicaba anteriormente, es aquel que abarca todos los procedimientos, gestiones, cuidados e intervenciones para la rehabilitación, tratamientos, prevención, promoción y diagnóstico de todas aquellas contingencias que afectan a la población. Para conseguir este fin, se hará un análisis desde el punto de vista de la medicina y de la jurisprudencia colombiana.

Es importante destacar la experiencia de los especialistas del Hospital Maudsley de Londres, de la clínica del Hospital de Toronto de Canadá y de la Asociación Psiquiátrica Norteamericana, puesto que estos han manifestado que lo idóneo que se debe realizar para alcanzar la rehabilitación de los niños, niñas

y adolescentes que se encuentran perturbados por estas patologías es intentar que estos recuperen su peso corporal de acuerdo a la edad, sexo y estatura. De ahí que se hace necesario hacerles un examen individual del estado en que se encuentran, su peso, estado anímico y emocional, su alimentación, el comportamiento con su familia, su entorno cotidiano; buscar qué fue lo que desencadenó estas enfermedades. Para alcanzar este fin se les enseña un plan de alimentación organizado y particular para cada paciente, de acuerdo a sus necesidades, que incluya todas las vitaminas y nutrientes que se deben consumir para tener una vida sana.

Por otro lado, se les debe llevar el control del peso; fomentar el aumento de la autoestima; realizarles psicoterapia individual, grupal y familiar. También es conveniente el uso de medicamentos, por lo general antidepressivos y en otros casos para recuperar el apetito.

Asimismo, ha recomendado que si la enfermedad está muy avanzada, como puede ser estar al borde de la muerte por desnutrición o deshidratación; lo mejor es el internamiento u hospitalización en un centro especializado, es decir, un tratamiento intramural para vigilar la abstención, la inducción al vómito, el rechazo de los alimentos y el ejercicio excesivo.

4.4 Tratamientos integrales para la rehabilitación de niños, niñas y adolescentes con anorexia y bulimia desde el punto de vista de la jurisprudencia

La Corte Constitucional se ha pronunciado en relación con el tema, aunque no de forma repetitiva, solo se conoce la sentencia de tutela 094 de 2011 mediante la cual se protegieron los derechos a la salud y a la seguridad social de dos adolescentes que padecían de bulimia. Los padres de estas, acudieron cada uno a su correspondiente

EPS en busca de un tratamiento adecuado para sus hijas, en las que halló tratamiento psicológico con el cual no se obtuvo mejoría alguna. Por lo tanto, acudieron a IPS privadas en donde se les brindó tratamiento a cargo de psiquiatras, terapeutas ocupacionales, psicólogos, enfermeros y tratamiento psicofarmacológico; tratamientos con los que obtuvieron resultados positivos.

Teniendo en cuenta la anterior situación y las repercusiones en la salud de las personas con anorexia y la bulimia, se pronunció la Corte en la Sentencia:

Este tipo de pacientes requiere de un tratamiento altamente especializado, tratamiento que si no puede ser brindado por el equipo médico en las instalaciones de la EPS tratante debe ser proporcionado por los profesionales y en las instalaciones que cuenten con la infraestructura y el conocimiento necesarios, costo que debe ser sufragado por la EPS tratante en el caso de que los pacientes no cuenten con los medios económicos para hacerlo. Los representados por los accionantes requieren de manera urgente tratamientos especiales según sus patologías, que van mucho más allá de la atención de psicoterapia de crisis, y que resultan esenciales para salvaguardar su derecho fundamental a la salud.

De igual forma, se hizo un análisis de los tratamientos que les fueron aplicados a las adolescentes en la EPS concluyendo:

En los casos bajo estudio, las EPS tratantes asumieron que la ayuda psicológica que se les brindó a las pacientes era suficiente para superar la patología sin tener en cuenta que las características de esta enfermedad en particular requieren de un tratamiento mucho más especializado, muchas veces incluso con internamiento del paciente en un centro idóneo para su recuperación.

Siguiendo con el análisis hecho por la Corte en tal Sentencia, dijo que los tratamientos aplicados por las EPS para este tipo de enfermedades, en comparación con los aplicados por las IPS privadas, son insuficientes argumentando:

Las pruebas aportadas al expediente indican que los tratamientos que las EPS accionadas autorizaron, no resultaron adecuados ni eficientes; mientras que aquellos que fueron brindados en las instituciones privadas

prestadoras de salud fueron positivos durante el tiempo en que pudieron llevarse a cabo. Y no solo las pruebas lo demuestran, también es claro que actualmente en Colombia las EPS no cuentan con los profesionales y la infraestructura efectiva para la rehabilitación de estas patologías, lo que hace aún más gravosa la situación de quienes las padecen y de sus familiares.

Finalmente resolvió que existe un vacío en la legislación colombiana en cuanto a trastornos de la conducta alimentaria, particularmente en lo referente a anorexia y bulimia, por tanto se hace necesario incluir un tratamiento integral en el POS para estas patologías. Señalando:

De todo lo anterior, esta Corte deduce que existe un enorme vacío en el ordenamiento colombiano en lo que se refiere a la regulación referente a la atención, diagnóstico y tratamiento en los casos de trastornos de la alimentación. Por esta razón, resulta de vital importancia exhortar tanto al Ministerio de la Protección Social como a la Comisión de Regulación en Salud (CRES), para que tengan en cuenta el vacío que se presenta frente a este punto y la importancia de regularlo. Los trastornos de la alimentación son enfermedades graves que involucran no solo el ámbito psicológico de las personas sino también el físico, por lo que no solo afectan la calidad de vida de las mismas sino que incluso pueden conducir a la muerte. Es claro que, ante una enfermedad como estas resulta absolutamente insuficiente un tratamiento de 30 días de atención psicológica, cuando la realidad ha demostrado que este tipo de pacientes necesitan un tratamiento integral, muchas veces interno, que implique tanto atención psiquiátrica como física para evitar las graves consecuencias que estas enfermedades acarrearán. Esta Corte encuentra que resulta absolutamente necesario que dentro del POS se incluya un programa serio de diagnóstico y rehabilitación para los casos de desórdenes alimenticios, en consideración al aumento de estas patologías entre la población adulta y adolescente en tanto comportan realmente un problema de salud pública preocupante.

La anorexia y la bulimia son enfermedades que, como se explicó en el primer capítulo, tiene consecuencias graves para la salud de quienes la padecen y que de no ser tratadas a tiempo y de la forma correcta pueden desembocar en la muerte. Es por esta razón, que se hace necesaria la aplicación de un tratamiento especializado en manos de profesionales y expertos en la materia. Pero, a

pesar de ello, los tratamientos que se utilizan en las EPS, basados en lo contemplado en el POS no alcanzan a ser suficientes para la rehabilitación de los niños, niñas y adolescentes con estas patologías; conforme a lo que han recomendado los médicos especialistas en años de estudios de dichas enfermedades. Por esta razón, se hace indiscutiblemente necesario incluir en el Plan Obligatorio de Salud tratamientos integrales para la rehabilitación de los niños, niñas y adolescentes con anorexia y bulimia.

Conclusiones

La anorexia y la bulimia son enfermedades psicopatológicas que generan desórdenes alimenticios en las personas que las padecen. Entre los síntomas de la anorexia se encuentran: dietas, ayunos, miedo intenso a engordar, peso por debajo de lo normal, imagen errada de su cuerpo e inconsciencia de la enfermedad. Los síntomas que con mayor frecuencia presentan los bulímicos son: comer de forma compulsiva, la preocupación por la comida, adopción de estrategias para contrarrestar la ingesta de comida, ganglios inflamados, temblores en las extremidades, cambios de humor, en especial sentimiento de culpabilidad. Sus causas pueden variar entre factores biológicos, sociales, culturales, familiares, genéticos y psicológicos.

En el Plan Obligatorio de Salud se incluyen para niños, niñas y adolescentes tratamientos para los “trastornos alimentarios como anorexia o bulimia” consistentes en: atención psicológica y/o psiquiátrica ambulatoria de hasta treinta sesiones de psicoterapia individual en total por psiquiatra y por psicología durante el año calendario y, hasta treinta terapias grupales, familiares y de pareja en total por psiquiatría y por psicología durante el año calendario. Asimismo, se incluye internación hasta por 90 días, acorde con la prescripción del médico tratante, a las nece-

sidades del paciente y de conformidad con los artículos 17, 24 y 75 del acuerdo 028 de 2011.

En general, las EPS aplican, a los niños, niñas y adolescentes con anorexia y bulimia los tratamientos son basados en lo que cada una de ellas considere conveniente de acuerdo a las necesidades del paciente, a lo diagnosticado por el médico tratante adscrito a dicha entidad y, principalmente, a lo contemplado en el Plan Obligatorio de Salud y, a su vez, para dicho fin, la atención psicológica que no puede superar el número de 30 días. Igualmente, con el nuevo POS, se incluye internación la cual no puede excederse de 90 días, procedimientos que, según lo anteriormente expuesto, resultan insuficientes para la rehabilitación integral de los niños, niñas y adolescentes con anorexia y bulimia, toda vez que estos necesitan un tratamiento más profundo y especializado a lo que se estipula en el plan obligatorio de salud.

Han dicho los médicos especialistas que para alcanzar una rehabilitación integral en niños, niñas y adolescentes con anorexia y bulimia se requiere hacerles un estudio físico y psicológico de forma individual y de esa manera determinar el tipo de tratamiento a aplicar los cuales pueden variar entre tratamiento reeducativo, psicológico, individual o grupal, tradicional, cognitivo intramural, nutricional y medicamentos, tratamientos que pueden tardar años antes de conseguir resultados ya que sus efectos no son inmediatos. Además, es necesario realizar terapia psicológica a los familiares de los enfermos, de tal manera que sepan manejarlos en situaciones de recaída. Por otro lado, la Corte Constitucional también se ha pronunciado sobre el tema en sentencia T 094 de 2011 aduciendo que la anorexia y la bulimia son enfermedades graves que, de no ser tratadas de la forma correcta conducen a la muerte, y que necesitan para su diagnóstico y rehabilitación un programa serio e integral, ya

que no basta sólo con las consultas psicológicas de 30 días.

De conformidad con los programas aplicados por las EPS; con lo recomendado por los médicos especialistas y; por lo indicado por la Corte Constitucional ha de concluirse que en Colombia las EPS no tienen reglamentado, a través del POS, un tratamiento integral para la rehabilitación de niños, niñas y adolescentes con anorexia y bulimia.

Referencias

- Acuerdo 028 de 2011, por el cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud
- Barajau R., J., y Chinchilla M., A. (2003). *Trastornos de la Conducta Alimentaria: anorexia y bulimia nerviosa, obesidad y atracones*. Barcelona: Elsevier.
- Cano Franco, J. F. (2008). Malas nuevas sobre la anorexia: culto a la belleza vs bienestar. *Salud Coomeva*, 27.
- Chincilla Moreno, A. (2011). Anorexia y Bulimia. *Revista de trabajadores de la enseñanza de CCOO*.
- Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. (2000). *Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights. Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos*. Recuperado el 2011, de <http://www2.ohchr.org/english/bodies/cescr/comments.htm>
- Crispo, R., Figueroa, E., & Guelar, D. (1998). *Anorexia y Bulimia: lo que hay que saber*. Barcelona: Gedisa.
- Decreto 1939 de 1994, por el cual se reglamenta el plan de beneficios en el Sistema Nacional de Seguridad Social en Salud, de acuerdo con las recomendaciones del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, contenidas en el acuerdo número 008 de 1994
- Ely Yamin, A. (2006). *De los derechos económicos, sociales y culturales en América Latina: del invento a la herramienta*. Madrid: Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo.

- Hekier, M., & Miller, C. (1994). *Anorexia - Bulimia: deseo de nada*. Buenos Aires: paidós Psicología Profunda.
- Heredia, B. R., & Ramírez, G. M. (2002). *Guía sobre la Salud y Población*. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana.
- Ley 100 de 1993, por medio de la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral.
- Ley 1098 de 2006, por la cual se expide el código de la infancia y adolescencia.
- Ley 1438 de 2011, por la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Mejía Villegas, D. (2007). *La tutela y el derecho a la salud*. Bogotá: Defensoría del pueblo.
- Ministerio de la Protección Social. (2009). *Ministerio de la Protección Socia*. Recuperado el 2011, de Plan Obligatorio de Salud: <http://www.pos.gov.co/Paginas/posdelregimencontributivo.aspx>
- Moreno Vélez, E., Ramírez Restrepo, A. L., Yepes Isaza, M. M., Posada Isaza, A. C., & Roldón Palacio, L. (2011). *Prevalencia de anorexibulimia en mujeres adolescentes en Medellín*. Medellín: Universidad de Antioquia.
- Nordones, G. (2004). *Más allá de la anorexia y la bulimia*. Barcelona: Pradós.
- Organización Mundial de la Salud. (2011). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/es/index.html>
- Romero C. (2006). *No comer... cuento*. Guía para procesos de formación y multiplicación. Campaña de prevención de Anorexibulimia en mujeres. Medellín: Municipio.
- Sentencia C 507 del 25 de mayo de 2004. MP Manuel José Cepeda Espinosa
- Sentencia T 016 del 22 de enero de 2007. MP Humberto Antonio Sierra Porto
- Sentencia T 127 del 22 de febrero de 2007. MP Manuel José Cepeda Espinosa
- Sentencia T 144 del 15 de febrero de 2008. MP Clara Inés Vargas Hernández
- Sentencia T 170 del 8 de marzo de 2010. MP Mauricio González Cuervo
- Sentencia T 231 del 14 de junio de 2001. MP Álvaro Tafur Galvis
- Sentencia T 307 del 19 de abril de 2006. MP Humberto Antonio Sierra Porto
- Sentencia T 618 del 29 de mayo de 2000. MP Alejandro Martínez Caballero
- Sentencia T 730 del 1 de octubre de 1999. MP Alejandro Martínez Caballero
- Sentencia T 818 del 21 de agosto 2008. MP Clara Inés Várgas Hernández
- Sentencia T 889 A del 31 de octubre 2006. MP Jaime Araújo Rentería
- Sentencia T 950 del octubre de 2003. MP Eduardo Montealegre Lynett
- Sentencia T 977 del 24 de noviembre de 2006. MP Humberto Antonio Sierra Porto
- Tinahones Madueño, F. J. (2003). *Anorexia y Bulimia: una experiencia clínica*. Madrid: Diaz de Santos.