

La encrucijada del sector salud: se garantiza el derecho o se sostiene el negocio?

Por: Natalia Paredes¹

La declaratoria de emergencia social para salvar de la crisis financiera al sector salud, anunciada por el Presidente de la República en días pasados, se suma a las voces de alarma reiteradas desde distintos sectores frente a la sostenibilidad del modelo vigente. Si bien, éstas voces tienen interpretaciones distintas que van desde subsanar con inyección de recursos el sistema sanitario hasta realizarle una transformación de fondo, lo cierto es que a medida que pasan los años, los “retoques” realizados mediante decretos, reglamentaciones, resoluciones y demás mecanismos para precisar su funcionamiento y el incremento sucesivo de los recursos destinados para su financiación, no han dado resultado, y la crisis cada vez es más profunda e irreversible. El gobierno ha optado por priorizar el salvamento financiero del sistema y privilegiar la rentabilidad de las Empresas Promotoras de Salud - EPS, y la Corte Constitucional por proteger la garantía del derecho a la salud en su papel de salvaguarda de la Constitución Nacional, y de la dignidad de los colombianos y colombianas.

Desde que se expidió la Ley 100 de 1993 las tutelas por el derecho a la salud han ocupado un lugar central dentro de los pronunciamientos de la Corte Constitucional y la sentencia T-760 del año 2008, marca una posición contundente al reafirmar que la salud es un derecho humano fundamental. Esta jurisprudencia brinda grandes posibilidades para avanzar en la garantía del acceso a la salud para todos los ciudadanos y ciudadanas, en la medida en que reafirma que se debe garantizar el núcleo esencial de éste derecho y que dependiendo de cada caso concreto, la respuesta institucional debe tener en cuenta los criterios de razonabilidad y proporcionalidad. Es decir se debe garantizar todo aquello que si no se brinda afecta la vida o deteriora en alguna medida la integridad de la persona, sin caer en obligar a responder por todas las demandas que se salen de las necesidades en salud y responden a exigencias exageradas, tales como las operaciones estéticas por asuntos de vanidad y no de salud.

Los plazos establecidos por la Corte para tomar medidas por parte de las instancias gubernamentales y los operadores del sistema de salud se están venciendo, entre otros, está previsto que para enero de 2010 se asegure la cobertura universal y sostenible del sistema, y ya se venció el tiempo para la unificación de los planes de beneficios del régimen contributivo y subsidiado para niños y niñas¹. A este respecto, el Ministerio de Protección Social expidió el Acuerdo 005 del 30 de septiembre de 2009, como una medida transitoria frente a lo ordenado por el alto tribunal.

La mencionada sentencia se orienta a corregir algunas fallas centrales y reiteradas de los servicios de salud recogidas en un grupo de 22 tutelas. Las más graves tienen que ver con la existencia de un Plan Obligatorio de Salud – POS, distinto para los usuarios del régimen contributivo y subsidiado. Al ser una muestra de desigualdad flagrante, la Corte ordenó unificar progresivamente ambos POS, pues en su criterio, es injustificable que los ciudadanos más pobres o usuarios del régimen subsidiado, tengan un acceso diferencial a este derecho.

¹ [Comunicado de prensa de la Sentencia T-760/2008](#), Sala Segunda de Revisión de la Corte Constitucional (31 julio 2008).

Otras fallas se refieren a la negación sistemática de parte de las EPS de servicios necesarios tanto, incluidos como no incluidos en el POS, y la “obligación” impuesta a los usuarios de interponer tutelas para acceder a dichos servicios. Como lo muestra un análisis de la Defensoría del Pueblo sobre los informes presentados por las entidades responsables del sistema, las negaciones por parte de las EPS se han convertido en una práctica sistemática que le cuesta al país millonarias sumas. “Para identificar las EPS que practican acciones atentatorias contra el derecho a la salud mediante la negación de servicios, el Ministerio ha buscado obtener evidencias a través de los recobros que presentan por servicios POS (los cuales están obligados a cubrir). La mayoría son del régimen contributivo: Saludcoop, con un 20.4%; Cafesalud, con un 10.5%, así como Sanitas, Susalud y Colmédica, que en total abarcan el 57% de los recobros. Estas, unidas a Coomeva y Famisanar, han pretendido obtener del sistema más de cien mil millones en recobros. Respecto de las EPS del régimen subsidiado, Emssanar ocupa el primer lugar, seguida de Ecoopsos y Emdisalud. Entre las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) se encuentran Previsanar y La Misericordia. Se puede destacar que más de 90% de las negaciones las practican las EPS del Régimen Contributivo. Se registra que Saludcoop, sumada a las EPS Cruz Blanca y Cafesalud, que pertenecen al mismo nombre, concentran el 36% de los recobros”.²

En la T-760, la Corte llama a las EPS a prestarlos de forma eficaz sin necesidad de acudir a la sentencia judicial, para lo cual amplía las funciones del Comité Técnico Científico - CTC³, que tiene cada EPS y sanciona el recurso a la tutela. De este modo, si un servicio médico no incluido en el POS es aprobado por el CTC de la EPS, ésta podrá recobrar el 100% al Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga)⁴. Pero si el servicio es ordenado por tutela, la EPS sólo podrá recobrar un pago parcial. Al mismo tiempo, la sentencia es clara en reafirmar que la garantía del derecho a la salud no puede obstaculizarse por atrasos en el pago de la cotización o por falta de pago de las cuotas moderadoras o copagos. Se refuerza la atención de niños y niñas, pacientes con VIH, enfermedades catastróficas, discapacitados, entre otros sujetos de especial protección.

Confirmando lo señalado por la Procuraduría General de la Nación, el texto de la T-760 describe claramente las deficiencias en los organismos de dirección y vigilancia del Sistema, lo que confirma el papel meramente funcional a los intereses de las EPS privadas que ha venido jugando tanto el Ministerio de Protección Social, como la Superintendencia de Salud. En este sentido ordena recopilar una serie de información sobre negaciones o demoras de servicios, presentar informes periódicos, establecer mecanismos de seguimiento, entregar información sobre derechos de los pacientes y nivel de desempeño de cada EPS, entre otras medidas de rectoría, regulación y control.

Pero si bien las intenciones de la Corte son coherentes con la importancia de avanzar en la garantía de los derechos sociales consagrados en la Constitución de 1991, los actores poderosos del sistema, principalmente el gremio de las empresas de salud (EPS), han interpretado a su manera la sentencia, produciendo efectos perversos bajo el argumento de la escases de recursos. En primer lugar, existe una fuerte presión para delimitar el POS unificado hacia una fórmula promedio que reduzca los beneficios actuales del régimen contributivo y mejore solo un poco los del subsidiado. En este caso como en otras políticas públicas del gobierno actual, la búsqueda de la equidad se concibe de una forma bastante

² Defensoría del Pueblo, Informe dirigido a la honorable Corte Constitucional sobre sentencia t-760 de 2008. Doc. i1_2009 informe Defensoría.

³ Es el órgano encargado dentro de cada EPS, de evaluar y aprobar las solicitudes específicas presentadas por los médicos tratantes de los afiliados, frente a las cuales existan dudas sobre su pertinencia o cubrimiento por parte del POS. Ver Resolución 3099 del 19 de agosto de 2008, Ministerio de la Protección Social.

⁴ Fondo de Solidaridad y Garantía –Fosyga. Es una cuenta adscrita al Ministerio de Protección Social cuyos recursos se destinan a la inversión en salud. Tiene 4 subcuentas encargadas de redistribuir los recursos para el régimen contributivo, el subsidiado, la promoción de la salud, y los riesgos catastróficos y accidentes de tránsito. Funciona como una “gran bolsa” que redistribuye los recursos entre los diferentes actores del sistema.

particular, pues se buscaría igualar las prestaciones por debajo del promedio actual del POS contributivo.

Según el Ministerio de Protección Social⁵, los criterios que se necesitan para tener éxito en la construcción del nuevo POS deberían estar orientados a la contención del gasto, tales como:

- la autorregulación de la profesión médica, es decir, que los médicos se autoimpongan restricciones en formulación de exámenes, medicamentos, remisión a especialistas, etc.;
- un organismo técnico-científico con mayor capacidad;
- buscar la “contención del caso”, es decir, que se evite remitir a los pacientes a niveles de atención más complejos o especializados, y que la mayoría de las necesidades se resuelvan en instituciones de primer nivel (atención básica);
- centralizar las negociaciones de insumos y medicamentos.

Todas estas recomendaciones se enmarcan en la lógica de disminución de costos y aumento de la rentabilidad del “negocio de la salud”, es decir, contrario a las pretensiones de la Corte Constitucional de formular un POS universal más completo, integral, equitativo, y por ende más garantista de derechos, la interpretación del gobierno, que coincide con la de las EPS, es en el sentido opuesto, y tiende a elaborar un nuevo POS más limitado.

Por otra parte, la “consulta” realizada por el Ministerio de Protección Social para este fin no se puede calificar como tal, pues para ser una decisión que va afectar a la totalidad de la población Colombiana, su representatividad es ínfima y se redujo a un par de reuniones con algunas asociaciones de enfermos, y a una encuesta realizada por Internet, que obtuvo solamente 3471 respuestas sobre criterios para la actualización del POS⁶.

Los empresarios de la salud plantean que no solo es necesario definir un nuevo POS, sino delimitar la “zona gris”⁷, compuesta por aquellas intervenciones que pueden ser interpretadas con una mayor cobertura o frente a las cuales existen dudas, y que según ellos requieren precisión para por ésta vía excluir del POS muchas más prestaciones. Es decir, contrario a la pretensión de la Corte de que el Sistema de Salud responda a las demandas de los pacientes donde prime el criterio médico como lo ilustran varios casos de las tutelas que conforman la sentencia T-760, el gremio de las EPS pretende definir de antemano de qué se pueden enfermar los colombianos y de qué no, pues aquello que quede por fuera del POS definitivamente no sería cubierto, negando de entrada uno de los principios básicos del derecho humano a la salud: la atención debe estar basada en una respuesta integral a las necesidades de cada caso particular.

En segundo lugar, otro efecto perverso de la sentencia fue ordenar que los recobros por parte de las EPS al Fosyga se paguen prontamente sin obstaculizar dicho pago, si bien la intención de la Corte en este caso fue la de mejorar el flujo de recursos para una adecuada prestación de servicios, esto puede afectar negativamente la disponibilidad de fondos para el sector, en la medida en que se paguen muchas intervenciones que deben ser asumidas por las EPS o que no estén debidamente sustentadas. De hecho, buena parte de las tutelas en salud corresponden a servicios incluidos en el POS que las EPS niegan, dentro de su política de contención de costos como método para aumentar su rentabilidad.

⁵ Ministerio de la Protección Social, “Sentencia T-760 y el futuro del sistema de salud”, junio 8 de 2009, Comisión VII del Senado.

⁶ Ver presentación sobre gráficos finales de la consulta ciudadana virtual en www.minproteccionsocial.gov.co.

⁷ Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral – ACEMI, “Acciones frente al mandato de la sentencia T-760 sobre recobros al Fosyga”, junio 8 de 2009, Comisión VII del Senado.

En resumen, no hay decisión en el sector salud que no genere consecuencias en otros puntos del sistema. Situación que se repetirá infinitamente, pues refleja la existencia de dos concepciones sobre la salud, distintas y contradictorias. La de la Corte, que como custodia de la Constitución del 91 tiene una concepción garantista de este derecho. Y la de los empresarios que conciben la salud como mercancía y actúan en función de las ganancias que puedan obtener. Por eso el debate abierto por la Corte Constitucional debe ser el telón de fondo para hacer transformaciones profundas que rompan la dinámica de hacer cirugías y crear más enfermedades. Transformaciones que deben tratar, de una vez por todas, de garantizar el acceso a la atención en salud de los ciudadanos y ciudadanas por encima del negocio de los operadores privados, en un diseño institucional en el que primen los principios del derecho humano fundamental a la salud: universalidad, integralidad, equidad y participación social.