Comisión de Seguimiento a la Sentencia T-760 de 2008 y por una Reforma Estructural al Sistema de Salud: Intervención Audiencia Pública ante la Sala Plena de la Corte Constitucional (Diciembre 6 de 2018)

Imprimir

Introducción[1]

Nosotros queremos ser enfáticos en resaltar el papel positivo de la corte Constitucional, frente a la crisis del sistema de salud. La Sentencia T760/2008 y las medidas tomadas por la Corte Constitucional en su labor de seguimiento han sido herramientas muy importantes para enfrentar, desde los ciudadanos usuarios del Sistema de Salud, sus justos reclamos. No dudamos en afirmar que con estas decisiones la Corte Constitucional ha contribuido a salvar muchas vidas, es decir muertes evitables en este período.

La Tutela se ha convertido en un instrumento de reivindicación de los derechos de los pacientes para acceder a servicios negados, a procedimientos y tratamientos adecuados así como a medicamentos ante las fallas notorias en el sistema de salud que ponen en riesgo la vida de miles de personas. Las cifras son contundentes al respecto. El Observatorio Nacional de Salud, dependiente del Instituto Nacional de Salud mostró que de 1998 a 2011, el 53% de las muertes reportadas, correspondía a muertes por causas evitables, esto corresponde a casi un millón trescientos mil colombianos (INS, 2014).

Según el Informe Epidemiológico del Ministerio de Salud, las enfermedades respiratorias aportan la mitad de la mortalidad, las cuales pueden ser controladas adecuadamente con medidas de promoción y prevención, además de un diagnóstico precoz y tratamiento oportuno con intervenciones apropiadas y de muy bajo costo, en este grupo se ubica la TBC, que generó el

8,66 (6.722) de las muertes por enfermedades transmisibles en hombres.

La crisis del sistema de salud es sistémica, es a nuestro juicio una crisis del modelo instaurado desde la ley 100 de 1993 y se manifiesta en la masiva negación de servicios de salud ante lo cual los ciudadanos pacientes tienen que recurrir a los jueces mediante el uso de la Acción de Tutela, cada cuatro minutos en Colombia se instaura una acción de tutela ante los jueces por servicios de salud. Lejos de disminuir las tutelas por el derecho a la salud vienen aumentando lo mismo que las quejas que se presentan por los ciudadanos ante la

Superintendencia de Salud ante la Procuraduría y ante la Defensoría del Pueblo.

En el año 2014 se presentaron 118.281 acciones de tutela; en el año 2015 151.213; en el año 2016, 163.977 y en el año 2017, 197.655. Como lo ha señalado reiteradamente la Defensoría del Pueblo más del 65% de las acciones de tutela se instauran por procedimientos y medicamentos que están contemplados dentro del Plan Obligatorio de Salud. El 32% de todas las tutelas instauradas en el país en el año 2018 lo fueron por servicios de salud y había sido el 30% de todas las tutelas en el año 2017. Según el Consejo Superior de la Judicatura más del 80% de las acciones de tutela son eficaces. El 65% de los fallos son incumplidos, razón por la cual se tramitan incidentes de desacato.

De acuerdo con el último informe de la Superintendencia de Salud en los últimos cinco años de 2014 a lo corrido de 2018 se habían presentado ante la Supersalud un total de 1’824.599 quejas de las cuales 1’252.460 se presentaron en contra de las EPS del régimen contributivo, 441.875 contra EPS del régimen subsidiado y 130.264 contra otros vigilados por la misma entidad.

Los principales motivos de las quejas son:

- Falta de oportunidad en la asignación de citas médicas especializadas 321.258
- Falta de oportunidad para la prestación de servicios de imagenología de segundo y tercer nivel 90.873
- Restricción en la libre escogencia en EPS 88.423
- Falta de oportunidad en la entrega de medicamentos 84.816
- Demora de la referencia o contra referencia 68.734
- Falta de oportunidad en la entrega de medicamentos POS 64.390

A estas cifras habría que agregar las quejas presentadas en la Procuraduría General de la Nación que sumaron para los años 2015 a 2018, 3.485 y en la Defensoría del Pueblo se interpusieron 49.849 quejas entre 2014 y hasta 2018.

La crisis afecta a la mayor parte de las EPS que están habilitadas para operar en el sistema

de salud. De acuerdo con el informe más reciente de la Superintendencia de Salud hay 44 EPS habilitadas para operar de las cuales 30 atienden a la población del régimen subsidiado y 14 a la población del régimen contributivo. 22 de las EPS del régimen subsidiado de acuerdo con dicho informe presentan un patrimonio en rojo, es decir, negativo mientras que en igual situación se encuentran cuatro EPS del régimen contributivo.[2]

De acuerdo con el Ministerio de Salud la crisis también es financiera. Las deudas ascienden según este ministerio a 8 billones en la actualidad. De acuerdo con la Asociación Colombiana de Clínicas y Hospitales en su informe de cartera con cierre a junio de 2018 manifestó que solo para las 184 entidades que le reportan la deuda con éstas IPS es de 9.3 billones. Entretanto el gremio que asocia a las clínicas y hospitales públicos con corte a diciembre de 2017 informó que la cartera con dichas entidades era de 8.4 billones de pesos.

De modo que a manera de introducción queremos plantear que la crisis de la salud en Colombia es una crisis del modelo de aseguramiento privado que fue el arreglo institucional que se aprobó en la ley 100 de 1993 y que en realidad se requiere una profunda reforma del modelo que lo haga compatible con la Ley estatutaria de Salud, Ley 1751 de 2015 que establece que la salud es un derecho fundamental autónomo. Y queremos reiterar que a nuestro juicio la intervención de la Corte Constitucional ha sido muy positiva para enfrentar una crisis de la política pública de la salud en el país.

Respuesta a preguntas enviadas por la Corte Constitucional:

1 ¿En las zonas geográficamente dispersas se han evidenciado avances o retrocesos en la superación de las dificultades generadas por las condiciones de transporte, infraestructura hospitalaria y oferta de servicios habilitados?

Desde la Comisión de Seguimiento a la Sentencia T760/2008 creemos que se han tenido retrocesos, y muy pocos avances. En nuestro criterio debido a que el Modelo de Aseguramiento comercial basado en el mercado de competencia regulada, ha ido demostrando que para que haya la rentabilidad esperada por las EPSs y también de las IPSs,

se requiere demanda de servicios en volúmenes suficientes de población que les permita obtener la rentabilidad exigida por los propietarios o accionistas de las Empresas. Y esto es imposible de lograrlo, en las llamadas zonas geográficas dispersas, pues son zonas extensas con baja densidad de población y la mayoría de la población se encuentra en el régimen subsidiado, en todas ellas más del 80% de la población pertenece a este régimen. El nivel de ingresos de la población en estas regiones es muy bajo y la informalidad es la característica de su economía. Así que el modelo de aseguramiento privado a nuestro juicio no es adecuado para estas regiones. En ellas operan múltiples EPS del régimen subsidiado y también algunas del régimen contributivo. Esa multiplicidad de EPS con muy bajos registros de afiliación aumentan los costos administrativos de la salud y la fragmentación de la afiliación de los pobladores de estos territorios. Pero además son muy pocas las Instituciones Prestadoras de Servicios en dichas regiones.

En el Gobierno anterior, desde el año 2014, se aceptó que en los llamados territorios dispersos el modelo de la ley 100 había fracasado por lo cual se planteó la necesidad de poner en marcha un proyecto piloto en el Departamento de Guainía que inició en el año 2016. Elementos centrales del modelo fueron: el establecimiento de una sola EPS que cubriera al 90% de la población que pertenece al régimen subsidiado y al 10% restante que es del régimen contributivo. Se liquidó el Hospital Público existente en Puerto Inírida y se refundo con inversión pública creando el Nuevo Hospital Manuel Elkín Patarroyo que se entregó a los privados para su administración, al mismo tiempo se coordinó para que la Gobernación del Departamento realizara una política de promoción y prevención con brigadas de salud y actividades en los puestos y centros de salud así como en el hospital refundado.

El Departamento de Planeación Nacional realizó mediante contrato con una firma privada una evaluación del proyecto piloto en el segundo semestre de 2017 que no arrojó conclusiones sobre la viabilidad del modelo. El estudio registra avances significativos en los niveles de atención a la población y algunos tibios avances en el modelo intercultural dado que la mayor parte de la población pertenece a cuatro etnias indígenas. Sin embargo, durante el primer año de funcionamiento señala el estudio se presentó un déficit dado que fueron

mayores los gastos que los ingresos. Tampoco se había logrado el objetivo de una única EPS aseguradora pues seguían operando EPS que tenían afiliados en el régimen contributivo. Las conclusiones no son entonces definitivas y muestran que los problemas por los que pregunta la Corte persistían como obstáculos o barreras para el acceso a los servicios de salud uno de los cuáles son los elevados costos de transporte para acudir a los puestos y centros de salud que fueron creados o reestructurados para el modelo piloto.

En ningún otro departamento del país se ha puesto a funcionar otro piloto a pesar que como se dijo desde el gobierno anterior, se ha declarado que el modelo de aseguramiento privado y de competencia regulada ha fracasado en estos territorios que cubren la mayor parte del país y en los cuales viven cerca de 20 millones de personas.

De otra parte, las características de calidad de vida que ofrecen las regiones apartadas hacen difícil conseguir especialistas para todas las EPSs que buscan quedarse con el mercado de la salud en cada región apartada. Solo es posible garantizar la oferta suficiente de servicios a través de un modelo que no busque como primer objetivo la rentabilidad financiera sino la rentabilidad social, cuyo objetivo principal sea la garantía del derecho a la salud. También es posible organizar el desplazamiento periódico de diferentes especialistas, con el apoyo de médicos generales con adiestramiento en la atención inicial de la demanda de las diferentes especialidades y con el apoyo de la telemedicina que orienten mejor al establecimiento de conductas para la atención de pacientes desde el momento que demanda el servicio.

En los departamentos que corresponden a las zonas dispersas la cobertura es insuficiente y no garantiza una buena atención en salud. Los casos más representativos y que han sido documentados recientemente son los del departamento del Chocó y el departamento de La Guajira. En ellos viene actuando de tiempo atrás la Corte Constitucional. En estos departamentos la crisis de la salud es muy profunda y compromete tanto a la red de prestadores de los servicios de salud como a las propias EPS que allí actúan. Como ya dijimos en estos territorios más del 80% de la población pertenece al régimen subsidiado y allí actúan las EPS que aseguran a dicha población y de las 30 habilitadas 22 tienen serios

problemas económicos que se reflejan en sus saldos en rojo desde el punto de vista de su patrimonio. Esta es la realidad en dichas regiones.

2 ¿La implementación de la PAIS y el MIAS ha presentado avances en la universalización? Indique su concepto sobre la ampliación del MIAS a otras zonas de país.

No presenta avances significativos porque el modelo de ley 100 de 1993, no tiene como punto de partida -como debería ser en una política pública que tenga como objetivo central la garantía del derecho fundamental a la salud- la Atención Primaria en la salud, a partir de la caracterización epidemiológica de las comunidades locales y regionales.

Es sobre esa caracterización epidemiológica que debería construirse la política pública de promoción, prevención y atención. Y a su vez, es sobre la caracterización epidemiológica de las comunidades que debería construirse la política de prevención, la atención y la consiguiente red de prestadores de servicios en salud. Los hospitales o Centros de Salud deberían estar dotados para atender adecuadamente a la población que vive en esos territorios de acuerdo con su caracterización epidemiológica y esto no está garantizado ni en la Política Integral de Atención en Salud, PAIS, ni en el Modelo de Atención Integral en Salud, MIAS.

Decimos además que no ha avanzado porque como ya lo señalamos y de acuerdo con los propios datos del Ministerio de Salud entregados a la Corte Constitucional durante este año, para el año 2017 la tasa de afiliación es del 90% y como sabemos una de las características de los sistema de seguridad social en salud que tiene como base el aseguramiento privado son los individuos, son las personas, quienes son los titulares de ese aseguramiento, no son ni las familias ni las comunidades. Por el contrario aún después de promulgado el PAIS y el MIAS que supuestamente sería los instrumentos para poner en marcha la Ley Estatutaria en Salud que se han presentado estos resultados que muestran un retroceso en la tasas de afiliación. Ahora bien, nosotros insistimos que la afiliación o carnetización no garantiza el goce efectivo del derecho a la salud.

A lo anterior habría que agregar que Colombia carece de un mapa de caracterización epidemiológica actualizado por zonas naturales, para poder formular la política de atención integral PAIS, y es el Estado quien lo tiene que realizar y no las EPS. Esa es una de nuestras criticas centrales a los documentos PAIS y MIAS en que se descarga sobre las EPS la caracterización de sus usuarios individuales y la construcción de las llamadas Rutas Integrales de Atención, RIAS. Estas últimas son construidas por las EPS con la lógica de negocio, privilegiando las enfermedades de Alto Costo como el cáncer, las enfermedades cardiovasculares y la hepatitis.

A continuación presentaremos un análisis de algunos de los planteamientos considerados en el documentos MIAS, en donde se demuestra que este modelo no responde a la ley estatutaria de salud.

Los documentos PAIS y MIAS señalan:

"Considerados los determinantes, son cuatro las estrategias centrales de la Política de Atención Integral en Salud:

"*1. La atención primaria en salud (APS) es la estrategia básica y es la integradora entre las necesidades de la población, la respuesta del sistema y los recursos disponibles en la sociedad como elemento esencial para la viabilidad en la progresividad del ejercicio del derecho. Una APS con enfoque de salud familiar y comunitaria que sirve de interfaz entre la necesidad de desarrollo de nuevas competencias del recurso humano y equipos interdisciplinarios empoderados en el desarrollo de sus capacidades para dar una respuesta social dirigida hacia la persona, la familia y la comunidad" (*Pág. 34.)

"2. El cuidado debe ser entendido como las capacidades, decisiones y acciones que el individuo y el Estado adoptan para proteger la salud del individuo, la de su familia, la comunidad y el medio ambiente que lo rodea, es decir las responsabilidades del ciudadano consigo mismo y con la comunidad. No es posible esperar resultados en salud si el propio individuo y la comunidad no adoptan conductas y prácticas que los protejan frente a los

riesgos de salud". (Pág.35)

"3. La gestión integral del riesgo en salud, como estrategia de articulación entre la salud pública, el aseguramiento y la prestación de servicios de salud. Su finalidad es la minimización del riesgo y el manejo de enfermedad". (Pág.35)

"4. El enfoque diferencial en la atención, adaptando el modelo a las particularidades de los territorios, las características de la población y las estructuras de servicios disponibles considerados como factores críticos de éxito en el desempeño del Sistema de Salud". (Pág.35)

A nuestro juicio se equivoca el Ministerio, cuando para mantener el Modelo de Aseguramiento comercial sacrifica la equidad principio fundamental del Derecho a la Salud, al plantear diferencias en la atención. Además, ignora totalmente la responsabilidad de los demás sectores del Estado sobre los determinantes sociales que afectan inexorablemente los fenómenos de salud así como los de la enfermedad.

"La salud familiar y comunitaria se opera bajo procesos transdisciplinarios de gestión y prestación de servicios sociales y de salud e involucra no solo al médico familiar, sino también a otras profesiones, ocupaciones, agentes comunitarios, saneamiento básico y los ingenieros y actores sociales que participan en el cuidado de la salud, integrando acciones individuales y colectivas para aportar a la garantía del goce efectivo al derecho a la salud de toda la población. En el desarrollo del enfoque de salud familiar y comunitaria se afectan procesos de determinación social de la salud". (Pág.38)

Es difícil aceptar que las EPSs, estén dispuestas a incorporar en sus balances este gasto y de otra parte no está dentro de sus objetivos orientados al manejo de las contingencias, para minimizar o evitar el riesgo patrimonial. De otra parte, el Ministerio de Salud no ha propuesto su financiación y las Aseguradoras no saben cómo se gestionan estos componentes que son fundamentales dentro de una política de atención primaria en salud.

Esto nos confirma una vez más que así hablemos de aseguramiento social, hay toda una

teoría desarrollada que no acepta la solidaridad como un componente esencial de los sistemas de Aseguramiento, pues la lógica es individualista y es la persona quien asume el costo de la póliza directa o subsidiariamente la que recibe el beneficio de la protección financiera de su patrimonio. El documento MIAS-PAIS continúa expresando lo siguiente:

"Es por ello que se requiere la conducción de una autoridad sanitaria que lidere y oriente las estrategias, acciones, intervenciones y tecnologías que serán implementadas de manera coordinada y articulada con los diferentes agentes del SGSSS y otros sectores que aportan a la garantía del derecho a la salud y al desarrollo humano".(Pág.49)

"Esto implica que la norma básica para la evaluación de los efectos del Modelo sean las ganancias en equidad, tanto en estado de salud como en acceso integral a los servicios, buscando el cierre de brechas entre grupos poblacionales considerados en sus diferencias socioeconómicas y en sus contextos territoriales". (Pág. 49)

"El modelo cuenta con diez componentes operacionales que inician desde el conocimiento y caracterización de la población y sus grupos de riesgo, con base en la definición de Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS) –unidades básicas de regulación a partir de las cuales despliegan adaptan los demás componentes"…(pág.50)

Con el modelo de aseguramiento comercial, no es posible realizar esto, pues las poblaciones se encuentran totalmente fragmentadas en grupos según la EPSs a la que se encuentren afiliadas y aún dentro de una misma familia, la afiliación de algunos de sus miembros se encuentra en diferentes EPSs. De otra parte, esto permitiría más científicamente, realizar el descreme de la población, con el fin de identificar los pacientes que tengan o puedan adquirir en el corto tiempo patologías que implique utilización de terapéuticas de alto costo. Este conocimiento epidemiológico que es sano y necesario para identificar la población de mayor riesgo y vulnerabilidad para atenderlas prioritariamente, también ha sido utilizado en el tiempo de vigencia del Modelo para aplicar el descreme de la población en riesgo y la

consecuente negación de servicios, porque es la mejor forma de hacer altamente rentable el negocio de la salud. Así define el modelo las Rutas Integrales de Atención en Salud:

"Con base en la definición de Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS) –unidades básicas de regulación a partir de las cuales despliegan y adaptan los demás componentes-, los requerimientos de las redes integrales de prestadores de servicios de salud y su adaptación en el territorio, el rol de los aseguradores en los territorios donde esté autorizado para operar, sus funciones y requerimientos para la habilitación técnica, las características del recurso humano en salud , los esquemas de incentivos y pago; así como los reportes obligatorios de información requeridos y los retos de investigación, innovación y apropiación del conocimiento. (Pág.50)

"Otros instrumentos regulatorios deben adaptarse a las RIAS, lo que incluye tanto el plan de beneficios como el plan de intervenciones colectivas". (Pág. 50)

Esta estrategia es la que cuestionamos, pues toda la teoría anterior relativamente loable con algunas reservas, queda condicionada a la regulación que como bien lo expresa la propuesta del Ministerio de Salud, está orientada al favorecimiento económico de las EPSs a través de los incentivos y de las formas de pago, esencia del modelo economicista que ha conducido a los resultados evidenciados en el diagnóstico presentado por el mismo Ministerio en este documento. Respecto a la rectoría del sistema el documento expresa:

"La responsabilidad reguladora central del MSPS, en cuanto a la atención en salud, es: 1. La actualización permanente de las RIAS a partir de la evidencia y las guías de práctica clínica. 2. La asistencia técnica a los territorios en cuanto a la implementación del modelo. 3. La evaluación de los resultados obtenidos lo cual debe afectar los esquemas de incentivos, la propia habilitación de las EAPB y las redes integrales de servicios de salud. Las entidades territoriales, las EAPB y las redes de prestación deben concurrir en la ejecución del modelo, cada una dentro de sus funciones, pero mediante una acción integral y armonizada a partir del comportamiento epidemiológico del territorio y la caracterización de la población de cada EAPB en el

respectivo territorio". (Pág.50)

Todo lo dicho anteriormente en la presentación del Modelo y el deseo de fortalecer la entidad rectora de la salud es para que se pueda regular con base en las RIAS y en las guías de práctica clínica, lo cual permite establecer los incentivos, condicionar la habilitación de Instituciones, facilitar el descreme, sin que prevalezca las necesidades del paciente y además acabando de un tajo con la autonomía médica al limitar su ejercicio al uso de guías y protocolos, que en el campo de la medicina son consideradas como elementos de consulta del médico tratante, más no pueden suplantar el juicio clínico que tiene un carácter singular en el marco de la relación médico-paciente. Las RIAS las reducen a una guía clínica por patología o evento, lo cual desvirtúa el principio de integralidad que debe primar en la atención de los pacientes:

*"A partir de la RIAS, se consolidan las acciones tanto del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) como del Plan de Beneficios (PB), incluyendo las guías de práctica clínica asociadas a estos. Las intervenciones incluidas se basan en la mejor evidencia disponible. El conjunto de RIAS, PIC; PB y GPC deben cubrir la mayor parte de las contingencias de salud de la población. Las RIAS son el instrumento regulatorio básico para la atención de las prioridades en salud, la definición de las redes integrales de prestación de servicios, la gestión.(*Pág.50).

Está muy claro que el Modelo propuesto está elaborado para regular y limitar el derecho a la salud, menoscabándolo y complementado además con el cercenamiento de la Autonomía Médica, dándole cada vez mayor protagonismo y decisión a las EPSs para que sean las que realmente gestionen los recursos de la Salud para su propio beneficio de rentabilidad económica. Este enfoque se constituye en la industrialización de la atención en salud bajo los principios de la producción en cadena, con criterios estandarizados a través de las guías de manejo, los protocolos de atención y ahora con las RIAS. Respecto al manejo financiero, el modelo propuesto por el Ministerio de Salud establece:

"Definición de grupos de riesgo. Herramienta metodológica para definir los grupos de riesgo

integral del riesgo en salud, la definición de mecanismos de pago orientados a resultados, los requerimientos y los flujos de información y el logro de los resultados en salud en cuanto a equidad y bienestar social". (Pág.53).

En nuestro concepto, es muy difícil establecer un pago frente a una población clasificada previamente en un riesgo, cuando nuestra formación nos ha enseñado que la historia natural de la enfermedad no evoluciona de forma similar en los pacientes que la padecen. Como el parámetro que se pretende regular con esto es el mecanismo de pago y por lo tanto su valoración y cuantía, los aseguradores siempre tendrán como criterio fundamental que el valor debe ser el que minimice el riesgo financiero y por lo tanto su valor será el que más alto pueda lograr. Otro elemento que acota el documento es la Ruta específica de Atención, que define de esta manera:

"Ruta específica de atención: esta ruta aborda condiciones específicas de salud, incorpora actividades individuales y colectivas que pueden ser realizadas en los entornos, en el prestador primario y complementario, orientadas al tratamiento, rehabilitación y paliación según sea el caso". (Pág.54)

Este otro componente de la propuesta, acaba con el concepto de niveles de atención, que ha sido hasta el momento una forma racional de brindar la atención que requiere el paciente según la severidad de su dolencia y sus eventuales complicaciones. Esta propuesta se hace para hacer más rentable el uso de la alta tecnología no siempre la requerida ni la más eficiente en la atención de ciertas patologías, pero si la más rentable económicamente como nos lo demuestra el presente documento en su Diagnóstico.

"El Ministerio de Salud y Protección Social, y el Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS), desarrollaron conjuntamente un proceso sistemático para elaborar, validar y estandarizar las RIAS" (Pág. 59)

De esta manera se consolida la estrategia y el plan para reinstaurar el POS y por este camino, incrementar la negación del POS y el debilitamiento del derecho a la salud.

"La GIRS tiene por tanto un componente colectivo a cargo de la entidad territorial, uno individual que es función primordial de la EAPB y que se entrelaza con la gestión clínica que ejecutan los prestadores conformados y organizados en la red integral de prestadores de servicios de salud y el cuidado por parte del individuo". (Pág. 61).

Le transfiere la responsabilidad dentro del proceso de la Implementación de la Gestión Integral del Riesgo de Salud (GIRS), la aplicación de las RIAS a las EPSs, lo cual va en total contravía del criterio de la Ley Estatutaria de Salud, LES, que claramente le asigna esta función con características de indelegable al Estado. Respecto a la integración de los distintos niveles de complejidad y los mecanismos de referencia y contrarreferencia, el documento establece:

"A partir de la adscripción de la persona a la IPS y al médico con enfoque familiar, se coordinan y articulan las intervenciones individuales y colectivas y la continuidad del proceso de atención. El prestador primario debe asumir la contra referencia del paciente una vez este egresa del prestador complementario y debe asegurar la continuidad del tratamiento. Los prestadores complementarios son responsables del manejo del paciente cuando las condiciones de su enfermedad requieren de tecnología médica especializada no disponible en el prestador primario; y también de la reducción de los riesgos derivados de la gestión clínica de la enfermedad y el manejo de la prevención secundaria y terciaria en la enfermedad crónica y multi-enfermedad".(Pág.65)

En la concreción de la propuesta se elimina el concepto del equipo multidisciplinario que es responsable de su desplazamiento e integración con la comunidad y solo se refiere al médico, lo cual vuelve a la situación actual de la medicalización total del proceso salud/enfermedad, eliminando todos los avances logrados desarrollados en la actual doctrina de la Corte Constitucional. Es de anotar que el modelo adjudica todo el poder para la organización del esquema de referencia y contrarreferencia a las aseguradoras:

"Mecanismos de articulación del componente primario y componente complementario de

la red, incluyendo, esquemas definidos por el asegurador para la Referencia y contra referencia de pacientes, manejo compartido de historia clínica, telemedicina, tele asistencia y cuidado en casa, así como manejo comunitario del riesgo y la enfermedad"(Pág.78)

Estos esquemas deben corresponder a criterios establecidos por el Ministerio de Salud y los Entes territoriales, pues de lo contrario se regula con criterios que corresponden más a los intereses económicos y no en beneficio de la salud del paciente.

"Para el componente primario la unidad de análisis de conformación es el municipio y los criterios incluyen para las acciones individuales la capacidad de adscripción de afiliados con relación al recurso humano y tecnológico disponible en el entorno territorial del municipio para ámbitos territoriales de alta ruralidad, de cercanía al lugar residencia de los afiliados en los ámbitos urbanos y de capacidad de respuesta a los riesgos en los ámbitos territoriales dispersos; para las acciones colectivas la capacidad de realizar las acciones promocionales y el PIC" (Pág.81).

Ahora bien desde la perspectiva de esta Comisión de Seguimiento, el Derecho a la salud obliga a que siempre se garantice la suficiencia de recursos humanos y tecnológicos, pues es el objetivo del derecho a la salud y no se pretenda armonizar las necesidades a las restricciones que ofrecen las EPSs o IPSs, y por ello es el Estado el responsable de este derecho, que no puede ser delegado a los particulares. No obstante el modelo MIAS, entrega mayor poder de agencia de la política pública al asegurador, debilitando aún más la rectoría del estado:

"Redefinición del rol del asegurador: Las funciones generales del aseguramiento social en salud incluye: 1. Protección frente al riesgo financiero derivado del riesgo en salud de la población que mancomuna los riesgos de salud y sus efectos financieros.2. Agencia, bajo el cual el asegurador representa al afiliado y puede efectuar compras en volúmenes o intervenir en la prestación de servicios de manera que le permita reducir los precios de los bienes y servicios y controlar los costos. 3. Efecto de acceso y de

resultados en salud, que permite al asegurado acceder a servicios adecuados a sus riesgos y con resultados previsibles, más allá de las restricciones financieras derivadas de sus ingresos".(Pág. 84).

La propuesta del Ministerio de Salud para el nuevo Modelo de Atención Integral le entrega a las EPSs toda la posibilidad para que conviertan aún más a la salud en un negocio de la mas alta rentabilidad posible.

"La primera condición derivó en el modelo de aseguramiento indemnizatorio en el que el usuario recupera su gasto en salud sujeto a un deducible que controla los incentivos para el abuso moral (consumir más allá de lo que haría de no estar asegurado). La agencia es propia de los esquemas de aseguramiento con administración gerenciada, en que el asegurador estructura su red de servicios buscando pertinencia, calidad y menores costos. Este esquema fue el planteado de manera implícita en la Ley 100 de 1993 cuando al asegurador se le dio la opción de estructurar su propia red de servicios bajo una autonomía basada en la contratación selectiva de prestadores como mecanismo para inducir competencia y calidad de los servicios. Hasta aquí el asegurador responde a la enfermedad como contingencia (Artículo 1 de la Ley 100 de 1993) y se compensa mediante una prima calculada bajo un mecanismo actuarial que considera, en general, riesgos uniformes en la población. Estas condiciones corresponden a diferentes variantes de un aseguramiento privado". (Pág. 84).

Este párrafo nos permite asegurar que el Modelo propuesto es la profundización más clara y definida de que se continúa con el Aseguramiento Comercial con la mayor rentabilidad que sean capaces las Empresas de lograr. Ninguna de las opciones planteadas permiten garantizar el derecho a la salud, pues los criterios establecidos solo se refieren a la consideración de la enfermedad como contingencia, cuyo gasto puede ser calculado con métodos actuariales pero no para garantizar un Derecho que responde al resultado de diversos determinantes sociales de la salud.

"La aplicación de un esquema territorial (departamental o distrital) en la habilitación del

aseguramiento requiere escalas que se superponen con las propias de la red de servicios que la EAPB habilite para el respectivo entorno territorial. Es recomendable que cada EAPB se habilite en departamentos por contigüidad (operación regional) en la medida que el aseguramiento requiere grandes números para hacer viable su operación a través de la mancomunación de riesgos". (Pág. 87)

No es clara la forma como se usa la palabra HABILITAR pero de todas maneras es la EPSs la que establece su Red de Servicios, lo cual va en contravía con la LES y además apoyaría y legalizaría el monopolio del Servicio de Salud, dejando en posición desventajosa a todos los habitantes de los entes territoriales.

En resumidas cuentas y para concluir, el MIAS no ha podido ser extendido a nivel nacional o lo ha hecho de manera limitada, porque él no ha podido incrementar las rutas de atención, prescinde de las autoridades locales de salud y le da la organización del sistema a las EPS. El MIAS va en contra de la autonomía médica pues la actuación del médico tratante queda reducida a la aplicación de protocolos de procedimiento, que son para casos puntuales y no puede ser violado o a la aplicación de las guías. Si las guías se convierten en procedimientos obligatorios para el médico tratante se convierten en excluyentes.

3 ¿Cuáles son las causas que dificultan la prestación de los servicios de salud con calidad, efectividad, eficiencia y oportunidad, especialmente para las poblaciones que se encuentran en regiones apartadas del país?

Por las mismas razones ya enunciadas en la respuesta de la primera pregunta. Si no tuviera ánimo de lucro la prestación de servicios de salud pero tampoco de quiebra, se daría una atención razonable, de acuerdo con las necesidades del paciente y de acuerdo con la autonomía médica, autorregulada y con los principios éticos que deben acompañar permanentemente la acción médica.

4 ¿Los indicadores de protección específica y detección temprana del riesgo aplicados a nivel nacional son efectivos para evaluar la cobertura en salud?

A esta pregunta de la Corte, es muy difícil responder, pues mientras la estrategia de atención primaria , no se convierta en el primer objetivo del Sistema de Salud, que realmente integre la participación comunitaria con la red institucional de servicios de salud y que logre conocer muy bien su propia población con las características demográficas y epidemiológicas y además los determinantes sociales que expliquen el estado de salud de dicha comunidad, es imposible responder si los indicadores sugeridos permiten evaluar certeramente la cobertura del sistema de salud a dicha población.

Lo que ha establecido el Ministerio como modelo del MIAS, permite es la identificación de las patologías que potencialmente pueda tener la población y que impliquen una alta rentabilidad financiera en su diagnóstico, tratamiento y rehabilitación por parte de las redes prestadoras de servicios debidamente habilitadas según los criterios establecidos.

5 ¿Considera que en Colombia se garantiza la cobertura universal en salud a todos los habitantes del territorio nacional? En caso contrario, señale que actuaciones concretas se deberían implementar para avanzar en ella.

En Colombia lo que ha buscado el Ministerio es lograr una afiliación universal, comprobada a través de la carnetización, priorizando las condiciones económicas de cumplimiento de los aportes y que si no lo está, no le interesa conocer el responsable del no pago, sino que prima la condición financiera de que esté al día en los aportes sin que el DERECHO constituya un factor determinante para la atención, excepto las urgencias, servicio que creemos si ha logrado su cometido de atención inmediata.

La cobertura implica la atención integral de las enfermedades y la promoción de la salud y prevención de enfermedad, y la afiliación solo quedó reducida a la carnetización.

A partir de las cifras reconocidas por el propio ministerio de salud, en su más reciente informe a la Corte Constitucional señala que la cobertura y la afiliación universal solo llego al 90%, eso significa que hay avances, pero no universales. Los datos del Ministerio muestran que en los últimos años se presenta un decrecimiento en el porcentaje de afiliación. Los

datos son los siguientes: 2015 una afiliación del 93%, 2016 una afiliación del 91% y a julio de 2017 una afiliación del 90%.

Debemos insistir que para nosotros hay una diferencia entre afiliación y cobertura pues la atención y prevención presentan problemas notorios. El estar afiliados no significa de ninguna manera estar debidamente atendidos. Las cifras que hemos presentado de las tutelas y las quejas muestran que hay serios problemas en la atención y acceso a los servicios de salud. Así pues como ya dijimos hay avances en la carnetización pero esto no puede ocultar que de acuerdo con los propios datos del Ministerio de Salud aproximadamente un 10% de la población no está afiliada al sistema y como el estar afiliado es el primer paso para ser cubierto por el sistema se tiene entonces que cerca de 4.5 millones de personas no están cubiertas por el sistema.

¿QUÉ HACER?

A nuestro juicio lo que hay que hacer es una reforma estructural al sistema de Salud eliminando la intermediación financiera, eliminando las EPS, poniendo en el centro lo que ya definió la Ley estatutaria 1751 de 2015 que es la salud como derecho fundamental y sobre estas bases construir el mapa epidemiológico del país, organizar la promoción y prevención y garantizando de manera efectiva una política de atención primaria en salud. Se requiere que el Congreso de la República se aboque a esa reforma. En un proyecto de esta naturaleza trabajamos actualmente tanto los gremios médicos como las organizaciones de la sociedad civil. Entre tanto, nos parece fundamental que La H. Corte Constitucional siga exigiendo a las autoridades públicas el cumplimiento de las órdenes emitidas en la Sentencia T760/2008.

Una solicitud particular

La comisión de Seguimiento hace un llamado a la Corte Constitucional para que solicite un informe al Ministerio de Salud, respecto de la actuación administrativa correspondiente a la declaración de interés público en el acceso a los medicamentos utilizados en el tratamiento de la hepatitis C, solicitud que se cumplió el pasado 28 de octubre de 2018, y que lleva tres

años sin resolverse; mientras tanto la población del régimen subsidiado diagnosticada con esta patología no tiene acceso a tratamiento, por tanto el Estado colombiano sigue afectando no solo su derecho efectivo a la salud, sino su derecho a la vida.

Comisión de Seguimiento de la Sentencia T-760 de 2008, Por Una Reforma Estructural al Sistema de Salud. Secretaría Técnica: Federación Médica Colombiana

Foto tomada de: Corte Suprema de Justicia

[1] El presente documento fue presentado por la Comisión de Seguimiento a la Sentencia T760/2008 y por una reforma estructural al sistema de salud en la Audiencia Pública de la Corte Constitucional el jueves 6 de diciembre del año 2018. La Comisión es un organismo de la sociedad civil que fue reconocido como grupo de seguimiento por la Corte Constitucional desde el año 2010.

[2] Fuente: Superintendencia Nacional de Salud. 2018. Circular Única- Archivo Tipo FT001, Catálogo de información financiera, tablas de referencia FT001-07.