

MIPRES o el empecinamiento del gobierno colombiano por mantener el aseguramiento comercial en salud, en detrimento de la garantía del derecho

Imprimir

“Mi Prescripción -MIPRES- es un aplicativo web diseñado para que los profesionales de la salud prescriban medicamentos, procedimientos, dispositivos médicos, soportes nutricionales y servicios complementarios. Fue creado con el objeto de garantizar el acceso oportuno a los servicios y tecnologías en salud no cubiertos por el Plan de Beneficios en Salud -PBS- con cargo a la Unidad de Pago por Capitación -UPC.”[1]

Así comienza el “Boletín” denominado “Descripción de las prescripciones realizadas a través de MIPRES”, publicado en marzo de 2018 por la Administradora del Sistema General de Seguridad Social en Salud- ADRES-.

Cabe recordar que MIPRES fue creado por la resolución 1328 de 2016, y su autoría proviene de los mismos creadores de “Salud-Mia”[2], “Mi-Plan”[3] y MIAS (Modelo de Atención Integral en Salud). MIPRES (Mi Prescripción), además de insistir en el enfoque individualista de la salud, se enfoca en desarrollar otro incentivo económico hacia la contención de costos, poniendo más barreras de acceso a los servicios de salud a la población y desconociendo la ley estatutaria en salud -LES- 1751 de 2015 y su sentencia C 313 de 2014, en los siguientes aspectos:

Artículo 15 de la LES ordena: *“Prestaciones de salud. El Sistema garantizará el derecho fundamental a la salud a través de la prestación de servicios y tecnologías, estructurados sobre una concepción integral de la salud, que incluya su promoción, la prevención, la paliación, la atención de la enfermedad y rehabilitación de sus secuelas.”*

Además, la Sentencia C 313 de 2014 afirma: *“...Para la Corte, la definición de exclusiones resulta congruente con un concepto del servicio de salud, en el cual la inclusión de todos los servicios, tecnologías y demás se constituye en regla y las exclusiones en la excepción. Si el derecho a la salud está garantizado, se entiende que esto implica el acceso a todos los elementos necesarios para lograr el más alto nivel de salud posible y las limitaciones deben ser expresas y taxativas. Esta concepción del acceso y la fórmula elegida por el legislador en este precepto, al determinar lo que está excluido del servicio, resulta admisible, pues, tal como lo estimó la Corporación al revisar la constitucionalidad del artículo 8º, todos los*

MIPRES o el empeñamiento del gobierno colombiano por mantener el aseguramiento comercial en salud, en detrimento de la garantía del derecho

servicios y tecnologías se entienden incluidos y las restricciones deben estar determinadas.[4]

Así pues, tanto la Ley 1751 como la revisión de la Corte Constitucional determinaron que los Planes de Beneficios denominados tradicionalmente como POS, ahora “PBS” y los componentes no incluidos en él y llamados NO POS, ahora NO PBS, desaparecían del sistema de salud para garantizar la integralidad en los tratamientos, y en cambio determinaron la existencia de una lista específica de exclusiones.

Asimismo, aclara que solo se aceptan las exclusiones como una forma negativa de definir el núcleo o contenido esencial del derecho a la atención en salud; por lo tanto, no debe subsistir en el ordenamiento legal colombiano el concepto de “POS” o “PBS” por cuanto ya no existe un plan explícito, definición que no acepta la Corte y se debe entender entonces que todo lo que no está excluido debe ser incluido.

La subsistencia del concepto del POS o PBS produce fragmentación de los servicios y resulta en una violación sistemática al goce efectivo del derecho a la salud y de los procesos de atención al encontrar los pacientes un sinnúmero de barreras sistemáticas e injustificadas que impiden el acceso oportuno a los servicios y la continuidad en el cuidado.

¿Cuál es la motivación para que el gobierno nacional, en cabeza del Ministerio de Salud y Protección Social siga insistiendo en mantener un listado explícito de servicios y tecnologías llamado POS o PBS?

Son varias las respuestas a este interrogante, la principal tiene que ver con una de las bases fundamentales del “sistema de salud” colombiano, que es la intermediación financiera en salud, donde la relación UPC-POS o UPC-PBS, es esencial para mantener un modelo basado en el aseguramiento comercial, donde el Estado le entrega al intermediario financiero una “prima” llamada UPC la cual está destinada a cubrir unos “riesgos” que se traducen en un paquete de servicios y tecnologías denominado “POS” o “PBS”. Así pues, desaparecer el PBS o POS para avanzar de manera afirmativa en la garantía del derecho fundamental a la salud

MIPRES o el empecinamiento del gobierno colombiano por mantener el aseguramiento comercial en salud, en detrimento de la garantía del derecho

y su cuidado integral riñe con el actual “Sistema” General de Seguridad Social en Salud - SGSSS-

Otra respuesta complementaria y que obviamente se dirige en la vía de contener costos a partir de imponer barreras de acceso, como el instrumento comentado MIPRES, que de paso cuestiona la autonomía médica, proclama esencial de la LES, y uno de los pilares fundamentales para avanzar en la garantía del derecho fundamental a la salud. En este sentido llama la atención como el boletín, que da cuenta de la implementación del MIPRES en 2017, se refiere a la responsabilidad del médico en la sostenibilidad financiera del “SGSSS” cuando afirma lo siguiente: *“MIPRES, está concebida en sí misma como una herramienta que busca generar información para la toma de decisiones, tanto individuales como colectivas, que propendan a soluciones de mediano y largo plazo; soluciones en términos del estado de salud de los pacientes a través del uso eficiente de los recursos del Sistema; que permita cubrir a más personas, de la forma correcta, de acuerdo con las decisiones del médico tratante[5]”* (Neguillas fuera de texto), con esta frase se trata nuevamente de responsabilizar a los médicos del manejo eficiente de los recursos del “SGSSS”.

También se afirma en el documento de la ADRES: *“En particular, para el Estado colombiano la sostenibilidad del SGSSS se ha convertido en uno de los principales retos en términos de diseño e implementación de políticas públicas”,* cosa que se evidencia en la extensa normatividad expedida por el MSPS en los últimos años, donde se denota la pretensión del gobierno nacional de anteponer la sostenibilidad financiera a la garantía del derecho fundamental a la salud, dilema que ya ha sido tratado en extensa jurisprudencia por la Corte Constitucional, como cuando dice: *“(…) Dentro del diseño del sistema de la seguridad social en salud el equilibrio financiero tiene como objetivo garantizar la viabilidad del sistema y por lo tanto su permanencia en el tiempo a efectos de que se pueda seguir manteniendo el fin primordial: la cobertura de las necesidades sociales a las que está expuesta la población protegida [6](…)”.* (Neguillas fuera de texto).

Nos preguntamos entonces ¿Cuáles son los límites de la sostenibilidad financiera según la Corte Constitucional? *“...las reglas de responsabilidad fiscal y el criterio de sostenibilidad*

MIPRES o el empecinamiento del gobierno colombiano por mantener el aseguramiento comercial en salud, en detrimento de la garantía del derecho

tienen un carácter instrumental respecto de los fines y principios del Estado Social de Derecho, en particular, son una herramienta útil para la realización progresiva de los contenidos prestacionales de las garantías constitucionales. Sin embargo, ha resaltado que la disciplina fiscal y la sostenibilidad financiera no pueden tomarse como fines últimos del Estado ni justificar limitaciones de los derechos fundamentales[7] (...)"

Así pues, la sostenibilidad financiera es un instrumento, una herramienta para garantizar progresivamente el fin primordial que es cubrir las necesidades de la población.

Finalmente, creemos que seguir manteniendo la sostenibilidad financiera del “sistema” de salud como fin, es la principal causa raíz para no transformar el “SGSSS” en uno que realmente garantice el derecho fundamental a la salud, adicionalmente seguir generando normas para incrementar las barreras de acceso, generando “ganancias” a la intermediación financiera en detrimento de la población es un error, que no solo incrementa la carga de enfermedad, el sufrimiento y las muertes evitables, sino que además aumenta los costos de la atención, por el agravamiento de las patologías y por ende la necesidad de servicios más especializados.

LUIS ALBERTO MARTÍNEZ SALDARRIAGA: Odontólogo, Especialista en Administración de Servicios de Salud de la Universidad de Antioquia, Magíster en Administración de la Universidad Pontificia Bolivariana, actual Director Ejecutivo de la Asociación de Empresas Sociales del Estado de Antioquia-AESA- Presidente de ACESI-

Miércoles 4 de abril de 2018

NOTAS

[1] Boletín descripción de las prescripciones realizadas a través de MIPRES, ADRES Marzo de 2018

MIPRES o el empecinamiento del gobierno colombiano por mantener el aseguramiento comercial en salud, en detrimento de la garantía del derecho

[2] Nombre que le daba el PL 210 de 2013 a la *“entidad del nivel descentralizado del orden nacional, de naturaleza especial, adscrita al Ministerio de Salud y Protección Social”*

[3] Nombre que le daba el PL 210 de 2013 a *“Plan de Beneficios de Salud, que en adelante se llamará Mi-Plan, corresponde a los servicios y tecnologías aprobadas para su uso en el país y requeridas para atención en salud. Mi-Plan garantizará la cobertura de los servicios y tecnologías para todas las patologías”*

[4] Sentencia C 313 de 2014

[5] Boletín descripción de las prescripciones realizadas a través de MIPRES, ADRES Marzo de 2018

[6] Sentencia C- 718 de 2010

[7] Sentencia C-258 de 2013. M.P. Jorge Ignacio Pretelt Chaljub