

LA REFORMA A LA SALUD, PROYECTO DE LEY 210 DE 2013

RÉGIMEN CONTRIBUTIVO

CARLOS ANDRÉS PÉREZ YANGUAS

UNIVERSIDAD DE LA COSTA CUC

FACULTAD DE DERECHO

BARRANQUILLA

2014

LA REFORMA A LA SALUD, PROYECTO DE LEY 210 DE 2013
RÉGIMEN CONTRIBUTIVO

CARLOS ANDRÉS PÉREZ YANGUAS

Trabajo de investigación presentado como requisito parcial para optar
El título de Abogado.

Asesora: Ligia Romero

UNIVERSIDAD DE LA COSTA CUC
FACULTAD DE DERECHO
BARRANQUILLA

2014

NOTA DE ACEPTACION

PRESIDENTE DEL JURADO

JURADO

JURADO

Barranquilla, Febrero 03 de 2014

DEDICATORIA

A Dios

A mi esposa Elizabeth

A mis padres Justiniano y Etelvina

A mis familiares y seres queridos.

Carlos Andrés

AGRADECIMIENTOS

El autor expresa sus agradecimientos a:

Dra. Ligia Romero, cuyas orientaciones, objeciones, luces y sugerencias, permitieron enfocar este trabajo por el camino adecuado.

Al cuerpo docente de la Facultad, a quien debo la formación profesional recibida y los valores éticos inherentes a la profesión.

A mis compañeros, quienes con sus comentarios hicieron de consultores y consejeros, de manera amena y horizontal.

A todos los que, de una u otra forma, contribuyeron a la realización del presente trabajo.

RESUMEN

Este trabajo de investigación surge de la necesidad de analizar una propuesta que cursa actualmente en el Congreso, relacionada con la Ley 100 de 1993, más específicamente al Sistema General de Seguridad Social en Salud, actualmente en vigencia. El trabajo se enfoca desde la perspectiva del Régimen Contributivo, en cuanto toca a la solución de los problemas que el mismo viene enfrentando a través de sus usuarios, que se manifiestan en abierto desacuerdo con las políticas de las EPS, con la aplicación del POS y con muchos otros aspectos que aplican a la seguridad social en salud de los afiliados a dicho régimen. Para efectos del trabajo, se tuvo en cuenta la opinión de expertos en el tema, así como el análisis del texto de la reforma propuesta, acerca del cual se hallaron ciertas inconsistencias que permiten afirmar, de momento, que la reforma aplicará de manera muy superficial y que, los problemas de la salud no hallarán en la reforma la solución deseada por los colombianos, particularmente los usuarios del Régimen Contributivo. La principal conclusión a que se llega, luego de analizar las posiciones de los debatientes del tema, es que la reforma realmente sólo reforma nombres, pero los entes y sus vicios prevalecerán una vez la misma haya sido aprobada.

PALABRAS CLAVE: Seguridad Social en Salud, Ley 100 de 1993, Reforma al Sistema de Salud, Régimen Contributivo, Usuario del Régimen Contributivo.

ABSTRACT

This research arises from the need to analyze a proposal currently pursuing discussions in Congress regarding Act 100 of 1993, more specifically in regards to current General System of Social Security in Health, currently in effect. The work focuses specifically from the perspective of the Contributory Scheme, since it affects the solution of the problems it is facing through its users, which manifest themselves in open disagreement with the policies of EPS, with the implementation of POS and many other aspects that apply to the social health of members of the scheme. For purposes of work, took into account the opinion of experts in the field, as well as analysis of the text of the proposed reform, about which certain inconsistencies that support the conclusion, so far, the reform implemented in a very superficial manner were found and that the problems of health reform will not find the desired solution by Colombians, particularly users of the Contributory Scheme. The main conclusion is reached after analyzing the positions of the debaters of the subject, is that reform reform really just names, but the authorities and their vices prevail once it has been approved.

KEYWORDS: Social Security in Health, Law 100 of 1993, Health System Reform, Contributory Scheme, the Contributory Scheme User.

TABLA DE CONTENIDO

	Página
INTRODUCCIÓN.....	9
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	11
1.1 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	13
1.2 SISTEMATIZACIÓN DEL PROBLEMA.....	13
2. JUSTIFICACIÓN.....	14
3. OBJETIVOS.....	16
3.1 Objetivo General	16
3.2 Objetivos Específicos	16
4. IMPACTO INTERNO.....	17
4.1 LA REFORMA AL ACTUAL SISTEMA DE SALUD	20
5. LAS DIFICULTADES DEL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO EN COLOMBIA.....	29
5.1 GENERALIDADES.....	29
5.2. LOS COPAGOS Y CUOTAS MODERADORAS	38
5.3. EL FORMULARIO DE AFILIACION AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO	44
6. REFORMAS PLANTEADAS EN EL PROYECTO 210 DE 2013	50
6.1 MAS ACERCA DEL PROYECTO DE LEY 210 / 2013. REFORMA AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD EN EL REGIMEN CONTRIBUTIVO.....	57
6.2 LA TUTELA	63
8. CONCLUSIONES	85
9. PROPUESTA METODOLÒGICA.....	89
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	91

INTRODUCCIÓN

En Colombia, el problema de la salud es “grave”, sin que se pretenda con esto hacer un simple juego de palabras. Es, en realidad, un problema que ha cobrado vidas de personas que no han sido atendidas oportunamente, sin tener en cuenta su edad, sexo o color, sólo porque en determinado momento se omitió un requisito, en lo que se podría tomar como una priorización de la burocracia sobre la vida de las personas.

El sistema de salud en Colombia se fundamenta en dos regímenes: el subsidiado, que como su nombre lo indica, está a cargo del gobierno en sus aspectos financieros y el régimen contributivo, que está en manos de trabajadores y empleadores, como directos responsables de las contribuciones que permitan su subsistencia y la prestación de servicios de salud a los trabajadores y sus familias.

En la actualidad se tramita en el Congreso una reforma al sistema de salud. Esa reforma, sin embargo, parece tener grandes baches, tantos, que en sí se le puede considerar como un simple maquillaje al sistema vigente y en algunos aspectos, más contraproducente aun, cuando se trata de la creación de una entidad que captará los recursos y los canalizará posteriormente a las EPS.

Esta medida parecería estar bien encaminada pero, en el texto de la reforma, se observan algunos artículos poco convincentes y que parecen creados especialmente por los inversionistas en salud, como el aparte en el cual se dice que, una vez en manos de las EPS, los recursos dejan de ser públicos y pasan a ser privados. Es decir, sólo hasta ahí el gobierno podrá hacer seguimiento, lo que viene a ser como una forma de legalización de la

actitud que asumieron los directivos de Saludcoop, cuando sacaron los recursos de su entidad para invertirlos en el exterior. (Supersalud, 2012)

Esta monografía no surge de una consideración especial a favor de una posición conceptual basada en prejuicios. Se trata, simplemente, de abordar una temática de interés general, desde la perspectiva del equilibrio conceptual, es decir, desde una óptica de igualdad para las partes que son constitutivas del problema objeto de análisis.

Este documento consta de cuatro capítulos, en el primero de los cuales se describen las generalidades de la investigación; un segundo capítulo donde se analiza la naturaleza del régimen contributivo; un tercer capítulo se ocupa de la discusión de la reforma y un cuarto capítulo, en el que se analiza el alcance de la actual reforma y su posible repercusión en la vida de los colombianos.

Finalmente, se inserta un capítulo de conclusiones y recomendaciones, que no son otra cosa que la opinión del autor en cuanto se relaciona con la problemática de la salud en Colombia y del enfoque que se quiere dar a las pretendidas reformas y mejoras.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La seguridad Social en Colombia gira en torno al texto de la Ley 100 de 1993 y de normas complementarias y reformadoras que se han introducido, tratando de hacer dúctil el sistema, acorde con las necesidades de la población colombiana. Esencialmente, se manejan los modelos de Régimen Subsidiado, por cuenta del Estado y destinado a satisfacer las necesidades en salud de las personas sin o con pocos ingresos y el régimen Contributivo, que aplica mediante un aporte del Empleador y otro del empleado, siendo éste el foco problemático que se abordaría en la investigación propuesta.

El régimen contributivo, que se supone es el más sólido y eficiente, se ha constituido en objeto de debates tanto en el Legislativo como en los organismos que se hallan, directa o indirectamente, vinculados al mismo. Son muchas las falencias que se denuncian, muchas las voces que piden sea suprimido y muchas las voces críticas que se elevan para decir que el problema radica en una reglamentación deficiente, influida posiblemente por intereses particulares, con el fin de sacar el máximo provecho para algunas personas naturales y jurídicas interesadas.

Los problemas del régimen contributivo son tan diversos en su génesis y en su apariencia, desde las concesiones de citas médicas en condiciones inapropiadas y que atentan contra el interés del usuario, hasta la negación sistemática de prestación de servicios, son innumerables las quejas y las personas que solicitan la intervención del Estado a través de las autoridades competentes, para ejercer control y vigilancia sobre este

régimen o, en su defecto, para suprimirlo. Se habla de problemas estructurales, de problemas de forma; igualmente se habla de la poca voluntad de los entes que forman parte del sistema e incluso de los organismos estatales que tienen a su cargo la vigilancia y control de las actividades que se enmarcan en el funcionamiento del régimen contributivo.

En la actualidad se debate en el Congreso una propuesta de reforma que, al parecer busca suprimir a las EPS, organismos que nacieron a la luz de la Ley 100 de 1993 y que son los principales entes que encarnan el mencionado régimen. La desatención, la negativa sistemática de la misma ya mencionada, la demora en atención de casos urgentes, la negativa a prestar servicios que se entienden incluidos en el Plan Obligatorio de Salud por razón de trámites administrativos negación a atención de enfermedades de alto costo, son apenas algunas de las quejas que se acumulan en la Superintendencia de Salud, sin que al parecer haya forma de solucionar ese mal que ya se ha tornado crónico y que amenaza con hacer colapsar al sistema general de seguridad social.

Las acusaciones, al parecer, no son infundadas y de ello da muestra la decisión de la Superintendencia de intervenir a algunas EPS, entre ellas una de las más representativas del régimen contributivo, sin que las medidas acallen las quejas ni mucho menos consulten el interés del usuario, que es el que se ve afectado en su salud, en extensión con la vida, por el deficiente funcionamiento de las EPS. Hay quienes afirman que no es recomendable desaparecerlas, sino que simplemente se deben reformar; hay quienes afirman, en contrario, que fueron mal concebidas, mal creadas, mal autorizadas legalmente y por ello, en consecuencia, han funcionado y seguirán funcionando siempre mal, en detrimento del

interés legítimo del usuario a la salud y la vida, amparados debidamente en la Constitución de 1991.

Dado que aún no hay una luz que prever el futuro de las EPS en Colombia, cabe analizar cuál es su origen jurídico, su rol y su desempeño en pro de la salud de los usuarios y, a partir de esas consideraciones, surge el interrogante problema:

1.1 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿La nueva reforma al Sistema de Salud solucionaría los retrasos en la prestación del servicio de salud a los usuarios del Régimen Contributivo?

1.2 SISTEMATIZACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuáles son los aspectos más vulnerables del actual sistema de seguridad social en salud, que deben afrontar los usuarios del régimen contributivo en Colombia?

¿Garantizará la reforma a la salud la atención integral en salud, en conexión con la vida a los usuarios del régimen contributivo en Colombia?

¿Se eliminarán, con la reforma proyecto de ley 210/2013 en trámite en el Congreso, todas las falencias del actual sistema de seguridad social, particularmente en cuanto toca al régimen contributivo?

2. JUSTIFICACIÓN

Desde la entrada en vigencia de la Ley 100 de 1993, comenzaron a vislumbrarse falencias que, en un principio, fueron asumidas como simples “detalles” susceptibles de ser corregidos con el tiempo pero, transcurridos veinte años de aplicación de la norma, se observa cómo, en lugar de corregirse, muchas falencias se fueron haciendo mucho más graves, al tiempo que las quejas de los usuarios, los recursos de tutelas y no pocas demandas contra instituciones del Estado y de naturaleza privada, aumentaban y se convertían en elementos de la cotidianidad colombiana en materia de salud y de seguridad social en general.

El problema, inicialmente atribuido a la gratuidad del Régimen subsidiado, se extendió de tal manera que, en los veinte años de vigencia de la norma, son varias las reformas que se han introducido en procura de acondicionarla a las necesidades de los colombianos. Pero la realidad ha venido a demostrar que el problema no era exclusivo del régimen subsidiado y que, por el contrario, si se analiza el historial reciente del Régimen Contributivo, surge a la luz que en el mismo son muchos los eventos desafortunados, que llevan a pensar que, o el sistema no fue bien concebido o, simplemente, no funciona como debe ser. En cualquiera de los casos, la realidad es que el usuario se ve afectado en un patrimonio tan valioso y personal como es la vida. Los servicios que se prestan dentro del régimen son deficientes y su incidencia es nacional, cobijando teóricamente a todas las empresas que se inscriben en la modalidad de EPS.

Dada la importancia que para todas las personas tiene la salud y habida cuenta que las manifestaciones de las deficiencias afectan aspectos sumamente graves, como la atención en urgencias, tratamiento de enfermedades costosas, no entrega o entrega sólo parcial de medicamentos, cobros de copagos no justificados, entre otros, se considera que la investigación se justifica desde el punto de vista jurídico, porque aborda una temática inscrita en la disciplina del Derecho, al fundarse en normas legales vigentes.

Desde la perspectiva social, el estudio se justifica porque aborda una temática que incide sensiblemente en la calidad de vida de quienes, siendo parte del régimen contributivo, ven vulnerados derechos constitucionales y legales, relacionados con la salud, en conexión con la vida, lo cual disminuye considerablemente su calidad y expectativas de vida.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo General

Determinar el grado de concordancia entre las exigencias de los usuarios del Régimen Contributivo del Sistema de Seguridad Social y el contenido del proyecto de Ley 210 de 2013, en Colombia.

3.2 Objetivos Específicos

- Describir las dificultades que en materia de salud, tienen los usuarios del Régimen Contributivo en Colombia.

- Identificar las modificaciones introducidas al Régimen de Salud mediante el Proyecto de Ley 210 de 2013, en cuanto concierne al Régimen Contributivo, en Colombia.

- Señalar las falencias más comunes atribuidas a las EPS en la administración de servicios de salud, en el Régimen Contributivo, vigente en Colombia.

4. IMPACTO INTERNO

Los colombianos han sido acostumbrados a que temas como el de la Salud, con toda la injerencia que tienen en su calidad de vida, sean manejados como simples noticias de connotación política, a través de las cuales los interesados pretenden mostrar una imagen de interés y de preocupación por todo lo que atañe a la tranquilidad y al desarrollo social de la comunidad.

Las consecuencias de esta estrategia se plasma en las facultades de Derecho de todo el país, en las cuales el tema de la salud sólo es abordado como objeto de trabajos de grado y no como debiera ser, es decir, de una problemática que afecta a todos los sectores de la comunidad, particularmente a aquellos que, por su condición socioeconómica, sólo tienen como alternativa la “solución” que, en materia de atención en salud, brindan las entidades nacidas al interior de la Ley 100 de 1993.

En los estudios sobre constitucionalismo, se abordan temas “de más profundidad”, pasando el tema de la Salud como algo cotidiano, que no amerita mayor interés, no obstante ser parte del legado de la Constituyente de 1991, plasmado en el texto de la Constitución de ese mismo año. Hablar de salud parece salirse del contexto del Derecho, el cual, generalmente, es enfocado desde la perspectiva del ideal del litigio sobre muchas otras materias, quizá más llamativas pero que, en esencia, ni siquiera alcanzan a igualar la importancia de la Salud, como un Derecho Fundamental que se inscribe en el estudio del constitucionalismo, máxime cuando existe amplia jurisprudencia de la Corte Constitucional, Consejo de Estado y Corte Suprema de Justicia sobre este particular.

Un aspecto que corrobora la importancia del tema de la Salud es que los congresistas, abiertamente patrocinados por muchas entidades privadas prestadoras de servicios de salud, se muestran interesados en “reformular la Tutela”, con el fin de marginar al ciudadano de la posibilidad de utilizar esta herramienta, consagrada en el Artículo 86 de la Carta Política, como mecanismo para hacer valer sus derechos. Reformar la Tutela implica reformar el texto constitucional, porque este es tan claro, que no admite una reglamentación ni una ley que deje por fuera este instrumento como mecanismo para hacer justicia en materia de salud.

Para los medios de comunicación, la Salud en sí no es noticia, a pesar de tocar el tema de manera repetitiva; la noticia es si el Congreso aprueba la reforma, si la oposición debate la propuesta del gobierno o si hay paros de distintos gremios de la Salud o si la Tutela será objeto de reforma. También son noticias “amarillas” (y hasta morbosas) los eventos en los que un colombiano pierde la vida a la espera de atención, en la puerta de una institución prestadora de servicios de salud, que se basa en reglamentos internos para negarle la asistencia.

Llegados a este punto de referencias, se estima que es necesario que la Salud sea vista desde la perspectiva del Derecho, porque es el Derecho el que puede acometer la labor de hacer cumplir los mandatos y suministrar herramientas al ciudadano para que haga respetar sus derechos, siendo el de la Salud uno de los básicos, de los elementales, de los primarios, tanto para el trabajador y para el colombiano desocupado, como para sus respectivos núcleos familiares.

No es posible hablar de derechos; no es posible pretender hacer aparecer a Colombia como un “Estado Social de Derecho”, cuando los ciudadanos están a expensas de la voluntad del capital privado en un aspecto tan fundamental como la salud. Y quienes tienen que abordar este tema son los estudiosos del Derecho, porque el Derecho no está concebido exclusivamente para encarcelar o sacar del recinto carcelarios a los señalados como delincuentes; el Derecho es el punto de equilibrio que permite que la justicia, entendida patrimonio irrenunciable de la humanidad, cobije a todos los ciudadanos, en todos los aspectos que positiva o negativamente inciden en su calidad de vida.

El autor espera que el presente trabajo contribuya a despertar en los estudiantes de las futuras promociones, el interés por un tema que, como el de la Salud, es un importante indicador en la calidad de vida de las personas de cualquier comunidad. La carrera del Derecho, por su proyección netamente servicial y social, debe ser espacio para discusión de temas que, como el presente, entrañan gran interés, particularmente para quienes no tienen acceso a una medicina privada, que les garantice una salud acorde con la dignidad humana.

4.1 LA REFORMA AL ACTUAL SISTEMA DE SALUD

La reforma al sistema de seguridad en salud, ha tenido el siguiente desenvolvimiento en la rama legislativa:

1. Proyecto de ley No. 06/12 Senado. Manual de tarifas mínimas de salud.
2. Proyecto de ley estatutaria No. 48/12 Senado. Por medio del cual se regula el Derecho Fundamental a la Salud.
3. Proyecto de ley estatutaria No. 105/12 Senado. Por medio del cual se reglamenta el Derecho a la Salud
4. Proyecto de ley No. 50/12 Cámara. Denegación de atención a la salud.
5. Proyecto de ley No. 51/12 Senado. Por medio del cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.
6. Proyecto de ley No. 135/12 acumulado con el número 106/12 Senado. Por medio del cual se adoptan medidas en el Sistema General de Seguridad Social en salud para mejorar y el flujo de recursos y se dictan otras disposiciones.

El proyecto de ley que actualmente se encuentra en segundo debate en el Congreso busca, por un lado, facultar al Gobierno para establecer un manual de tarifas mínimas para el cobro de los servicios de salud, con el fin de procurar que las IPS, las ESE y las asociaciones de profesionales compitan con las EPS en la prestación de servicios bajo unos estándares mínimos de calidad, garantizados por la imposibilidad de ofrecer precios por debajo de las tarifas mínimas fijas. Así mismo, busca prohibir la integración vertical de las

EPS adoptando medidas para evitar el abuso de la posición dominante. Lo anterior se sustenta en la ausencia de regulación de las EPS y la gran capacidad de negociación que estas tienen para capturar rentas y generar altos costos de intermediación, dos de los factores que han desencadenado la insostenibilidad del sistema de salud en Colombia.

El proyecto propone que las tarifas del servicio de salud reflejen los costos necesarios y las prestaciones para cumplir la obligación de constante mejoramiento del servicio y la remuneración digna de los profesionales de la salud. Las tarifas que fije el gobierno deberán ser realistas, es decir, compensar los costos de funcionamiento, intervenciones, procedimientos, y servicios hospitalarios, y además contemplar márgenes para adecuación tecnológica y desarrollo de programas de calidad de los mismos (Observatorio legislativo, 2012).

Pero sin duda, los artículos más trascendentales sobre el tema y que sigue los lineamientos constitucionales del Estado Social de Derecho y de la protección a los derechos fundamentales, son los artículos 48 y 49 que consagra expresamente el derecho a la Seguridad Social y a la Salud en los siguientes términos:

Dice el artículo 48 de la Carta Política: "La Seguridad social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del estado, en sujeción a los principios de *eficiencia*, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la ley.

En el artículo 49, la misma Carta consagra a la salud como un servicio público y a la cual toda la población debe tener acceso.

Ya que son estos artículos o normas constitucionales, las que le abren las puertas a todos los afiliados al SGSSS al exigir, la prestación de este servicio bajo unos parámetros de calidad e igualmente legitima de alguna forma la utilización del derecho de Amparo o Acción de Tutela, como mecanismo subsidiario, transitorio o permanente para evitar la consumación de un perjuicio Iusfundamental irremediable. Más aun cuando se tratase de velar por el goce y disfrute de un derecho tan personalísimo como lo es la salud cuando se trata de individuos que por su misma condición física, mental o socio – económica, se encuentra en un estado de debilidad manifiesta, como son los casos de las Personas de la Tercera Edad, los Niños, las Madres cabeza de Familia, las personas en situación de extrema pobreza, para los cuales no es necesario que el derecho a la Salud se le vulnera en conexidad, con otro derechos de los enmarcados entre el artículo 11 y 41 de la carta del 91.

Si bien es cierto, lo acotado en el anterior párrafo, también es cierto que los reseñados artículos 48 y 49 de la Constitución Política, no son solo verso, ya que lastimosamente visto desde otra ópticamás realista y racionalista, encontramos en ellos algo de prosa, al denotar que lastimosamente en nuestro marco constitucional, dentro del bloque de los Derechos Fundamentales y Sociales, no encontramos un artículo en el cual se plasme a la salud como un derecho intrínseco de la personalidad humana si no como un simple servicio.

Se estima que en la Constitución de 1991, no obstante la preocupación manifiesta del constituyente en lo tocante al sistema de salud, faltó énfasis en la importancia de la

misma y en la obligación del Estado de velar por esa garantía del ciudadano. Si bien se fijan en algunos artículos los derechos ciudadanos, no se compromete debidamente al Estado a atender lo pertinente a la salud con carácter prioritario, de manera que no exista evasiva alguna que permita, como sucede en la actualidad, que los responsables de prestar servicios de salud y aun funcionarios del sistema judicial que son invocados en petición de ayuda por el usuario, eludan sistemáticamente la satisfacción de las necesidades básicas del usuario, con tecnicismos diversos.

Considera el autor de este estudio que, para emitir un concepto autorizado sobre el tema en discusión, es necesario prestar oído a quienes, por diversas razones y desde distintas posiciones, se erigen como voces expertas en la materia. Sólo así es posible establecer un proceso de comparación que permita determinar si, con el nuevo modelo, el sistema de salud en Colombia apunta a una mejor calidad de vida de los nacionales y si, definitivamente, algunos de los vicios que tanto afectan al usuario pueden desaparecer en el corto tiempo.

Hay acuerdo respecto a cómo han ido declinando las condiciones de salud de los colombianos. Hay que pensar en un sistema distinto, no orientado a la intermediación financiera para el manejo de la enfermedad, sino hacia la prevención, la promoción de la salud y un desarrollo adecuado de la estrategia de atención primaria que hace 40 años definió la Organización Mundial de la Salud y que todavía no se ha implementado en el país.

Dos ejemplos de cómo, para estos expertos, los estándares de salud en Colombia han desmejorado desde la implementación de la ley 100 de 1993, fueron expresados por la médica salubrista

Luz Elena Sánchez, directiva de la Asociación Colombiana de la Salud: “En el país están creciendo los casos de sífilis congénita, como si estuviéramos en África y hay un brote de tosferina preocupante, estos problemas no estaban en la epidemiología colombiana hace diez años. El POS no se compadece con la concepción de derecho vital de salud. Sí, tiene que haber limitaciones, pero éstas no deben ser marcadas por los mecanismos de mercado” (Carrasquilla, 2012).

En el centro de la discusión está, de nuevo, el papel de las EPS. Luz Elena Sánchez advierte que la intermediación de los aseguradores se debe eliminar. Un ciudadano no tendría por qué acudir a un intermediario que le genera tantas barreras administrativas. Queremos que haya acceso al sistema de salud y que los dineros de la salud, que son del bolsillo de todos, dejen de ser un factor de rentabilidad para algunas empresas.

Se hace necesaria la estructuración de una nueva ley estatutaria que parta del concepto de salud como derecho, que desaparezca la intermediación financiera y el esquema de las aseguradoras. Se considera que la idea es promover un cambio de fondo en la filosofía y sentido que orienta a la ley vigente. Se hace necesaria la derogación del núcleo de la Ley 100 de 1993, ya que, evidentemente, mientras

subsista la idea de la salud como mercado y como negocio, el sistema seguirá evidenciando las falencias que hoy muestra.

Por parte de la Academia, que el gran problema que tiene el sistema es que se ha desbordado el gasto correspondiente a medicamentos y a atenciones no cubiertas por el POS. “Esos recursos, que son de 3 billones de pesos al año, son objeto de intervención en la medida que allí se está atendiendo a pocas personas con medicamentos y tecnologías sumamente costosos. En muchos casos sin quererlo, defendiendo el derecho a la salud, terminamos defendiendo el derecho de las farmacéuticas y la industria médica a proveer unos servicios muy costosos. El Gobierno ha reconocido esto y esperamos que surta efecto las medidas que se anuncia” (Camargo, 2013).

El problema de la salud en Colombia es general; ni siquiera es posible decir que alguna de las modalidades de suscripción a los distintos regímenes tiene ventaja sobre las otras y de ello dan testimonio las sentencias estructuradas como la T-525 de 2012 de la Corte Constitucional, que buscan amalgamar conceptualmente las tutelas que se presentan contra el sistema, cuyo número es tan abrumador que impide el normal desarrollo de la actividad judicial en el país.

Pero en medio de todo ese problema, lo que resulta especialmente importante para el autor de esta propuesta investigativa es el Régimen Contributivo, el cual alberga a millones de colombianos que, no obstante contribuir con parte importante de sus ingresos,

se ven abocados a tener que recurrir a medidas como la Tutela, para tratar de obtener una atención decente, ya que por medios ordinarios sólo reciben frustraciones, no sólo en calidad y oportunidad de atención, sino en todos los aspectos relacionados con el servicio a que tienen derecho por Constitución y Ley.

La Declaración Universal de Derechos Humanos y el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales entre otros convenios y tratados internacionales, proclaman a la seguridad social como un derecho que toda persona debe tener y que todo Estado debe garantizar y proteger.

Los estados modernos han consagrado en sus Constituciones y han dado prioridad a la Seguridad Social, por cuanto es uno de los medios para conseguir los fines propios del ente estatal, en nuestro caso, consagrados en el artículo 2 de la Constitución Política de Colombia.

La importancia de la seguridad social radica en que abarca aspectos indispensables para la vida humana y por ende, tiene mucho que ver con el mantenimiento y garantía de derechos fundamentales (constitucionales) como la vida, la integridad personal, la salud etc.

La Corte Constitucional ha dicho que la Seguridad Social es un derecho de segunda generación, por referirse a un derecho de tipo colectivo, que necesita un desarrollo legal y que, a pesar de no ser un derecho fundamental, será susceptible de acción de tutela cuando

tenga conexidad o íntima relación con un derecho que la Constitución consagre como fundamental.

En la Constitución Política de Colombia, se lee en su artículo 1º: "Colombia es un Estado Social de Derecho (...), fundada en el respeto de la *dignidad* humana, en *trabajo* y *la solidaridad* de las personas que la integran y en la prevalencia del interés general". Desde este punto de vista, el Estado tiene la obligación de cumplir unos fines para satisfacer las necesidades mínimas de sus habitantes y algo muy importante es que los principios de solidaridad y respeto de la dignidad humana son primordiales, de manera que el Estado tiene la obligación de proteger los derechos de las personas. Se tiene al individuo como un fin, y no como un medio.

Ahora bien, un Estado Social de Derecho es "el Estado que garantiza estándares mínimos de salario, alimentación, salud, habitación, educación, asegurados para todos los ciudadanos bajo la idea de derecho y no simplemente de caridad". Además, el artículo 64 de la Carta Política consagra como deber del Estado promover el acceso a educación, salud, vivienda y seguridad social entre otros.

En general, la Seguridad Social consiste en la protección del Estado contra situaciones de enfermedad, invalidez y vejez. Lo que se quiere es que todas las personas y, especialmente los menos favorecidos tengan acceso a los medios que les cubrirán sus necesidades mínimas para tener una vida digna, y el único que puede facilitar esto es el

aparato estatal. Y de esta manera, cumplir con las directrices que la Constitución señala para que las libertades y derechos consagrados en la Carta Política se hagan efectivos.

5. LAS DIFICULTADES DEL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO EN COLOMBIA

5.1 GENERALIDADES

El régimen de seguridad social en salud, en Colombia, es deficiente y de ello dan constancia, no la simple afirmación del autor de este trabajo sino los intentos múltiples que se han hecho, con el fin de adecuarlo a las necesidades reales de la población colombiana, que es, en definitiva y por omisión, la destinataria de la creación de dicho régimen.

Resulta erróneo desde cualquier enfoque problemático, pretender distinguir entre los derechos de quienes están cobijados por el Régimen Contributivo y quienes hacen uso del Régimen Subsidiado, habida cuenta que, en primer lugar, constitucionalmente está prohibida en Colombia cualquier forma de discriminación y, en segundo lugar, porque la realidad evidencia que ha existido una igualdad entre los “beneficios” que reciben unos y otros, pero una igualdad que se da por lo bajo y no precisamente por la eficiencia de ambos regímenes.

En efecto, las quejas del usuario del régimen contributivo en poco se diferencian de las del usuario del régimen subsidiado; en tal sentido, la igualdad desafía a cualquier comparación, ya que unos y otros enfrentan los mismos problemas, que se pueden definir, inicialmente, en aspectos como:

- La concesión de citas, que no obstante el decreto ley 0019 de 2012 Ley antitramites vigente, introducida por el actual gobierno, las citas deben darse como máximo en tres días, siguen dándose con plazos de por lo menos diez días, para consulta general y de un mes para consulta especializada.

- La atención, que se ciñe más a un protocolo administrativo que a una necesidad manifiesta de la salud del paciente. La atención de un especialista es casi un lujo que se obtiene luego de haber pasado por el filtro de la consulta general, para esperar el largo plazo para la consulta especializada. Aquí se da el fenómeno de la irresponsabilidad compartida, ya que las IPS son las que fijan la fecha y la EPS salva su responsabilidad cuando remite al paciente a la primera, es decir, a la IPS.

- La medicación. Curiosamente, las drogas suelen ser las mismas para la generalidad de los pacientes, así evidencien síntomas disímiles entre sí. A ello hay que añadir que no siempre las drogas son entregadas y, en muchos casos, solicitan al paciente regresar dos o tres días después, porque “no hay existencia”. Es decir, el proceso administrativo asume el control y la salud del paciente o las consecuencias que para la misma tenga el aplazamiento, carecen de importancia. Generalmente, el interesado debe acudir a una droguería particular para comprar el medicamento, máxime en aquellos casos en que la urgencia así lo impone, a favor de la recuperación y la vida propias.

- Los procesos administrativos. Constituyen una de las dificultades más grandes que debe enfrentar el usuario. Los procesos de hospitalización, cirugía, etc., están ceñidos estrictamente a las conveniencias de la IPS, la cual regula, según sus intereses, cuándo se puede atender al paciente, al margen de la urgencia que éste tenga de la intervención médica. Los papeleos parecen diseñados para obstaculizar y no para controlar ni mucho menos para dinamizar el proceso de atención. Las consecuencias, en no pocos casos, suelen ser la pérdida de la vida del paciente, la cual se explica posteriormente con eufemismos como “complicaciones cardiorrespiratorias”, por citar sólo un ejemplo.

Cuando se da la muerte del paciente, siempre hay una explicación sustituta de la realidad. Y no se trata aquí de hacer afirmaciones gratuitas, sino de reflejar en este trabajo la realidad que viven los usuarios del régimen contributivo, aunque, como se manifestó al comienzo de este capítulo, esa realidad cobija por igual a los del régimen subsidiado. Se trata, simplemente, de que los resultados de la dinámica administrativa son siempre funestos para el usuario y éste no tiene forma de reclamar y ser atendido adecuadamente ni mucho menos indemnizado, cuando los resultados son nefastos. Se estima conveniente, a estas alturas, aludir a casos específicos, documentados, que ponen en evidencia la realidad de la afirmación consignada anteriormente.

Resulta evidente que la ciencia médica protege bien sus decisiones y blinda, en lo posible, a sus ejercitantes contra los efectos de posibles errores, a partir de la convicción de que sólo otro médico, obligado a la “lealtad” y sin poder desaprobado “las acciones de sus colegas”, es el que está legalmente reconocido para emitir conceptos sobre las actuaciones de otros profesionales de la misma disciplina.

No se trata de poner en duda el sometimiento a la verdad en los juicios emitidos por los tribunales de ética médica; se trata, simplemente, de reconocer que, quienes creen con limitaciones en esos dictámenes, tienen sobrada razón porque, independientemente de la calidad personal del juzgador, deberá siempre tener presente las exigencias del código ético de su profesión.

El médico se ve enfrentado en muchas ocasiones a dilemas de difícil solución; la presencia y presión de los familiares, se erige como un obstáculo y, además, en ciertas

oportunidades debe renunciar a su ética profesional, como cuando un paciente se niega a recibir donación de sangre, por razón de sus creencias religiosas. Son casos en los que el deber médico se enfrenta al derecho legítimo del paciente a renunciar a las herramientas científicas por razón de sus convicciones, condenándose a un resultado final imprevisto, sin que el médico, aun a sabiendas de cuál es la alternativa ideal, pueda tomar decisiones en esa dirección, por el imponderable antes mencionado.

También es de señalar que la profesión del médico es de medios y no de resultados. Tal vez sería oportuno señalar que es un ejercicio de voluntad y no de resultados, porque no son pocos los casos de negligencia que se denuncian diariamente y que ponen de presente que existe un problema tangible, un problema real, en relación con el comportamiento médico, en determinados casos. En el caso objeto de discusión, el paciente o sus familiares están poco menos que impedidos e imposibilitados para adelantar cualquier gestión que apunte a la determinación específica de la realidad de un hecho, porque las EPS y las IPS son las que tienen la información que podría inducir al juzgador a determinar con exactitud un grado de posible responsabilidad en los casos nefastos.

En Colombia, la mayoría de los médicos trabajan como empleados de entidades privadas y de entidades del Estado; las primeras, pertenecen al denominado “Régimen Contributivo” e involucra a las personas que pueden aportar económicamente a la empresa para la preservación de su salud; en el segundo caso, se trata del denominado “Régimen Subsidiado”, el cual está a cargo del Estado y cobija a aquellas personas que no están en capacidad de pagar por los servicios de salud.

Pues bien: no son pocos los casos en los que el médico debe ceñirse a un “protocolo” de atención, que posiblemente no consulte el interés de la salud del paciente pero que se sujeta estrictamente a lo ordenado por la institución para la cual labora. En el caso de las entidades del Estado, el médico se ve precisado en infinidad de oportunidades a no brindar los servicios que puede brindar y que necesita el paciente, por carencia de medios, de recursos, de infraestructura y de logística. En el caso de las entidades privadas, denominadas EPS, existe una limitación y un protocolo que establece cómo se debe atender, cómo se debe remitir, qué requisitos llenar, todo ello con el peligro que entraña la no atención oportuna al paciente.

Lo anterior conlleva a que la responsabilidad del médico se diluya aún más, aunque las empresas prestadoras de servicios de salud lo niegan, lo cierto es que el galeno debe desenvolverse dentro de un marco normativo de la entidad evitando las extralimitaciones. A todo ello, hay que señalar que existen requisitos burocráticos que ponen al médico en condiciones de inhabilidad para atender muchos casos, por carencia de documentos o por falta de renovación de los mismos, etc. En estos casos, la responsabilidad se desvía a la institución, la cual a su vez se defiende alegando que los protocolos deben cumplirse y que no están obligadas a atender pacientes sin el lleno de los mismos.

Las consecuencias de este sistema han sido fatales para muchos pacientes y la justicia poco o nada ha podido hacer, porque el galeno alega ceñirse a los reglamentos internos para atender a un paciente y la empresa prestadora del servicio, a su vez, alega la falta de cumplimiento, por parte del paciente, de los requisitos necesarios para su atención.

El denominado “paseo de la muerte” es un ejemplo de cómo muchas personas han perdido la vida, luego de transitar de una institución a otra, incluso siendo remitidas burocráticamente, sin lograr la atención necesaria o lográndola cuando la situación resulta irreversible. Muchas vidas de niños y adultos se han perdido, sin que se determine una responsabilidad concreta sobre el particular. Estos eventos llaman más la atención cuando se dan dentro del marco del denominado Régimen Contributivo, en el cual el interesado aporta una cuota mensual que, supuestamente, le garantiza la atención oportuna y eficiente para la recuperación de la salud.

Aunque el tema parezca desviarse de la esencia de este trabajo, la realidad es muy distinta; la responsabilidad civil del médico tiene como objeto y sujeto la salud y vida del paciente y, en los casos descritos, el médico tiene una excusa o, por lo menos, puede explicar satisfactoriamente por qué en determinados casos no se brinda la atención merecida al enfermo. La independencia mental, que debe ser un elemento básico de la responsabilidad en este caso, no existe; la condición de asalariado, debilita su sentido profesional y le impone la obligación de ceñirse a patrones predefinidos, así no se halle de acuerdo con los mismos. Sobre el particular se expresó la Corte Suprema, en los siguientes términos:

“...Las obligaciones son de medios cuando el resultado a que éstas apuntan sobrepasa lo que el acreedor justamente puede exigir al deudor...Esta clasificación coadyuva en la ardua labor que corresponde a los jueces de determinar, en cada caso concreto y según las circunstancias, si la obligación

ha sido cumplida o no, o, mejor aún, si la prestación o prestaciones que ella impone han sido o no ejecutadas..." (Ospina Fernández, 2011)¹

Dado que el régimen de salud vigente en Colombia crea las figuras de las EPS y otras similares, mal podría el Estado pretender enjuiciar a quien se ciñe a los lineamientos de una entidad legítimamente constituida y que funciona con el aval estatal. Ahora bien ¿existe una vigilancia y control sobre estos reglamentos, que limitan y excluyen? En gracia de discusión, tocaría decir que, en efecto, existe una Superintendencia que se encarga de ejercer vigilancia sobre estas instituciones pero ¿son los reglamentos internos de las mismas, acordes con el derecho legítimamente reconocido a los ciudadanos, en la Constitución y la ley?

En muchísimas oportunidades, la honorable Corte Constitucional ha establecido el nexo de lo que llama "salud en conexión con la vida" para referirse a casos en los que la urgencia y necesidad manifiesta imponen la atención al paciente. Pero los trámites burocráticos son, al parecer, mucho más importantes al interior de las instituciones, las cuales valoran más su cumplimiento que la salud y/o vida de los enfermos.

Todo esto, como consecuencia de la Ley 100 de 1993; a partir de su entrada en vigencia, los médicos perdieron mucha autonomía y su condición de empleados de las instituciones limita su accionar, incluso hasta el extremo de decirles qué deben recetar y qué análisis ordenar. Independientemente de lo que ordena el Plan Obligatorio de Salud – POS-, las instituciones deciden lo qué deben hacer los médicos en cada caso, para impedir la subida de los costos de atención, que puedan poner en peligro su rentabilidad.

¹ OSPINA FERNANDEZ, Guillermo. Corte Suprema de Justicia. Ponencia.

Pareciera una afirmación aventurera e irresponsable pero no lo es. En soporte de lo afirmado, se incluye aparte de una publicación en el diario El Tiempo, en donde se pone en evidencia la realidad del “paseo de la muerte”, refiriéndose a situaciones que se dan cuando un paciente es remitido de una a otra institución, sin que logre ser atendido en ninguna de ellas, por distintas razones burocráticas e incluso “razones técnicas” que no aplican en casos de urgencia, como el alegato de que “no hay cama disponible” o “... a la entidad no le correspondía prestar ayuda al paciente”.

Me dijeron que era la peste tropical que anda por ahí; después, que era un ñero que se le infectó. Sólo cuando les pedí que hicieran la prueba de dengue dieron con el mal”, contó la afligida mujer. Pero ni así mejoraron las cosas. Las fiebres altas no cedían, el niño empezó a delirar y en la clínica sólo le recetaban antibióticos y calmantes y lo regresaban a casa.

“Cuando vi que la salud de mi hijo se deterioraba, lo llevé otra vez de urgencias a la clínica. Allí vomitó sangre y fue cuando el médico recomendó remitirlo a una unidad de cuidados intensivos, pero ellos no tenían”, dijo la mujer. El drama se agravó porque la entidad a la que estaba afiliado el niño no autorizó el traslado a la clínica ***, con la excusa de que el niño **sólo tenía cotizadas 26 semanas y se requería mínimo de 100 para permitir el procedimiento.** (El resaltado es del autor).

De oficina en oficina, y enviada de un médico a otro, pasaron los días hasta

que finalmente la mujer decidió trasladar al niño al Hospital Metropolitano. Allí le negaron atención porque no tenían convenio con la EPS ***.

Desesperada, Dennis corrió con su hijo a la clínica ***, donde le exigieron 5 millones de pesos. Ella ofreció un millón, lo único que pudo reunir con sus familiares, pero no le aceptaron esa plata. Tuvo que regresar a ***. Amenazó con interponer una tutela. Trece horas después, el niño fue remitido, otra vez, a la Reina Catalina, donde demoraron más de dos horas para la admisión mientras el niño agonizaba en una camilla, sin el respirador artificial que necesitaba para sobrevivir.

Cuando se decidieron a atenderlo ya era muy tarde. Entró en crisis respiratoria, porque tenía los pulmones invadidos por la enfermedad. A los 11 años no lo mató el dengue, sino la indolencia (El Tiempo, 2010)

Se ha aludido a la responsabilidad médica, porque resulta elemental que el familiar del paciente o éste directamente, acudan al médico para solicitar explicaciones y responsabilidades cuando se dan casos nefastos como el aquí narrado. Pero, en esos casos, los galenos alegan que se sujetan a los protocolos establecidos en la organización; hablar de los aspectos inherentes a estos casos, sería una temática diferente, puesto que habría que hacer referencia al manejo de las Historias Clínicas, documento que se erige en la principal defensa de las IPS en casos de fallecimiento o de resultados indeseados para el paciente, dado que ni siquiera muestran la Historia Clínica sino hasta unos días después cuando, como es apenas natural, ese documento ha perdido credibilidad para el interesado y no constituye una fuente confiable para el juzgador.

5.2. LOS COPAGOS Y CUOTAS MODERADORAS

Una de las problemáticas frecuentemente enfrentadas por el usuario del régimen contributivo tiene que ver con los llamados “**copagos**”, cuota que se exige particularmente a los cobijados por el suscriptor en su seguro, para brindarle ciertos servicios, como suministro de drogas, análisis clínicos, intervenciones quirúrgicas, etc.

El copago tiene fundamento en una concepción unilateral del legislador, ya que, si bien el beneficiario o familiar del suscriptor no aporta al sistema, se entiende que ello forma parte de la obligación que contrae la EPS con el usuario al momento de selección y firma de la documentación respectiva. El problema radica en que el copago parece tener una utilización muy diferente al simple cobro del dinero, como es la elusión de la obligación de prestación del servicio, cuando la persona no tiene en el momento de su atención, el valor que se le exige en calidad de copago.

Esta situación es reiterativa y en muchas ocasiones el enfermo es devuelto sin la atención que requiere, independientemente de su estado de gravedad. Es por ello que la Corte Constitucional se ha pronunciado acerca de esta irregularidad, ya que atenta abiertamente contra el derecho a la salud, un derecho fundamental, máxime cuando se trata de problemas que requieren una urgente atención para evitar poner en riesgo la vida del interesado.

La Tutela, una figura que quizá haya sido abusada en su aplicación en problemas de salud pero que ha brindado apoyo al necesitado e incluso es garantía financiera para las

EPS ante el FOSYGA, ha sido la alternativa de quienes se han visto desamparados por el arbitrario papel que asumen las EPS para eludir la prestación del servicio cuando el usuario no puede pagar el mencionado copago.

Ante esta problemática, la Corte se ha pronunciado en distintas sentencias que hacen reiterativa la jurisprudencial posición del organismo, ante el problema aquí planteado:

Establecidas las directrices normativas para la procedencia del **copago y las cuotas moderadoras**, esta Corporación reconoce que los aludidos pagos no constituyen per se una afectación del derecho fundamental a la salud de los afiliados al sistema, habida cuenta que persiguen como se ha reiterado, la financiación y viabilidad de éste, pero ha sido enfática en que no pueden ser un obstáculo que impida a las personas acceder a los servicios de salud que necesitan con urgencia. Una situación excepcional que impone prescindir de los copagos y cuotas moderadoras por ejemplo, es la de aquella persona que padece una enfermedad catastrófica o ruinosa. La Corte ha insistido en la protección constitucional reforzada que este grupo de personas merece, al encontrarse en un estado de debilidad manifiesta, de modo que en aquellos casos en que se vislumbre la vulneración de los derechos fundamentales del enfermo, el Juez constitucional en el caso concreto, debe valorar cada elemento tomando siempre en consideración la protección constitucional

reforzada que se ha dispuesto a los pacientes de enfermedades catastróficas o ruinosas (Corte Constitucional, 2011)²

La posición de la Corte no puede ser más clara en relación con este problema. Sin embargo, estos pronunciamiento parecen deslizarse tranquilamente por la dura piel de las EPS, ya que la problemática se repite con insistencia y causa serios perjuicios a muchas personas que deben ver aplazado su derecho a la atención, sólo porque en el momento no disponen del monto efectivo del valor del copago (Corte Constitucional, 2011).

De manera que para determinar los casos en que se torna necesario eximir al afiliado del pago de las cuotas moderadoras y de los copagos, esta Corporación ha precisado dos reglas jurisprudenciales, de origen constitucional, que deben tenerse en cuenta para proteger efectivamente algún derecho fundamental que pueda resultar vulnerado: (i) cuando la persona que necesita con urgencia un servicio médico carece de la capacidad económica para asumir el valor de los pagos moderadores, la entidad encargada de garantizar la prestación del servicio de salud deberá asegurar el acceso del paciente a éste, asumiendo el 100% del valor y (ii) cuando una persona requiere un servicio médico y tiene la capacidad económica para asumirlo, pero tiene problemas para hacer la erogación correspondiente antes de que éste sea suministrado, la entidad encargada de la prestación deberá brindar oportunidades y formas de pago al afectado,

² CORE CONSTITUCIONAL. Sentencia T 118 de 2011. MP.Jorge I. Pretelt Chaljub.

para lo cual podrá exigir garantías adecuadas, sin que la falta de pago pueda convertirse en un obstáculo para acceder a la prestación del servicio (Corte Constitucional, 2011)

Este es uno de los aspectos que debieran ser abordados en la reforma que cursa en el Congreso. Realmente, salvo casos en los que los costos se constituyan en una auténtica carga para la EPS, si el afiliado o solicitante del servicio posee medios para pagar su copago, se debe aplicar estrictamente el cobro del valor respectivo; no así cuando (ello es evidente para el personal científico de las EPS) el usuario requiera atención inmediata, circunstancia esta que no ha sido tomada en cuenta por las entidades interesadas, limitándose a negar el servicio, con fundamento en la no consignación del copago respectivo.

Respecto de la prueba de la incapacidad económica para que el costo de las cuotas moderadoras y los copagos no sean exigidos, la Corte Constitucional ha establecido que: (i) no existe una tarifa legal para su prueba, pues, para la Corporación, ésta puede verificarse a través de cualquier medio probatorio, incluyendo la presunción judicial de la incapacidad, y (ii) Se aplica la presunción de buena fe establecida en el artículo 83 de nuestra Carta Política. Las anteriores circunstancias permiten suponer la difícil situación económica por la que atraviesa la demandante y su grupo familiar, evidenciando así su estado de debilidad manifiesta. Esta situación en efecto, torna imposible la cancelación de los copagos que tiene que realizar por cada examen o servicio médico cada vez que los requiera, los cuales en el mes pueden ser numerosos teniendo en cuenta que le realizan tres hemodiálisis

por semana debido a la grave enfermedad que padece. Considera la Sala que en el presente caso la vida de la actora se encuentra en grave peligro ante la enfermedad crónica terminal que padece, por lo que requiere con urgencia se tomen medidas inmediatas para que el servicio de salud sea prestado de manera tal que el tratamiento o procedimiento prescrito se le brinde, en contribución a la recuperación de su salud y al mejoramiento de su calidad de vida. De manera que se eximirá a la demandante del pago de las cuotas moderadoras y de los copagos, a partir de las reglas jurisprudenciales que ésta Corporación ha precisado para proteger efectivamente el derecho fundamental que pueda resultar vulnerado, en este caso, la vida de la peticionaria: (i) cuando la persona que necesita con urgencia un servicio médico carece de la capacidad económica para asumir el valor de los pagos moderadores, la entidad encargada de garantizar la prestación del servicio de salud deberá asegurar el acceso del paciente a éste, asumiendo el 100% del valor (Corte Constitucional, 2011)

En el caso citado anteriormente, la honorable Corte Constitucional aborda una temática sumamente importante, como es la de los enfermos crónicos, que deben acudir a tratamientos periódicos y que, además, en el caso de los enfermos con Infección Renal Crónica, se torna aún más difícil, ya que generalmente deben pagar transporte especial (taxis), lo cual es una erogación sumamente importante para el bolsillo de quien no posee la capacidad económica suficiente para enfrentar la situación.

La presunción de la incapacidad de pago y la presunción de la buena fe, parecen temas risibles para las EPS, las cuales, a través de personal especialmente entrenado, se limitan a decir que “es indispensable” o “es obligatorio” el pago de la cuota correspondiente, al margen de las condiciones económicas del solicitante del servicio. En casos como las hemodiálisis, por ejemplo, la omisión de una sesión de las mismas puede significar la diferencia entre la vida y la muerte para el paciente, así se trate simplemente de un “aplazamiento” y no de una negativa a prestar el servicio, argumento que es aludido por las EPS cuando asumen la actitud inhumana de negar un servicio indispensable para el enfermo.

Tanto las E.P.S como las E.P.S-Subsidiada (E.P.S-S) tienen la obligación de suministrar al usuario, sin dilaciones injustificadas, aquellos medicamentos o procedimientos que necesiten para restablecer o mantener su estado de salud y que se encuentren incluidos dentro de los Planes de Beneficios respectivos, pues frente a sus afiliados tienen un derecho subjetivo, cuya protección es susceptible de ser exigida de manera inmediata al Estado. Así, por ejemplo, conforme con la Ley 100 de 1993 las E.P.S. soportan las obligaciones económicas derivadas de aquello contemplado en los planes de beneficios, con cargo a los recursos que obtienen de los aportes realizados por quienes pertenecen al régimen contributivo, mientras que las E.P.S-S, financian ese tipo de servicios médicos, con los recursos del subsidio a la demanda^[6].

El artículo 187 de la ley 100 de 1993 establece que, Los afiliados y beneficiarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud estarán sujetos a pagos compartidos, cuotas moderadoras y deducibles. Para los afiliados cotizantes, estos

pagos se aplicarán con el exclusivo objetivo de racionalizar el uso de servicios del sistema. En el caso de los demás beneficiarios, los pagos mencionados se aplicarán también para complementar la financiación del Plan Obligatorio de Salud.

La anterior disposición fue reglamentada por el Acuerdo 260 de 2004, mediante el cual se crea el régimen de pagos compartidos y cuotas moderadoras dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud. En su artículo 1°, el Acuerdo refiere que **los copagos** son aquellos aportes a cargo de los beneficiarios, destinados a la financiación del sistema, y que corresponden a una parte del valor del servicio; mientras que **las cuotas moderadoras**, a cargo de los cotizantes y beneficiarios, persiguen regular la utilización de los servicios de salud y estimular su buen uso (Corte Constitucional, 2011).

Si bien los pronunciamientos del alto tribunal son claros, ello no incide significativamente en su actitud ante el cobro de las cuotas moderadoras y copagos. Se trata, en realidad, de una actitud totalmente injustificada que, no por estar condenada por la Corte, tiene para las EPS otra significación que un incremento para sus ingresos, así juegue en ello papel importante la salud en conexión con la vida, del enfermo.

5.3. EL FORMULARIO DE AFILIACION AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO

Este documento se ha convertido en otro mecanismo de discriminación entre las entidades promotoras de salud; las preguntas contenidas en el mismo y que teóricamente están orientadas a formar un perfil del usuario a ingresar a la EPS, en realidad es un documento que permite a la organización seleccionar entre quienes quieren pertenecer a la

misma y el criterio de evaluación lo constituyen los antecedentes y condiciones actuales de salud del interesado.

De esta manera, las entidades particulares (EPSC) buscan establecer un filtro proyectadamente financiero, ya que el contenido de los formularios en el cuestionario de salud es una trampa mediante la cual la entidad selecciona a aquellos interesados que aparentemente tienen menos problemas de salud, evitándose así incurrir en la aceptación de personas que pueden constituirse en problema financiero para la organización en el corto, mediano o largo plazo. Es decir, se discrimina al usuario en razón de su condición de salud, buscando tener como base de operación y de ingresos, a pacientes que potencialmente sean menos costosos para la empresa, esto es lo que se llama selección adversa violando de una manera flagrante lo establecido en la ley 100 de 1993 art. 183 en su parágrafo 2.

Esto constituye, en primer lugar, una discriminación y con ello se está violando la norma constitucional; en segundo lugar, se convierte en una contradicción del texto de la ley y de las reformas aprobadas y en estudio, cuando enuncian que el ciudadano puede “escoger libremente” la entidad a la que desea afiliarse, Ley 100 / 1993 artículo 156 literal “g” . Convendría complementar la norma con un enunciado en el que sea que ello se dará cuando la entidad escogida acepte, desde su perspectiva económico-financiera, la solicitud del peticionario o aspirante.

NUESTRO COMENTARIO

Quiere el autor referirse, en primer lugar, a la carencia de fuentes de información confiables, en materia de salud, en Colombia. La información se halla diseminada y, curiosamente, ni siquiera entre los organismos del Estado existe coherencia en relación a la misma. Las diferencias son sumamente significativas, lo cual pone de presente que no existe un control, una base de datos que realmente pueda satisfacer un requerimiento en esa dirección.

Y una reforma como la que se pretende introducir al sistema de salud, debe sustentarse en información confiable, consolidada y adecuadamente recolectada y manejada, a fin de no incurrir en el ya frecuente error de las “reformas” que se aprueban en el Congreso y que sólo sirven de soluciones temporales porque se aplican con recolección apenas parcial de la información necesaria; las reformas tributarias son un claro ejemplo de la ineficacia de ese tipo de decisiones legislativas.

Retomando el tema de la salud, hay necesidad de hacer alusión a las condiciones de los suscriptores o usuarios en el Régimen Contributivo.

Es de tener en cuenta, en primer lugar, que con el régimen contributivo se abrió la puerta a la privatización de la salud y se vinculó al trabajador en la salvaguarda de su propia necesidad en el campo de la salud, al asignarle una participación en el pago que mensualmente se debe hacer por servicios de salud para él y sus beneficiarios.

Esta sola participación, ese sacrificio que hace el trabajador, de parte de sus escasos ingresos en la inmensa mayoría de los colombianos, debiera ser el aliciente especial que requirieran los legisladores para compensar a los colombianos con un régimen que realmente consulte su interés en materia de salud. Pero los resultados, que no se requiere consultar en ninguna base de datos porque son de dominio público y de frecuente ocurrencia, evidencian que el régimen contributivo en muy poco atiende el deseo de los colombianos en dirección a brindarles un buen servicio para trabajadores y sus familias.

Por ejemplo:

- La concesión u otorgamiento de citas es a largo plazo. Y se entiende “largo plazo” porque, a pesar de la “reforma” introducida en el decreto ley 0019 de 2012, las citas se siguen concediendo con más de cinco días y en ocasiones hasta dos meses, en contra de lo dispuesto en la reforma, en el sentido que las citas debieran ser inmediatas o, en ciertos casos, para un máximo de tres días.
- La formulación de los médicos a los usuarios es sumamente limitada. Existe una lista de drogas que son las que mayormente se recetan y que han llevado a los usuarios, en una muestra de humor negro, a llamarlas “pepitas sanalotodo”, porque son formuladas indiscriminadamente, aun en casos de pacientes con síntomas sumamente diferentes, ajenos el uno al otro en cuanto a sus manifestaciones clínicas se refiere.
- El POS es manejado con habilidad de cirujano por parte de las EPS. Son estas organizaciones las que deciden cuándo brindan sus servicios y cuándo se abstienen

de tratar al enfermo, porque consideran que padece una enfermedad ajena a las obligaciones que les impone el mencionado POS.

- Las cirugías y tratamientos para enfermedades “de alto costo” son pírricos; en muchas ocasiones, el medicamento “está agotado” y el usuario, en interés de su propia salud, opta por comprarlo por su cuenta, con lo cual se elude, por parte de la EPS o IPS, el suministro obligado de drogas, de acuerdo con lo establecido en la ley.
- Las intervenciones quirúrgicas son milagrosas, no en sus efectos, sino en sus ocurrencias y ejecuciones. Se aplazan dos o más veces y cada aplazamiento consta de no menos de un mes, aun en casos en los que se entiende que el paciente requiere urgentemente la intervención.
- A pesar de que se prohíbe por sentencias de la corte en revisión de tutelas (Corte Constitucional, T 423 de 2009), las IPS niegan la atención cuando el pago de la cuota mensual no es hecha oportunamente.
- La suspensión del servicio se hace en forma pública, en abierto desafío a la Superintendencia, ente mencionado que parece no ver, no oír, no entender, a pesar de casos específicos que, como Saludcoop, hablan de la necesidad de una vigilancia cercana al proceso de prestación de servicios de salud, en Colombia.

La situación de los suscriptores del régimen contributivo ha llegado a tales extremos, que en muchas ocasiones los usuarios han llegado a declarar que reciben un servicio médico integral de inferior calidad, en relación con la atención que se brinda a los suscriptores del régimen subsidiado. No obstante, se sigue prestando un deficiente servicio, la Supersalud se pronuncia y amenaza con sanciones, con intervenciones, amenazas que no parecen amedrentar a quienes, conscientemente, violan los derechos de los usuarios del régimen contributivo.

Así las cosas y ante la urgencia del gobierno nacional para que sea aprobada la reforma a la salud por parte del Congreso, cabe preguntarse cuáles son los cambios que, en realidad, tendrá la tan sonada reforma y cuál el impacto que surtirán esos cambios porque, en la realidad, ya los cambios no resultan efectivos ante un sistema repudiado, criticado, al igual que sucede con algunas enfermedades que no aceptan el efecto de los medicamentos que se suministran al enfermo, cuando éste está en la etapa avanzada de su enfermedad. Es de tener en cuenta que este es precisamente uno de los aspectos neurálgicos de la atención al paciente con enfermedades graves, terminales o costosas: de un lado, el costo de la atención, que inhibe las finanzas de la EPS y, de otro, la urgencia del paciente por recibir una atención que le garantice alivio y relativa garantía de supervivencia.

6. REFORMAS PLANTEADAS EN EL PROYECTO 210 DE 2013

Como se manifestó anteriormente, existe una gran presión por parte del gobierno central para que sea aprobada la reforma a la salud. Sobre este particular, existen serias dudas tanto en los ciudadanos como en los medios de comunicación masiva, ya que el contenido de la reforma ni siquiera cuenta con un criterio unificado a nivel de Congreso, ya que algunos miembros del mismo no han dudado en afirmar que la reforma realmente no reforma nada y que, “las EPS seguirán mandando” (Gossain, 2013)

Y es que son las EPS las que, al parecer, “tienen la sartén por el mango” y, en honor a la transparencia que quiere imprimir el autor a esta monografía, parece haber oscuros manejos en el trasfondo de la reforma. Prueba de ello es la tardanza del Congreso para aprobarla, a pesar de los incesantes requerimientos en esa dirección, por parte del gobierno nacional.

Inicialmente se debe hacer alusión a que la reforma debe ser enfocada desde la perspectiva de la naturaleza del Derecho a la Salud, el cual es un derecho fundamental. En tal sentido se ha pronunciado la honorable Corte Constitucional, cuando expresa:

El derecho a la salud es un derecho constitucional fundamental. La Corte lo ha protegido por tres vías. La primera ha sido estableciendo su relación de conexidad con el derecho a la vida, el derecho a la integridad personal y el derecho a la dignidad humana, lo cual le ha permitido a la Corte identificar aspectos del núcleo esencial del derecho a la

salud y admitir su *tutelabilidad*; la segunda ha sido reconociendo su naturaleza fundamental en contextos donde el tutelante es un sujeto de especial protección, lo cual ha llevado a la Corte a asegurar que un cierto ámbito de servicios de salud requeridos sea efectivamente garantizado; la tercera, es afirmando en general la fundamentalidad del derecho a la salud en lo que respecta a un ámbito básico, el cual coincide con los servicios contemplados por la Constitución, el bloque de constitucionalidad, la ley y los planes obligatorios de salud, con las extensiones necesarias para proteger una vida digna. A continuación, pasa la Corte a delimitar y caracterizar el derecho a la salud, en los términos en que ha sido consignado por la Constitución, el bloque de constitucionalidad, la Ley y la jurisprudencia (Corte Constitucional, 2008).

Desde esta perspectiva, estima el autor de este trabajo que cualquier norma o reforma relacionada con este derecho, debe estar orientada, en principio y de fondo, a la mejora permanente del servicio de salud, particularmente en cuanto corresponde al manejo del sistema, por parte del Estado.

El artículo 3 de la reforma propuesta reza:

Objetivo, características y evaluación del Sistema. El objetivo del Sistema es lograr el mejor estado de salud posible de la población por medio de acciones colectivas e individuales de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y de la atención integral, continua y de calidad.

El Sistema tendrá las siguientes características:

- a) Estará dirigido, regulado, controlado y vigilado por el Gobierno Nacional;

- b) Afiliará a todos los habitantes en el territorio colombiano;
- c) Estará financiado con las cotizaciones que establezca la ley y con los recursos fiscales y parafiscales del nivel nacional y territorial;
- d) Contará con una unidad de gestión que será la responsable de la afiliación, recaudo, administración, pago, giro o transferencia de los recursos destinados a la financiación del servicio;
- e) Dispondrá de un modelo conformado por beneficios colectivos y prestaciones individuales;
- f) Tendrá un plan de beneficios individuales al cual accederán todos los afiliados;
- g) Incluirá acciones de salud pública a cargo de las Entidades Territoriales, de conformidad con las Leyes 9 de 1979 y 715 de 2001 y las demás normas que las reemplacen, modifiquen y sustituyan;
- h) Tendrá atención primaria y complementaria a cargo de Gestores de Servicios de Salud de naturaleza pública, privada o mixta.
- i) Operará mediante esquemas de integración territorial dirigidos por Gestores de Servicios de Salud en los términos que defina el Ministerio de Salud y Protección Social. Para el efecto, conformarán Redes de Prestación de Servicios de Salud que garanticen la integralidad, continuidad y calidad de la atención;
- j) Tendrá Prestadores de Servicios de Salud de naturaleza pública, privada o mixta, los cuales actuarán dentro de redes integradas por los Gestores de Servicios de Salud;

k) Dispondrá de esquemas diferenciados de atención para población localizada en zonas dispersas;

l) Contará con la participación de los afiliados quienes podrán asociarse para actuar ante los Gestores de Servicios de Salud y los Prestadores de Servicios de Salud;

m) Permitirá a los afiliados elegir libremente a los Gestores de Servicios de Salud y a los Prestadores de Servicios de Salud o los profesionales, dentro de las condiciones de la presente Ley;

n) Contará con un Régimen Contributivo y un Régimen Subsidiado, para los cuales la ley definirá sus fuentes de financiamiento, garantizando para ellos un único plan de beneficios.

No se estima necesario transcribir el resto de literales, porque, en el fondo, tienen el mismo tinte del sistema que impera actualmente. Se habla de la creación de “Salud Mía”, una entidad que administrará el sistema general de salud, reglamentará y ejecutará pagos y, en general, tendrá en sus manos la administración del sistema integrado de salud, en Colombia.

Sin ánimo de ser pesimista, se quiere recordar que, en Colombia, las reformas consisten generalmente en cambios de nombres, cambios de empresas, pero el trasfondo sigue siendo el mismo, en lo que algunos han dado en llamar el “quítatetupaponemeyo”, es decir, cambios superficiales que nunca trascienden hasta donde realmente quiere el ciudadano que llegue la intervención oficial en los asuntos que le afectan.

Si se analizan los recursos de que dispondrá SALUD MIA, discriminados en el artículo 10 del proyecto de reforma, esta entidad contará con gran cantidad de recursos financieros pero ¿es esto lo que se necesita para reformar el proceso de atención en salud en el país?

Los enunciados que hace el actual gobierno son exactamente los mismos que hizo en torno a la reforma de 2010. El discurso es el mismo, en señal de reconocimiento de que, en aquella ocasión, la “reforma” pasó desapercibida y que los “cambios” que se introdujeron en nada beneficiaron al colombiano y a todos los residentes en el país.

En dirección a ser equitativos en esta discusión, vale la pena incluir en la misma la propuesta de “MI PLAN”, una herramienta que se pretende introducir para controlar que todas las enfermedades sean atendidas en el régimen:

Artículo 14. Plan de Beneficio de Salud Mi-Plan. El 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. Se establecerá un listado de servicios y tecnologías excluidos de Mi-Plan, de acuerdo con los criterios definidos en el presente capítulo.

El Ministerio de Salud y Protección Social establecerá una estructura de Mi-Plan que favorezca el uso de servicios y tecnologías pertinentes, orientada al logro de resultados en salud.

La gestión y autorización de pago de los servicios y tecnologías de salud de Mi-Plan estará a cargo de los Gestores de Servicios de Salud, los cuales no podrán realizar cobros por ningún tipo de atención.

Parágrafo. El Ministerio de Salud y Protección Social, dentro de los seis (6) meses siguientes a la entrada en vigencia de la presente ley, incorporará a Mi-Plan los servicios y tecnologías pertinentes no incluidos en el plan de beneficios que se estén recobrando al Fosyga, con las frecuencias y los precios indicativos que atiendan lo establecido en el presente capítulo.

Parecería a primera vista una posible solución al problema de las enfermedades complejas que hoy las EPS desconocen abiertamente, en el sentido de decir que no están obligadas a atenderlas. Sin embargo:

Artículo 15. Criterios para definir exclusiones. El Ministerio de Salud y Protección Social deberá realizar un proceso de priorización técnico, participativo y transparente que permita excluir los servicios y tecnologías que no harán parte de Mi-Plan. El proceso deberá garantizar la participación social a través de sociedades científicas, organizaciones de la sociedad civil, academia y asociaciones de pacientes, entre otros, los cuales deberán estar debidamente constituidos.

Los criterios que se utilizarán para excluir servicios y tecnologías en salud son:

- a) Que tengan como finalidad principal un propósito cosmético o suntuario no relacionado con la recuperación o mantenimiento de la capacidad funcional de las personas;
- b) Que constituyan bienes o servicios sociales complementarios a la atención o rehabilitación del paciente cuya finalidad principal no es el diagnóstico o la curación de la enfermedad;
- c) Que no estén catalogados por la autoridad competente como servicios y tecnologías en salud;

- d) Que no exista evidencia técnica o científica sobre su seguridad y eficacia clínica;
- e) Que no exista evidencia técnica o científica sobre su pertinencia clínica;
- f) Que su uso no haya sido autorizado por la autoridad competente;
- g) Que se encuentren en fase de experimentación.

Parágrafo. Cuando se trate de servicios y tecnologías en fase de experimentación clínica quien financie la investigación deberá garantizar la continuidad del tratamiento.

No se requiere de mucho esfuerzo para entender que nuevamente se confirma el temor de los colombianos, en cuanto a que la reforma no sea sino una nueva ley que complejizará aún más el sistema actualmente imperante. Como se enunció anteriormente, se habla de reformas cuando en realidad se trata, simplemente, de cambios de nombres, creación de organismos que vendrán a reemplazar a los actuales en su ineficacia; simplemente, serán cambiados los nombres porque, salvo pequeños cambios e innovaciones, la estructura sigue siendo la misma y los recursos del Estado destinados a la atención de la salud, peligran en manos de los monopolios constituidos en torno a la actividad de la atención en salud.

Un aspecto que llama la atención es la canalización de recaudos a través de ciertos organismos que, incluso, captarán las cotizaciones del régimen contributivo. Esto, bien manejado, podría ser de alguna utilidad pero, en realidad, las experiencias vividas con este sistema no son agradables y lo que se ha obtenido es la consolidación de grandes capitales que, como en el caso de Saludcoop, resultan invertidos en el exterior, en un intento de distraer al colombiano medio e incluso a los organismos “de control” como la Supersalud,

Contraloría, Defensoría del Pueblo y todos los que han sido creados especialmente para evitar que la corrupción se apodere de los dineros del Estado.

Se entiende que el deseo del gobierno nacional es condensar en un solo formato la atención en salud a los colombianos; se entiende, también, que el deseo radica en eliminar las barreras excluyentes, esas que en un comienzo establecieron diferencias entre el régimen contributivo y el régimen subsidiado y que luego desaparecieron, pero no porque el régimen subsidiado haya mejorado mucho, sino porque la calidad del régimen contributivo disminuyó a tal extremo que se igualó “por lo bajo” con el régimen subsidiado, hasta el punto que éste llegó a ser mejor para el usuario en muchos aspectos.

Así las cosas, no se vislumbra diferencia alguna entre el actual estado de cosas y las promesas de una mejor calidad de atención en salud para los colombianos. Es un mismo esquema, un mismo problema, un simple cambio de nombres y, peor aún, en el proyecto se observa que hay confusiones en cuanto a que, al parecer, las EPS no harán recaudos pero, en algunos apartes de la reforma, se les asignan funciones financieras, en abierta contradicción al sentido de la reforma.

6.1 MAS ACERCA DEL PROYECTO DE LEY 210 / 2013. REFORMA AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD EN EL REGIMEN CONTRIBUTIVO

En el proyecto de ley que preparó el ministro Gaviria no se eliminan las cuestionadas Empresas Promotoras de Salud, EPS, esas compañías tanto públicas como privadas que han provocado incontables escándalos con el manejo de la salud del ciudadano y por los abusos cometidos.

El ministro habla de unas nuevas entidades “gestoras” de salud, a las que se otorgará la facultad de atender a pacientes tanto del régimen contributivo como del subsidiado. Esas gestoras quedan autorizadas para organizar las futuras redes de servicios que atenderán a la gente.

Lo malo es que el proyecto no impide que las EPS se transformen en gestoras, y de esa manera pasen de manejar la plata de los usuarios, como lo han hecho hasta ahora, a ordenar cómo debe manejarse esa plata. ¿O el Gobierno es tan ingenuo que cree que las EPS se van a quedar de brazos cruzados, viendo a otros apoderarse del negocio?

En ese punto, los entendidos tienen fundamentos para sospechar que lo que está proponiendo el Gobierno es un maquillaje: cambiarles el nombre a las EPS, que tienen tan mala fama. “Es un cambio de letrero”, me dice un especialista en administración hospitalaria, que pide mantener su anonimato. “Es la misma jeringa con diferente bitoque”.

“Un cambio de letrero”, dice el conocido periodista hoy ya retirado de su oficio. Y en el comentario del comunicador social, se evidencia la prevención contra las desprestigiadas EPS, cuando advierte que no se quedarán de “brazos cruzados” ante el cambio de esquema.

¿Realmente hay un cambio de esquema? Salvo la centralización de los recaudos en MI PLAN, no se vislumbra ningún otro cambio porque, si se refiere a la estandarización de servicios para todos los colombianos, esto ya había sido incluido en la reforma de 2010.

Y es por ello que se insiste en que las reformas son cambios de nombres, como lo dice Gossain en su crónica especial para el Tiempo. (Gossain, 2013)

Y en apoyo de lo aquí expresado, se cita la declaración de un exministro de salud, Alonso Gómez: “Según el proyecto, las EPS podrán transformarse en gestoras o en prestadoras de servicios médicos de primer nivel. Agrega que no administrarán dineros del sistema. Pero, más adelante, el artículo 27 las autoriza para “apoyar a SaludMía en los procesos de afiliación y recaudo”. Recaudos. Entonces, ¿manejarán recursos o no? Contradicciones como esa abundan en el proyecto”

El sistema de salud colombiano mueve al año 44 billones de pesos, sigue diciendo Gossain. No se sabe cuál es el interés del Gobierno en que se acabe el control fiscal sobre semejante montaña de plata. Si se la han robado a pesar de los vigilantes, cómo será el festín de los buitres cuando nadie los esté mirando.

El Fosyga tenía tantas funciones que no pudo cumplirlas –comenta el doctor Gómez–. Lo mismo va a pasar con el nuevo fondo SaludMía: tendrá que compensar, recaudar, afiliar a 47 millones de usuarios, pagar alrededor de 40 millones de procedimientos cada mes y deberá controlar mensualmente las afiliaciones y las incapacidades en todo el país. La creación de SaludMía será, como usted dice, un paso que nos llevará de Guatemala a Guatepeor.

Es esta una de las tantas improvisaciones a que se hizo alusión anteriormente. Las reformas, en realidad, no hacen sino maquillar lo que parece manoseado, lo que no surte

efecto o, por lo menos, todo lo que no cuenta con la aquiescencia de los colombianos y mucho menos con su aprobación. Se pretende vender la idea de una reforma, cuando en realidad se está consolidando una nueva forma de que las cosas continúen como están, en guarda de los intereses de unos pocos y en detrimento de la inmensa mayoría de los colombianos.

“ . A medida que avanzó en el examen de estos documentos, cada hallazgo es más sorprendente que el anterior. La redacción es confusa. Las imprecisiones campean en el proyecto, que, a lo largo de todo el texto, sufre un ataque crónico de vaguedaditis”

Luego no se trata de afirmaciones gratuitas, de acusaciones infundadas o surgidas de simpatías o antipatías personales; se trata, simplemente, de la realidad que viven los colombianos en materia de salud y de la forma desacertada como se pretende introducir una reforma que no reforma sino nombres y reasigna las mismas funciones, en detrimento siempre de la mayoría de los colombianos.

... El capítulo cuarto del proyecto elaborado por el Gobierno determina que esas mismas entidades territoriales serán en adelante “los agentes encargados de financiar y gestionar las acciones de salud pública”. Para justificarlo, el Gobierno inventa unas zonas del país llamadas “áreas de gestión sanitaria”, cualquier cosa que eso signifique.

En otras palabras, estamos regresando al pasado con todos sus horrores. Vuelve el agua al molino. Pregunten ustedes cuánta plata asignaron desde Bogotá, a finales del año pasado, para que municipios y departamentos previnieran el dengue. Pregunten cómo se usó esa plata, ya que el propio Instituto Nacional de Salud ha reportado que los muertos por dengue se triplicaron, comparados con los de igual período del 2012.

Considera el autor que uno de los problemas que enfrenta la nueva reforma a la salud radica en la temporada electoral que ya comenzó. Independientemente de quién sea el presidente del país, lo cierto es que quien esté de turno manejará los hechos de gobierno de manera tal que apunten a sus intereses personales. No está mal pretender una reelección cuando se han hecho méritos para ello; está muy mal pretender manejar las reformas, los actos de gobierno, apuntando únicamente a la reelección o al favorecimiento político o a la captación de favores electorales, causando daños a los colombianos como los que seguramente desprenderán de la nueva reforma a la salud.

Salud Mía asumirá el pago de recursos a las GESTORAS DE SERVICIOS DE SALUD (GSS); pero se debe tener en cuenta que, en realidad, constitucionalmente los dineros de la salud tienen carácter público, tal como lo ha venido sosteniendo la Corte Constitucional en reiteradas sentencias. Siendo dineros públicos, la Contraloría tiene autoridad y competencia para intervenir en el uso que se haga de dichos recursos. Pero resulta que, el proyecto de ley, establece que, al salir el dinero de las manos de Salud Mía, dejan de ser dineros públicos y pasan a ser privados.

Aunque no es intención del autor de este trabajo detenerse a hacer señalamientos con nombres propios, conviene recordar que fue precisamente esa una de las fallas del anterior sistema y por el cual Saludcoop y Caprecom se vieron intervenidas por la Superintendencia, ya que los dineros de la salud habían sido desviados.

Ahora bien, en el caso objeto de discusión, se tiene que si los dineros “dejan de ser públicos”, la Contraloría no podrá ejercer controles sobre los mismos y, de esa manera, no sólo se señala el marco para que se repitan los hechos bochornosos sucedidos con esas dos entidades sino que, en esta ocasión, estarán “vacunados” contra la intervención oficial, ya que apenas reciban los dineros, estos dejan de ser públicos, pasan a ser privados y quedan fuera del control estatal. Se optimizó el marco para el mal uso de esos dineros.

A lo largo de los años se ha demostrado, con abundancia de ejemplos, que el compadrazgo entre las empresas privadas de salud y numerosas clínicas ha causado un daño terrible a los ciudadanos y a las propias finanzas del sistema. Hoy esas empresas, a través de lo que se conoce como “integración vertical”, controlan casi todas las clínicas donde deberían atender a sus pacientes. O son suyas, o de sus empresas subsidiarias, o de sus parientes.

Lo decepcionante es que la reforma propuesta por el Gobierno, en su artículo 32, mantiene intacto ese mismo vínculo vicioso entre las clínicas y las nuevas “gestoras”, que en apariencia sustituirán a las EPS. Lo que se persigue con eso,

naturalmente, es seguir impidiendo, como ha pasado hasta ahora, que el ciudadano escoja la clínica que le provoque.

Intentan, además, que los colombianos no consuman servicios de salud y no les ocasionen “tantos gastos” a los empresarios. Lo inexplicable son las razones del Gobierno para participar en esa manipulación.

La única manera de desarrollar un buen régimen de salud en Colombia es que, con la historia clínica de cada quien incluida en un sistema de computador en línea, el paciente pueda escoger libremente su médico y su clínica.

Los comentarios aquí citados, tomados de Juan Gossain, parecen resbalar sobre la dura piel de los promotores de la reforma a la salud. En realidad, el futuro de los regímenes es incierto y quizá en ello se dé la única muestra de la unificación o igualdad de los colombianos en materia de salud. El panorama no es halagador y, en realidad, los vientos de cambio no auguran mejoras pero sí la consolidación, esta vez legalmente protegida, de los vicios que año tras año han venido sepultando a los servicios de salud en Colombia, en el desprestigio y, lo que es peor, en el caos que afecta al primer interesado: el propio usuario.

6.2 LA TUTELA

La tutela es el “coco” de las entidades promotoras de salud. A través de ella, los usuarios han hallado la forma de acceder a derechos que pretenden ser desconocidos y

que, finalmente, adquieren cuando el juez emite un fallo por medio del cual ordena a la EPS demandada prestar los servicios que elude desde su punto de vista.

Esto tiene sus distintos matices. De un lado, las EPS han promovido la tutela en determinados casos, con el fin de obtener que el FOSYGA les reembolse costos de servicios prestados a distintos pacientes. Pero también la tutela ha logrado consolidar un frente de lucha contra las evasivas de las EPS, cuando pretenden eludir la responsabilidad de brindar servicios de salud, amparándose en sus interpretaciones amañadas de la norma legal en salud.

Se trae el caso a colación porque en la actualidad la reforma busca dar cierta forma de reglamentación al uso de la tutela de manera tal que se limite sensiblemente su eficacia contra las EPS y demás entidades encargadas de prestación de servicios de salud o relacionadas con el sistema general de dicha prestación.

Cuando se tiene en el Congreso a personas dispuestas a introducir reformas desde criterios no muy claros, el peligro se cierne sobre los derechos de los usuarios del servicio y, si el plan de los interesados camina, en poco tiempo la tutela dejará de ser aplicable en estos casos y los usuarios deberán buscar una alternativa (¿cuál?) para defender sus derechos del abuso de las organizaciones mencionadas.

En medio del debate que se viene suscitando a raíz de la propuesta de reforma del sistema general de salud en Colombia, la Universidad Nacional, a través de estudios

sociojurídicos aplicados especialmente al tema, emite unas opiniones en relación con el proyecto de reforma. Como la generalidad de quienes se han ocupado del tema, la Universidad Nacional muestra preocupación documentada del contenido del proyecto y no duda en señalar lo que, en concepto de tan confiable ente científico e investigativo, se halla contenido en el texto de la actual propuesta de reforma a la salud.

Se ha querido traer este documento a colación, en primer lugar, por la prestancia y credibilidad del organismo citado y, en segundo lugar, porque el autor de este trabajo considera que todos los aportes que se hagan al debate, no hacen sino enriquecerlo y aportar elementos de juicio que permitan evitar que, la reforma, se convierta en un episodio más de un proceso en el que se ha evidenciado la incapacidad del Estado para manejar incluso sus propias normas, sus propias leyes, dando lugar a que los particulares aprovechan las falencias e inconsistencias legales del sistema, para capitalizarlas a su favor, en detrimento del usuario que, se supone, debe ser el objeto y sujeto de cualquier ponencia en materia de salud integral para los colombianos. El documento de la Universidad Nacional consta de varias apreciaciones, que se traen a colación para su análisis y discusión:

Condición para la garantía del derecho: la propuesta del gobierno mantiene los diferentes regímenes según la capacidad de pago; si paga cotización (contributivo o especial), si demuestra ser pobre (subsidiado) o si paga seguro privado (medicina prepagada); además conserva la existencia de cuotas moderadoras y copagos. En la propuesta de la Alianza Nacional por un Nuevo Modelo de Salud (ANSA) la garantía del

derecho a la salud se separa de la propiedad, se tiene derecho por ser ciudadano o ciudadana, habitante del territorio nacional.

Principios rectores: en la propuesta del gobierno predomina la “sostenibilidad fiscal y financiera” del sistema. En la propuesta de la ANSA predomina la universalidad y necesidad de las personas (pro homine).

Los principios rectores, en realidad, sólo sirven para ser invocados al momento de una Tutela; en los textos de las normas reglamentarias, en los protocolos de atención en salud ni en el suministro de medicamentos son tenidos en cuenta esos mismos principios, razón por la que su sola enunciación sólo adquiere validez, como se manifestó anteriormente, cuando se trata de hacer valer judicialmente los derechos del ciudadano.

Responsabilidad del Estado: en la propuesta del gobierno el Estado responde por el plan de beneficios y las exclusiones deberán ser cubiertas por las familias. En la propuesta de la ANSA el Estado debe respetar, proteger y garantizar el derecho en todos sus componentes.

A este respecto, la responsabilidad del Estado es muy relativa. Si bien se entiende aplicada en el derecho a la salud por mandato constitucional, lo cierto es que la confección de las leyes debe ser la primera evidencia de que el Estado asume el rol que constitucional y legalmente le ha sido asignado. Además, en materia de salud y demás derechos fundamentales, la responsabilidad del Estado se entiende vigente por omisión.

Deberes del ciudadano: en la propuesta del gobierno se insiste mucho en la corresponsabilidad entendida como contribuir, auto-cuidarse, cuidar a sus niños y niñas, adultos mayores y discapacitados, y aportar según capacidad de pago, trasladando la responsabilidad a las familias. En la propuesta de la ANSA se habla de la “responsabilidad social” de no afectar a otros y de promover la salud propia y colectiva.

La tutela: en la propuesta del gobierno la tutela se limita en la práctica, pues los jueces no aceptarán la tutela una vez se definan las exclusiones; sólo cabrá reposición (20 días) o acción de nulidad ante el Consejo de Estado (60 días). En la propuesta de la ANSA se sostiene plenamente la tutela.

La Tutela es realmente una “piedra en el zapato” para las EPS, aunque es de general conocimiento que, en muchas ocasiones, son ellas las que estimulan al actor para que proceda mediante este recurso, dado que así tienen oportunidad de recobrar lo que consideran vale el servicio, a través del FOSYGA.

Estructura del sistema de salud: en la propuesta del gobierno se cambian los nombres bajo la misma estructura, con intermediación: Fosyga equivale a Salud Mía; el POS es similar a Mi Plan; las EPS serán las GSS; la intermediación se mantiene, pues aunque las GSS no reciban directamente el dinero de las UPC, habrá una cuenta a su nombre en Salud Mía y desde allí se pagará a los prestadores, con la orden del gestor; si en esa cuenta quedan excedentes éstos serán del Gestor; habla de “áreas territoriales”, pero con GSS en competencia e integración vertical de “servicios básicos” e IPS en competencia, y siguen

los regímenes según capacidad de pago. La propuesta de la ANSA presenta una nueva estructura con administración pública de recursos, sin intermediación (ni EPS, ni GSS): Fondo Único Solidario, unidades territoriales de salud, Atención Primaria en Salud y Redes Integradas de Servicios de Salud, intersectorialidad, participación y control social, sin regímenes diferenciados, sin copagos ni cuotas moderadoras.

Esto no constituye realmente una novedad en su totalidad. Tradicionalmente, en Colombia se reemplaza una institución por otra, con cambios que comienzan y terminan en la razón social, porque siguen predominando los vicios, virtudes y defectos de la antigua entidad. Un ejemplo lo constituye la NUEVA EPS, que no es sino una segunda versión del Instituto de Seguros Sociales, liquidado como última alternativa para sanear lo que los defectos administrativos traído consigo, es decir, el despilfarro, la mala calidad de servicios, el no cumplimiento de obligaciones pendientes y el sobreendeudamiento de la institución, hasta tornarla inviable.

Autonomía profesional: en la propuesta del gobierno la autonomía profesional está limitada por lo establecido en las exclusiones. En la propuesta de la ANSA se respeta la autonomía profesional, los profesionales definen lo que se necesita con autorregulación profesional y participación.

Esto es muy relativo y discutible. Resulta coincidente que la mayoría de los pacientes, con distintas enfermedades, con distinto sexo y edad, reciban casi siempre la misma prescripción médica, en lo que no es más que una evidencia de “protocolo” de

medicación, sujeto a los costos de los medicamentos y a la existencia de los mismos en la entidad.

Políticas prioritarias: la propuesta del gobierno sólo contempla la regulación de precios de medicamentos. En la propuesta de la ANSA se consideran como políticas esenciales: el régimen laboral, la formación y educación superior (hospitales universitarios), la Articulación formación, ciencia, tecnología e innovación, y la regulación y producción de medicamentos.

Participación social: en la propuesta del gobierno se mantienen los mecanismos actuales de participación. La propuesta de la ANSA incluye la participación como parte del derecho a la salud, define ámbitos institucionales y territoriales para la participación individual y colectiva.

No se avanza hacia la equidad, pues se mantienen regímenes diferenciados (contributivo y subsidiado) y esto marca una inequidad. Además, se mantienen Barreras de acceso, sobretodo de tipo económico, que siempre perjudican en mayor medida a las personas de menos recursos, favoreciendo también de esa manera la inequidad.

Existe la percepción de que el cambio de nombre de EPS a GSS no elimina la intermediación financiera, pues las GSS manejarían recursos de la salud en “una especie de integración vertical”. Pero además, entre las funciones de las GSS estarían la de contratar con redes, hacer auditorías y ordenar pagos a entidades “que han demostrado muy buena

eficiencias como organizaciones delincuenciales” declaró el senador, pues considera que en lo que se han especializado las entidades intermediarias es en la apropiación de recursos de la salud. En un debate anterior la Contraloría General de la Nación, presentó cifras escandalosas, “cerca del 50% de los recursos de la salud son apropiados ilícitamente por las EPS”, aseguró el senador Luis Carlos Avellaneda, quien considera que hay suficientes evidencias para eliminar la intermediación.

Cercano a la respuesta del senador, el profesor Mario Hernández Álvarez contestó que aun cuando se quite la liquidez inicial a los gestores, en la propuesta del gobierno se les deja una cuenta en el fondo público, donde cada gestor puede girar a esa cuenta y al final tomar utilidades; esto mantiene el incentivo de evitar el gasto. Pero el tema no funciona así en salud, advirtió Hernández, “la necesidad en salud es muy compleja y no se deja someter simplemente a regulaciones de costo-beneficio individuales o colectivas tan simples”. De manera que, para este panelista, esa propuesta no va a resolver el asunto y prefiere no tener intermediarios sino administradores públicos.

Por su parte, Guerrero Espinel (2013) publicó un documento en el que hace referencia a diez aspectos que, desde su óptica personal, constituyen inconsistencias en la propuesta de reforma a la Salud, que cursa en el Congreso y que es la esencia de esta monografía y sobre los cuales el autor de la misma quiere expresar algunas apreciaciones:

- El **ordinal X** del Art. 3, sobre principios denominado inembargabilidad, expresa que “los recursos del SGSS son públicos hasta que se transfieran desde Salud MIA a los

agentes del Sistema”. Este es quizás el inaceptable más grave que ha unificado a todos los actores. Rompe con normas constitucionales y debilita la confianza en los autores de esta Ley ligada a intereses del Banco Mundial de privatizar los servicios públicos en la lógica del neoliberalismo.

En relación con este apunte, cabe mencionar el aún reciente caso de Saludcoop, entidad que resultó ser inversionista en otros países, en instituciones de salud de diversa naturaleza. Con la nueva disposición, ni siquiera eso podrá hacerse, ya que legalmente los dineros de las GSS serán privados, una vez salen del “sistema”.

- La integración vertical (Art. 32) y el reconocimiento de copagos (Art. 33). Por principio y por conflictos de intereses no debe permitirse la integración vertical de ningún tipo para los gestores de servicios y menos en el caso de la red de servicios básicos (nivel I y II). Hay que evitar las distorsiones y privilegios de las EPS en este sentido. Los copagos y cuotas moderadores (Art. 26) deben excluirse de la atención en las redes básicas de salud para evitar barreras de acceso y en los casos de enfermedades crónicas deberán regularse para evitar barreras al tratamiento.

Se coincide con el Dr. Juan Eduardo Guerrero Espinel en este aspecto; en muchos casos, el **copago** es esgrimido como argumento como pretexto para eludir la responsabilidad de brindar servicios de salud a quienes los requieren, presentándose situaciones como los denominados “paseos de la muerte”, que tantas vidas inocentes han cobrado en todo el territorio nacional. Los copagos pueden manejarse electrónicamente, de

manera que no constituyan requisito indispensable para que el usuario reciba la atención con oportunidad y eficiencia.

- Los gestores no deberían ofrecer servicios de salud complementarios prepagos (Art. 37) por el incentivo perverso de negar servicio para ofrecer la opción del otro plan con servicios más oportunos o de mayor calidad. Esta oferta (Art. 38 y Art. 39 a) debería eliminarse y separarse del espacio y lugar de los gestores. El ciudadano que desee un plan adicional que lo busque y lo encuentre por otros mecanismos del mercado.

Ciertamente, con esos servicios, se brinda una opción nueva a los gestores o actuales EPS, en la que, indiscutiblemente, el poder económico primará sobre cualquier compromiso de atención en salud al usuario. Se comparte la idea de la separación procedimental de este tipo de servicios, de las gestoras.

- El excedente o ganancia para los gestores (Art. 32 b 2). Son inaceptables, por lo tanto, los excedentes por la restricción a los servicios de salud requeridos por los usuarios y autorizados por los profesionales o técnicos de la red de servicios. Tan sólo deberían existir incentivos por el cumplimiento de metas y resultados medibles en salud y si estos se ofrecen, debe considerarse que los mismos se den para los gestores y para la red de servicios y estos no deben ser únicamente económicos; algunos pueden seguir la vía del reconocimiento honorífico en forma pública. El excedente podría estimular por ejemplo, a los profesionales y técnicos que atienden poblaciones más lejanas o vulnerables.

- El traslado de una parte de la UPC por parte del usuario (Art. 39 b) al asegurador o empresa de medicina prepagada. Si esto se permite, el legislador debe contemplar la posibilidad de que cada ciudadano pueda trasladar el valor del porcentaje de la UPC, ajustada al riesgo, para servicios de tipo mutual o cooperativo con inserción territorial. Esta opción, si es abierta, aumentaría el fraccionamiento del sistema administrador propuesto. Por lo anterior, el permitir el traslado de fondos del Art. 39 b no es conveniente que se apruebe en esta vigencia legislativa hasta tanto no se presenten estudios sobre los riesgos de estabilidad financiera del sistema de gestión sanitaria territorial, en especial para las ciudades metropolitanas y de mayor fuerza del régimen contributivo. Los migrantes del sistema, por la posibilidad ofrecida (Art. 39 b), por lo general serán los de menor riesgo en salud dejando en el gestor del servicio una fracción de población con mayor riesgo de enfermar o morir y esta podría ser una causa de inequidad de acceso o desbalance financiero. No debería de aprobarse hasta tanto no se presenten los estudios actuariales que sustenten la propuesta y eliminen la incertidumbre ya anticipada en la propuesta de Ley (Art. 41).

En opinión del autor de este trabajo investigativo, se debe esperar un período prudencial para analizar el comportamiento del tema anunciado, antes de proceder a su reglamentación, acorde con lo observado en el período mencionado.

- La posible separación de gestores y redes de servicios en las grandes ciudades, con el criterio de unos para el régimen contributivo y otros para el subsidiado con la idea de salvar las IPS del sector público. Inaceptable por la inequidad de acceso a servicios para

los ciudadanos. Se debería garantizar la conformación obligatoria de redes de servicios públicas y privadas territoriales, para garantizar libre acceso de los ciudadanos a la capacidad instalada en salud (pública y privada) construida con recursos públicos en las dos últimas décadas.

Una de las razones esgrimidas por el actual gobierno para la imposición de la reforma, es precisamente la equidad y la igualdad de los ciudadanos ante el sistema general de seguridad social en salud; en consecuencia, se requiere una actitud que evidencie que, esa equidad y esa igualdad de las que tanto se habla, armonicen en toda la reforma con su contenido y proyección.

- Inaceptable la no mención de medidas contra la corrupción. La Ley no propone un sólo artículo relacionado con el uso inadecuado o desviación de los recursos del SGSSS. Debe incluirse un capítulo de sanciones y medidas para generar una cultura y una ética de respeto al bien público mediante el poder sancionador del Estado y la acción vigilante y participativa de la ciudadanía y la sociedad organizada. Se debe reconocer que el pago directo de servicios reduce sustancialmente las posibilidades de desvío de recursos pero pueden aparecer otras formas no previstas que deben ser sancionadas.

Que “la salud es un negocio” en Colombia es una expresión común, que se escucha en todos los sectores de la sociedad. Esto no alude a la condición de posibles ganancias, sino al manejo sesgado y económicamente interesado que, en algunas circunstancias, llega a erigirse en la diferencia entre vida y muerte, salud y enfermedad, para el usuario. La corrupción es un fenómeno que ha invadido todos los segmentos de la sociedad y sería

ingenuo pretender que no es parte ya del sistema de salud en el país, si se analiza por los indicadores de satisfacción o, mejor, de insatisfacción de los ciudadanos colombianos al respecto.

- Inaceptable una salud pública fragmentada en manos de contratistas que reciclan sus informes y experiencias para cobrar al erario público sin la rigurosidad de los entes de gobierno para el cumplimiento de metas sanitarias. La Ley Ordinaria debe favorecer la construcción de capacidades institucionales, territoriales (equipos intermedios de salud pública) y equipos locales de salud individual y de salud pública que garanticen integralidad y sinergia de acciones con oportunidad y continuidad junto a centros de investigación y universidades.

La salud pública no puede ser manejada transparentemente por el sector privado. En Colombia, los resultados de este experimento han sido catastróficos y las intervenciones de Supersalud a varias EPS son apenas unas de las consecuencias que debieran derivarse de la aplicación estricta de un control eficiente en el sistema de salud.

- Inaceptable la no mención del Plan Decenal de Salud Pública, los Observatorios de la Salud, y la decisión del legislador de ratificar el cambio del modelo de atención basado en la estrategia de atención primaria.

- Inaceptable la eliminación sin explicación y justificación de los Art. 60, 61, 62, 63 y 64 de la Ley 1438 de 2011 relacionada a las Redes Integradas de Servicios de Salud. Los

legisladores y la sociedad deben exigir una explicación convincente de esta decisión del mismo gobierno y del mismo legislador sobre el debate inherente a la transformación del modelo de atención en salud, basado en la Atención Primaria de la Salud y el incentivo para la organización de Redes Integradas de Servicios de Salud, como una alternativa internacional que prospera en otros países como una solución para la eficiencia y eficacia del sistema.

En primera instancia, podría pensarse que, realmente, lo que aplica es la intención de dejar en manos particulares la totalidad de la responsabilidad de la salud de los colombianos, siendo la actual reforma un mecanismo que busca ese cometido. La reforma actual, en la medida en que se desmenuza desde la perspectiva jurídica y desde la óptica de la conveniencia social, evidencia más falencias que virtudes y es quizá eso lo que no ha permitido que el legislador se atreva a aprobarla en su totalidad, consciente de que, en el corto tiempo, se pondrá al descubierto que la reforma, más que bondades, encierra actuaciones cuyas consecuencias son difíciles de prever, para el ciudadano medio colombiano.

7. LOS PROBLEMAS ADMINISTRATIVOS MÁS IMPORTANTES AL INTERIOR DE LAS EPS

Los problemas administrativos de las EPS repercuten, curiosamente, no en la marcha de las mismas sino en la calidad de servicio que se brinda al usuario. Las deficiencias administrativas parecen orientadas a verter su resultado negativo hacia quienes requieren de los servicios de la entidad, mientras al interior de la misma no se evidencia ningún efecto, siendo esta quizá la principal razón por la que no se hace esfuerzo alguno por solucionar los problemas del usuario.

Aunque una cita debe ser concedida “para un máximo de tres días”, según la última reforma aprobada, lo cierto es que, a despecho de lo que dice la ley, las citas son concedidas con plazo de hasta treinta días y, las citas para consultas con especialistas, son menos flexibles aun, generando grandes perjuicios al enfermo, sobre todo cuando éste padece enfermedad dolorosa o que requiere urgente tratamiento.

Se observa cómo el número de suscriptores aumenta, no obstante el filtro selectivo montado por las EPS para la aceptación de nuevos usuarios; no obstante, las dotaciones administrativas, incluido el número de funcionarios que atienden a los suscriptores, permanece estático, lo cual genera, obviamente, la congestión administrativa, que redundará siempre en pérdida de tiempo para el usuario, sumado al riesgo esto entraña para la salud, en conexión con la vida de quien requiere atención pronta y eficiente.

Principalmente hoy en día la población colombiana afiliada al Régimen Contributivo, está pidiendo a gritos una reforma de fondo y donde se han concentrado es en la eliminación de las Entidades Promotoras de Salud, EPS, por el manejo inadecuado que estas le han dado al sistema de salud, donde el usuario que es la razón de ser de la ley 100 de 1993 en su libro segundo el SGSSS es el mas afectado por los tramites administrativos que estas le están dando con el fin de lucrarse y que lucro a costa de la salud de los trabajadores de nuestro país, porque cuando se crea la ley el autor de este trabajo cree que el error más grave que comete el legislador en su concepción es no ver la salud como un derecho fundamental, porque sin salud no hay vida. Sino simplemente como un servicio mas por asegurar y esto hace que los accionistas de las distintas EPS en su raciocinio vean una oportunidad de negocio y no una oportunidad de mejorar la calidad de vida de nuestros asociados al hacerlos parte del sistema de seguridad social en salud en el régimen contributivo.

En la Ley 100, las EPS son concebidas como entes destinados a brindar soluciones a los problemas de salud de los usuarios. Los artículos que abordan tal aspecto, son los siguientes:

De las entidades promotoras de salud

Artículo. 177.-Definición. Las entidades promotoras de salud son las entidades responsables de la afiliación, y el registro de los afiliados y del recaudo de sus cotizaciones, por delegación del fondo de solidaridad y garantía. Su función básica será organizar y garantizar, directa o indirectamente, la prestación del plan de salud obligatorio a los afiliados y girar, dentro de los términos previstos en la presente ley, la diferencia entre los ingresos por cotizaciones de sus afiliados y el valor de las correspondientes unidades de pago por capitación al fondo de solidaridad y garantía, de que trata el título III de la presente ley.

En el artículo anterior se hace responsables a las EPS de “garantizar, directa o indirectamente” la prestación de servicios de salud. Y es precisamente en este aspecto en donde se reflejan las más grandes falencias, ya que la ineficiencia se articula entre EPS e IPS, eludiendo responsabilidades con fundamento, en ocasiones, en problemas financieros y, en la mayoría de los casos, en la falta de requisitos para prestar el servicio en forma debida. Las entidades señaladas no dudan en negar atención al paciente cuando entre ellas existen diferencias o cuando, simplemente, prefieren darle mayor importancia a un trámite administrativo por encima de la salud y vida del usuario.

Artículo. 178. Funciones de las entidades promotoras de salud. Las entidades

2. Promover la afiliación de grupos de población no cubiertos actualmente por la seguridad social.

3. Organizar la forma y mecanismos a través de los cuales los afiliados y sus familias puedan acceder a los servicios de salud en todo el territorio nacional. Las empresas promotoras de salud tienen la obligación de aceptar a toda persona que solicite afiliación y cumpla con los requisitos de ley.

4. Definir procedimientos para garantizar el libre acceso de los afiliados y sus familias, a las instituciones prestadoras con las cuales haya establecido convenios o contratos en su área de influencia o en cualquier lugar del territorio nacional, en caso de enfermedad del afiliado y su familia.

5. Remitir al fondo de solidaridad y compensación la información relativa a la afiliación del trabajador y su familia, a las novedades laborales, a los recaudos por cotizaciones y a los desembolsos por el pago de la prestación de servicios.

6. Establecer procedimientos para controlar la atención integral, eficiente, oportuna y de calidad en los servicios prestados por las instituciones prestadoras de servicios de salud.

Artículo. 179. Campo de acción de las entidades promotoras de salud.

Para garantizar el plan de salud obligatorio a sus afiliados, las entidades promotoras de salud prestarán directamente o contratarán los servicios de salud con las instituciones prestadoras y los profesionales. Para racionalizar la demanda por servicios, las entidades promotoras de salud podrán adoptar modalidades de contratación y pago tales como capitación, protocolos o presupuestos globales fijos, de tal manera que incentiven las actividades de promoción y prevención y el control de costos. Cada entidad promotora deberá ofrecer a sus afiliados varias alternativas de instituciones prestadoras de salud, salvo cuando la restricción de oferta lo impida, de conformidad con el reglamento que para el efecto expida el consejo nacional de seguridad social en salud.

Paragrafo.-Las entidades promotoras de salud buscarán mecanismos de agrupamiento de riesgo entre sus afiliados, entre empresas, agremiaciones o asociaciones, o por asentamientos geográficos, de acuerdo con la reglamentación que expida el Gobierno Nacional.

Artículo. 181.-Tipos de entidades promotoras de salud. La Superintendencia Nacional de Salud podrá autorizar como entidades promotoras de salud, siempre que para ello cumplan con los requisitos previstos en el artículo 180, a las siguientes entidades:

- a) El Instituto de Seguros Sociales;
- b) Las cajas, fondos entidades o empresas de previsión y seguridad social del sector público, sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 236 de la presente ley;
- c) Las entidades que por efecto de la asociación o convenio entre las cajas de compensación familiar o la existencia previa de un programa especial patrocinado individualmente por ellas se constituyan para tal fin;
- d) Las entidades que ofrezcan programas de medicina prepagada o de seguros de salud, cualquiera sea su naturaleza jurídica;

e) Las entidades promotoras de salud que puedan crear los departamentos, distritos y municipios y sus asociaciones. Para ello podrán también asociarse con entidades hospitalarias públicas y privadas;

f) Los organismos que hayan sido organizados por empresas públicas o privadas para prestar servicios de salud a sus trabajadores con anterioridad a la vigencia de la presente ley, siempre que se constituyan como personas jurídicas independientes;

g) Las organizaciones no gubernamentales y del sector social solidario que se organicen para tal fin, especialmente las empresas solidarias de salud, y las de las comunidades indígenas, y

h) Las entidades privadas, solidarias o públicas que se creen con el propósito específico de funcionar como entidad promotora de salud.

Artículo. 183.-Prohibiciones para las entidades promotoras de salud. Las entidades promotoras de salud no podrán, en forma unilateral, terminar la relación contractual con sus afiliados, ni podrán negar la afiliación a quien desee ingresar al régimen, siempre y cuando garantice el pago de la cotización o del subsidio correspondiente, salvo los casos excepcionales por abuso o mala fe del usuario, de acuerdo con la reglamentación que para el efecto expida el Gobierno Nacional.

Paragrafo. 1º-El Gobierno Nacional podrá reglamentar parámetros de eficiencia y fijar el régimen de inversión y organización de las empresas promotoras de salud que no sean prestadoras de servicios. Cuando presten simultáneamente servicios, podrá establecer límites por concepto de gastos administrativos y operativos de la actividad de promoción.

Paragrafo. 2º-Están prohibidos todos los acuerdos o convenios, así como las prácticas y decisiones concertadas que, directa o indirectamente, tengan por objeto impedir, restringir o falsear el juego de la libre escogencia dentro del sistema general de la seguridad social en salud.

No se requiere de mucho esfuerzo para comprender que tanto las obligaciones como las prohibiciones no constituyen, en realidad, un marco de fuerza operativa para las EPS. Los trámites administrativos se han convertido en la principal fuente de problemas y de excusas para eludir el cumplimiento del deber legal de asistencia en salud, amparadas quizá en la lentitud que identifica los trámites administrativos en los organismos de vigilancia, con lo cual adquieren ventaja que se torna funesta cuando se trata de casos que requieren especial y pronta atención médica.

Por otra parte la interpretación que las EPS le dan a la ley las aplican siempre a favor de sus manejos administrativo, esto se da por la falta de reglamentación clara a las leyes, la ambigüedad que hay en ellas, permiten que estas entidades sigan colocando barreras administrativas para así evitar altos costos en la prestación de los servicios de salud, salió la ley antitramites la 0019 de 2012 y siguen las tramitologias al interior de las EPS sin que los usuarios puedan obtener de una manera rápida y oportuna sus servicios de salud y los órganos de control que se hacen los de la vista corta ante flagrante violación de los derechos de los usuarios que en este caso y más concretamente hablamos de la Superintendencia de servicios de salud (SUPERSALUD).

Donde ha estado, o que ha hecho el órgano de control y vigilancia de las EPS como lo es la SUPERSALUD? Ante tantas quejas y reclamos, falta de prestación de servicios en todos los niveles, de alta complejidad como los de baja complejidad; hoy solo se responsabiliza a las entidades promotoras del caos que se vive en la prestación de los servicios de salud, ¿pero que ha hecho esta entidad por evitar esta situación que hoy estamos viviendo en nuestro país, también durante 20 años? Si se hubiesen hechos

correctivos, desde un principio y hubiesen tomado cartas en este asunto y puesto en cintura a las EPS seguro que hoy no viviésemos lo que estamos viviendo, el colapso de la salud en el régimen contributivo. Ahora una pregunta que surge, ¿ en la reforma a la salud que está en trámite en el congreso también surge una reforma para este organismo de control, surgen otros organismos de control? , porque por lo visto este ha sido insuficiente, ya que esta entidad del estado es corresponsable de la debacle del sistema de salud en nuestra nación.

Los malos manejos administrativos de la EPS se ven reflejados en la falta de oportunidad en las citas medicas hoy en dia debe darse en máximo tres días y todavía surgen quejas por citas a 10 y 15 días medico general, la autorización a una cita de medico especialista y la asignación de citas, están en el orden sin exagerar de casi dos meses. La autorización de procedimientos quirúrgicos requieren numerosos tramites que en su génesis lo que busca es que el usuario desista de la cirugía o se la realice de manera particular.

Falta de entrega de medicamentos por parte de las farmacias contratadas por las EPS o la entrega parcial de estos o solo los medicamentos que según, están autorizados por ley sin importar si son eficaz para que el usuario sea aliviado de su malestar, algunas veces médicos se salen de lo permitido y le recetan al usuario medicamentos comerciales pero que el usuario mismo debe costearse.

Y otras muchas falencias, entre ellas el manejo operacional de las urgencias dentro de las clínicas o IPS contratadas por estas entidades, en donde el usuario se ve afectado como se ha evidenciado a través de los distintos medios de comunicación el mal llamado

paseo de la muerte, ya que según criterio de personal administrativo y no de un especialista en el área de la salud determinan el grado de urgencia.

Esta forma de administración que las entidades de salud están ejecutando, parece que lo que busca es dar una mayor utilidad a los accionistas, convirtiéndose así en un negocio a costa de la salud de los usuarios que beneficia a un particular y no a los usuarios en general.

8. CONCLUSIONES

En criterio de la honorable Corte Constitucional, los derechos fundamentales se identifican porque no admiten espera en su reconocimiento y aplicación. Es esta característica precisamente el fundamento de la figura de la Tutela, como procedimiento abreviado para solucionar situaciones en las que, por omisión o desconocimiento, un ciudadano ve vulnerados estos derechos, en detrimento de su calidad de vida e, incluso, poniendo en riesgo a la misma, tal como sucede en el caso de la salud, en conexión con la vida.

Esta característica especial deber llevar a la reflexión de que el tiempo corre en sentido contrario al beneficio de la salud, cuando se padecen enfermedades terminales, demasiado dolorosas o enfermedades crónicas que ameritan una permanente y eficiente atención. Sin embargo, al analizar el esquema general de la salud en Colombia, pareciera que no es tenida en cuenta su importancia, sobre todo, la importancia subjetiva que para el afectado representa la necesidad de disfrutar de un buen estado de salud.

El problema de la salud en Colombia va para largo. La nueva reforma proyecto de ley 210 de 2013 no hará sino crear o abrir espacios para que se creen nuevos vicios, siempre en detrimento del interés del usuario de ese servicio que, en realidad, no es un servicio del Estado sino un interés legítimo del ciudadano, consagrado en la Constitución Nacional.

El gobierno, en su propuesta, reconoce tácitamente que el problema es el capital privado invertido en la salud. Las EPS hasta el momento han demostrado un especial interés por acrecentar sus dividendos, en perjuicio del usuario, que es quien, con sus aportes y los del Estado, permite que el sistema sobreviva.

Una de las características de los gobiernos colombianos es la constante introducción de “reformas” que, con el tiempo, demuestran ser sólo simples cambios de nombres de instituciones y de organismos, sin que la estructura de fondo cambie para bien de los coasociados. Se trata de reformas que al parecer se diseñan con el único fin de acallar quejas y reclamos pero no con el de introducir cambios que realmente conduzcan a un progreso de esas instituciones o a la instauración de procedimientos que eleven la calidad del servicio, tal como aplica en el caso específico de la salud.

Actualmente las cosas en el régimen contributivo no andan bien; las tutelas, las denuncias, los casos de “paseos de la muerte” y muchos otros vicios, siguen presentándose y, como se dijo en páginas anteriores, es más el bajón que ha tenido el régimen contributivo que la mejora que ha tenido el régimen subsidiado, pero ambos elementos han intervenido conjuntamente para obtener una nivelación por lo bajo, es decir, por la deficiente prestación de servicios de salud.

Pensar en reformas es obligatorio. Pero no desde la perspectiva gubernamental, como se consagra en la nueva reforma que cursa en el Congreso. Muchos menos cuando, con fundamento en la experiencia vivida, el Estado debería tomar medidas orientadas a evitar que los recursos de la salud salgan del territorio colombiano y se conviertan en inversiones

en el extranjero, de donde es casi imposible rescatarlo, como sucede con los dineros de la DIAN que fueron objeto de malos manejos y los dineros de Saludcoop, que resultaron invertidos en clínicas y otros proyectos, en países de Suramérica y de Centroamérica.

El régimen contributivo es fundamental en el sistema de salud colombiano, razón por la que debe ser objeto de cuidados, pero no por parte de SALUD MIA, como pretende el proyecto de reforma, sino por parte de la Contraloría y, para ello, se debe suprimir el mico mediante el cual los dineros de la salud pierden su carácter de públicos una vez SALUD MIA haga pagos a las EPS o Gestoras de Servicios de Salud.

Al margen de las bondades y/o defectos de la reforma, lo que quiere el usuario del servicio de salud es que se establezca un sistema acorde con el principio constitucional de igualdad, pero que, también atendiendo a lo dispuesto en la Constitución, se reconozca y proceda en consecuencia, en relación con la calidad de derecho fundamental que recae sobre el derecho a la salud.

El régimen contributivo es y seguirá siendo objeto seguramente de cambios en el monto de los aportes que corresponden al empleador y al trabajador. Esas reformas, ese ajuste en los aportes, deben estar justificados con resultados que consulten realmente el interés del afiliado. La Corte Constitucional en su reiterada jurisprudencia, ha establecido la importancia de la salud, con su acepción “en conexión con la vida”, para referirse específicamente a la diferencia que hay entre otros derechos y el derecho a la salud, ya que

éste está directamente relacionado con la posibilidad del disfrute legal de otras garantías, las cuales carecen de sentido cuando no se dispone de vida para ello.

En criterio del autor de este trabajo, quizá lo que más se requiere, al margen de las sugerencias, de las objeciones y aportes de distintos sectores, es una concientización de los integrantes del legislativo, en torno a la importancia que para el ciudadano común tiene el sistema de seguridad social en salud, en Colombia. Quizá ellos, en su privilegiada ubicación política, no sufren los percances que sufre el ciudadano medio, cuando, con derecho o sin él, igualmente se le niega el acceso a un servicio que está garantizado, inicial y fundamentalmente, en la definición de Estado consagrada en el artículo 1º de la Carta Política, cuando dice que Colombia es un “Estado Social de Derecho”.

Si bien hay muchas definiciones de lo que es un Estado Social de Derecho, todas tienen un punto en común y es cuando señalan que, en este tipo de Estados, el ciudadano ocupa la prioridad estatal y el Estado está para garantizarle la vida, en condiciones dignas. Ahora bien, resulta inconcebible una versión de vida digna sin salud y menos aún, cuando se conjuga la mala atención con la necesidad del enfermo o el desconocimiento sistemático de sus derechos con la necesidad de asistencia pronta y efectiva.

9. PROPUESTA METODOLÒGICA

La reforma a la salud debe surgir del análisis frío y desprevenido de los problemas que el actual sistema viene presentando y, particularmente, de la percepción que tiene el usuario del actual sistema, para imprimirle un alcance netamente social, al margen de las consideraciones económicas, particularmente la perspectiva del capital privado.

En primer lugar, se debe ser cuidadoso con la figura de la Tutela. Esta figura no fue concebida especialmente para enfrentar los problemas del sistema de salud; simplemente, se constituye en una herramienta importante y eficiente para este proceso y, en tal sentido, se debe recordar que cualquier modificación que se haga al derecho consagrado en el artículo 86 de la Carta Política, puede trascender a otros ámbitos, dado que la Constitución aplica en sentido general y sólo la ley entra a particularizar sobre su cubrimiento y aplicación. Una reforma a la Tutela no puede ser concebida desde la única perspectiva de la salud, ya que su aplicación cubre todos los ámbitos de los derechos fundamentales del coasociado.

De otro lado, se considera necesario no circunscribir el alcance de la reforma al simple cambio de nombres de organismos e instituciones. MI PLAN y otras figuras que parecen adquirir vida a la luz de la reforma, no son sino maquillajes de los organismos ya existentes y que han demostrado su ineficacia. Basta leer el texto propuesto para comprender que no se trata de entes nuevos sino de un simple cambio de nombres, con

algunas reformas superficiales, pero manteniendo la estructura existente, que es, precisamente, la que el usuario quiere cambiar o eliminar.

Los dineros públicos deberán seguir siendo públicos o crearse un mecanismo legal que permita al Estado mantener vigilancia y control sobre ellos. Esto, a partir del análisis de ciertas conductas poco edificantes de instituciones que han extraído dineros de la salud con destino a inversiones en el extranjero, en detrimento del interés de los usuarios del sistema de salud.

Llama la atención la prisa que tiene el gobierno nacional para la aprobación de la reforma, tratándose de un tema tan delicado, que debiera ser desmenuzado cuidadosamente para evitar caer en los mismos vicios existentes hoy o en otras prácticas que afecten sensiblemente el interés del usuario del sistema.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

CARRASQUILLA, Gabriel. Director del Centro de Estudios e Investigación en Salud de la Fundación Santa Fe y gerente del programa Así Vamos en Salud. En: La academia plantea reforma estructural al sistema de salud. Disponible en Internet en: http://www.elcolombiano.com/BancoConocimiento/L/la_academia_plantea_reforma_estructural_del_sistema_de_salud/la_academia_plantea_reforma_estructural_del_sistema_de_salud.asp. Consultado en Julio 30 de 2013.

CORTE CONSTITUCIONAL. Sentencia T-760 de 2008.

GOSSAIN, Juan. Esto dice la letra menuda del proyecto de reforma a la salud. Bogotá: El Tiempo, Mayo 8 de 2013.

JARAMILLO PÉREZ, Iván. El futuro de la salud en Colombia: la puesta en marcha de la Ley 100 de 1993 (Pontificia Universidad Javeriana. 2011)

Ley 100 (1993) Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS)

MENDEZ, Carlos. Metodología de la investigación. Bogotá: Mc Graw Hill. 2007.

OBSERVATORIO LEGISLATIVO. Proyecto de reforma al sistema de seguridad social en salud en Colombia. Disponible en Internet en:

http://www.icpcolombia.org/archivos/observatorio/boletin_212. Consultado en Julio 30 de 2013.

SABINO, Carlos. El proceso de investigación. Bogotá: El Cid. 1999.

TORO JIMENEZ, Walter de Jesús. Modelo de simulación prospectiva de la demanda de servicios de salud para enfermedades de alto costo: aplicación para una entidad promotora de salud colombiana. Valencia: Universidad Politécnica de Valencia. 2008.