

Bogotá, Marzo 19 de 2015

Dr.

ANDRÉS MUTIS VANEGAS
Secretario General (e)
Corte Constitucional

Ref.: Oficio B-206/2015. Auto 47 de 2015. Convocatoria a Sesión Técnica y Auto 48 de 2015

Respetado Dr.:

Atendiendo la invitación de la Honorable Corte Constitucional, la **Fundación para la Investigación y Desarrollo de la Salud y la Seguridad Social –FEDESALUD–**, en calidad de Perito Constitucional Voluntario, se permite dar respuesta a un grupo de interrogantes planteados en el Auto 47 de 2015, dirigidas a la Academia y Sociedad Civil.

Lo anunciado en nueve folios

Cordialmente



FÉLIX LEÓN MARTÍNEZ M.

Presidente FEDESALUD

- ***¿Cuáles son las causas de las anomalías presentes en la prestación del servicio de salud en el departamento del Chocó?***

Con relación a las causas de las anomalías presentes en la prestación de servicios de salud en el Departamento de Chocó, Fedesalud se permite señalar tres fundamentales:

La primera, la negativa de la Dirección del Sistema a aceptar que sistemas de salud basados en el mercado como el nuestro, con el incentivo dado a los aseguradores de restringir el gasto en salud y por tanto la demanda y oferta de servicios, para obtener mayores utilidades, constituyen un verdadero castigo para las poblaciones dispersas, ya que al asegurador no le convendrá hacer ningún esfuerzo para disminuir las barreras de acceso, lo que significaría aumentar sus gastos. Por ello se limitará a atender “la demanda” y como la población no puede “demandar”, el negocio resultará más rentable, mientras el carnet de aseguramiento del régimen subsidiado acaba sirviendo a las familias poco más que la estampita de algún santo.

FEDESALUD ha señalado como resultado de sus investigaciones (FEDESALUD 2005)¹ que el problema fundamental de las poblaciones dispersas es la dificultad de acceder a los servicios de salud básicos, en virtud de las barreras geográficas y los costos de transporte que supone superarlas.

Con el subtítulo “El aseguramiento no garantiza el acceso real a los servicios. Las falencias en la prestación de servicios a la población pobre y la población dispersa.”, FEDESALUD destacaba en el III Congreso Internacional de Sistemas de Salud, organizado por la Universidad Javeriana en Cali en 2014, los siguientes aspectos:

Una década después de puesta en marcha la reforma “pro mercado” de la seguridad social, se advertían graves problemas para la atención en salud de la población dispersa, pues el sistema de subsidios a la demanda no se ajustaba a las necesidades de estas poblaciones, alejadas de los servicios de salud que deberían demandar.

Las especiales características de los antiguos “Territorios Nacionales”, departamentos de la Orinoquía y la Amazonía, por ejemplo, implicaban en el anterior Sistema Nacional de Salud unas condiciones de oferta de servicios de salud muy particulares. La población dispersa, en su gran mayoría indígena, prácticamente no demanda servicios y, de hecho, no

¹ Martínez Félix y otros. “El Sistema de Seguridad Social en Salud en la Región Pacífica Colombiana, La problemática de la población dispersa”. FEDESALUD Bogotá, 2005. ISBN 958-33-7830-5

disfrutaría de ninguno, de no ser por la oferta activa de servicios llevada hasta los asentamientos de las comunidades rurales dispersas por parte de equipos multidisciplinarios de atención, así como por la labor de los promotores de salud indígenas, eslabón fundamental entre las Direcciones de Salud y las comunidades indígenas, capaz de servir de puente para superar las grandes barreras culturales y lingüísticas.

En el estudio “El Sistema de Seguridad Social en Salud en la Región Pacífica Colombiana, La problemática de la población dispersa” (FEDESALUD 2005), que analizaba la situación de salud en el departamento del Chocó y la región de Tumaco del departamento de Nariño, donde la mayoría de sus habitantes, afroamericanos, también reúnen las características de población inaccesible en términos geográficos y culturales hacia los servicios de salud-, se señalaba que “no existe en la práctica ninguna estrategia de atención que acerque los servicios a los ciudadanos”.

Los ciudadanos de la Región Pacífica, como los de la Amazonía, pobres en su gran mayoría, habían sido formalmente afiliados a alguna de las administradoras o aseguradoras del Régimen Subsidiado a las que el Estado pagaba por sus servicios de salud, El Gobierno se enorgullecía públicamente de haber asegurado a la población, de haber extendido la cobertura, pero la gran mayoría de estos ciudadanos no lograba acceder a los servicios de salud.

Según la investigación de FEDESALUD

“La inaccesibilidad geográfica es en realidad una inaccesibilidad económica en función de los costos de transporte fluvial desde los sitios de vivienda hacia los centros de salud. Los ciudadanos, pobres por definición y clasificación en su mayoría (especialmente los afiliados al Régimen Subsidiado), deben sufragar estas altas tarifas de transporte fluvial, que llegan a significar la mitad o un tercio de los ingresos familiares mensuales, si quieren acceder a la atención médica u odontológica.

Las bajísimas tasas de prestación de servicios de salud que el estudio encuentra para estos grupos poblacionales, junto con la reducida disponibilidad de recursos destinados a los centros de salud en la mayoría de los municipios del Chocó y las zonas rurales de Tumaco, demuestran una situación alarmante de déficit de oferta y demanda de servicios, en conjunto de inaccesibilidad, no obstante haber considerado graves deficiencias en la información, una verdad ineludible tanto en Chocó como en Tumaco.”

La afiliación al Régimen Subsidiado no hace diferencia alguna en cuanto a esta condición de inaccesibilidad a los servicios, dado que estos dependen exclusivamente de la estructura de oferta en manos del sistema público, con el que contratan las Administradoras del Régimen Subsidiado –ARS- por capitación, salvo en Quibdó y el centro urbano de Tumaco, donde las ARS ofrecen alternativas de servicios o suministro de medicamentos.”

Aun cuando los ciudadanos, en pocas ocasiones, superen la barrera económica que significa el transporte y logren acceder a los centros de salud, la mayoría de los afiliados al Régimen Subsidiado, al igual que los no asegurados, e incluso algunos afiliados al Régimen Contributivo o Regímenes especiales, se encontrarán con centros de salud con mínimos recursos en términos de recurso humano, medios diagnósticos y terapéuticos, incluidos medicamentos. La afiliación al Sistema no garantiza diferencia alguna frente a esta condición estructural, reiteramos, salvo en los grandes centros urbanos.

Ahora bien, regresando a la región del Pacífico, la inaccesibilidad geográfica y económica está determinada, desde la perspectiva no de los ciudadanos, sino de la administración de servicios de salud, por la ausencia de una oferta de servicios adecuada para este medio y sus habitantes, en términos de un modelo de atención capaz de acercarse a las poblaciones dispersas mediante equipos móviles que visiten regularmente las comunidades (modelo de atención del Vaupés). También podría pensarse en fortalecer la demanda mediante servicios permanentes y gratuitos de transporte a través de los principales ríos, para que estos ciudadanos sin recursos puedan desplazarse hacia los centros de salud.

El Departamento del Chocó recibe una prima especial sobre la UPC como otras zonas del país correspondientes a los nuevos departamentos o antiguos territorios nacionales. En el presente estudio se demuestra que simplemente esta prima no llega a las poblaciones dispersas traducida en ningún tipo de servicios y por lo tanto se queda una parte en manos de las ARS y otra es proporcionalmente asignada al gasto de los hospitales y centros urbanos por el Sistema Público.

Quedaba claro, por tanto, desde que se publicara este estudio, en 2005, que el hecho de que se reconozca una UPC con un valor superior no garantiza la accesibilidad de los ciudadanos a los servicios de salud, puesto que si bien pudiera financiar dicho valor adicional los traslados de algunos enfermos desde una institución de salud hacia centros especializados en otras ciudades, cuando son ordenados por la EPS, no resuelve en absoluto el problema de los ciudadanos consistente en poder llegar desde sus hogares, en zonas dispersas hasta un centro de salud u hospital local, para acceder a una simple consulta médica general, pues el desplazamiento de una persona que requiere atención y su acompañante hasta el médico, usualmente por medio de transporte fluvial, y su regreso, tiene un costo inalcanzable para estas poblaciones.

Quiere decir lo anterior que los ciudadanos no logran demandar siquiera el servicio básico inicial, para que el centro de salud, el hospital, la red, el Sistema o la EPS puedan tomar injerencia sobre sus necesidades de salud, pues simplemente no tienen como pagar de su bolsillo el costo de la lancha para ir a la consulta inicial. En 2004, cuando FEDESALUD realizó con Plan Internacional el estudio en la Costa Pacífica, se calculó un costo promedio del

transporte de dos personas, el paciente y un acompañante, ida y vuelta a un centro de salud u hospital local en 100.000 pesos, y para ese año el ingreso mensual promedio de las familias chocoanas era de 200.000 pesos. Es por ello que la barrera geográfica se convierte en realidad en una barrera económica que impide al acceso mínimo a los servicios de salud. Por supuesto, las EPS no pagan este transporte.

En este punto hemos señalado, por ejemplo, cuando fue solicitado nuestro concepto sobre la causa de un número importante de muertes infantiles en comunidades indígenas del Chocó, que lo que en realidad nos extrañaba era que no murieran más niños, ante la grave situación sanitaria y la inaccesibilidad total a los servicios de salud. El mismo concepto de inaccesibilidad lo hemos reiterado ante distintos tribunales, cuando se nos ha sido solicitado.

Para que no quede duda alguna sobre el grave problema de acceso a los servicios de salud de las poblaciones dispersas y la validez incontestable de lo investigado y denunciado reiteradamente por FEDESALUD, cabe citar documentos oficiales del propio Ministerio de Salud y Protección Social. Sin excepción, todos los estudios anuales para el Cálculo de la UPC realizados por el Ministerio de Salud en los últimos diez años (Ministerio de Salud 2005 a 2013)² confirman que es menor el gasto per cápita de las EPS en las zonas especiales, con poblaciones dispersas, que el de los restantes grupos poblacionales, a pesar de que reciban una UPC superior. Igual lo señalan los estudios de la Universidad Nacional para la CRES en 2010 y 2011. Por esta causa, de hecho, el Ministerio ha reducido el pago adicional, desde el 25% que concedía al inicio de la operación del Sistema, hasta el 11% actual, aunque lo haya extendido a más municipios.

Cabe aclarar, finalmente, que los grandes conglomerados urbanos y sus municipios vecinos actualmente reciben un pago adicional a la UPC del 15%, superior al que reciben los mencionados 364 municipios de zona especial. (Resolución 5925 del 23 de Diciembre de 2014), hecho que acaba de demeritar el supuesto diferencial a favor de estas poblaciones que esgrime el Ministerio de Salud en su respuesta a la Corte Constitucional.

Es claro, por tanto, que las medidas señaladas por el Ministerio de incluir un pago adicional sobre la UPC no garantizan que a estos ciudadanos les sean prestados los servicios de salud en condiciones de calidad, eficiencia y oportunidad.

En segundo lugar, como causa de las anomalías presentes, deben señalarse las graves deficiencias de los servicios hospitalarios para las poblaciones dispersas, en virtud de los graves problemas financieros creados por una política de financiamiento genérica, vía

² Ministerio de Salud y Protección Social. Estudios de Suficiencia y de los Mecanismos de Ajuste de Riesgo de la Unidad de Pago por Capitación para garantizar el Plan Obligatorio de Salud, años 2005 en adelante.

demanda, es decir por venta de servicios a las EPS, uniforme para todo el país y que no contempla las necesidades específicas de las poblaciones en zonas de dispersión geográfica.

Debe precisarse que es indispensable mantener hospitales abiertos para estas poblaciones dispersas, pequeñas y con pocas posibilidades de demandar por las barreras geográficas y culturales, aunque no resulten rentables, dada la baja densidad poblacional y la consecuente escasa demanda, lo que supone un financiamiento de carácter específico para tales condiciones igualmente particulares.

Otro estudio adelantado por FEDESALUD para la Universidad de Antioquia en 2004 (ESTUDIO UPC VAUPES) incluyó el análisis de los costos mínimos de tener un hospital abierto con servicios de primer nivel y especialidades básicas que permitan mantener los quirófanos funcionando y unas pocas camas abiertas de cirugía, ginecología, pediatría y medicina interna en una institución hospitalaria, independientemente de su baja utilización, pues, de otro modo, estas poblaciones estarían condenadas a morir por problemas diarios como un cesárea, un trauma o herida importante, una neumonía o una gastroenteritis severa, si estos servicios no se encuentran a menos de una hora de distancia, en el transporte usual, límite establecido en las recomendaciones internacionales para garantizar la vida y definir la necesidad de instalar y mantener en funcionamiento un hospital básico.

Además, es necesario señalar que una institución hospitalaria requiere siempre mantener un número de camas y de otros recursos disponibles y no ocupados para enfrentar situaciones de incremento súbito de la mortalidad por distintas causas en su población. Cuanto menor es la población a cubrir, ese margen “muerto” indispensable representa una mayor proporción del total de recursos. Se señalaba por tanto en las conclusiones del estudio citado:

“Garantizar la prestación de servicios efectiva de primer nivel de atención hospitalaria, incluidas las necesidades prioritarias de segundo nivel, genera un sobre costo vía recursos de oferta en el Vaupés, dado que no existe la demanda suficiente que permita su financiación por venta de servicios, aun considerada toda la población.”

De modo que, como señala hoy la Ley Estatutaria, no puede ser la rentabilidad de una institución el criterio para justificar la necesidad de mantenerla en pleno funcionamiento, sino la garantía de la atención en salud y de la conservación de la vida de estas poblaciones ante contingencias de pequeña y mediana complejidad: *“...la red pública hospitalaria no depende de la rentabilidad económica, sino de la rentabilidad social. En zonas dispersas, el Estado deberá adoptar medidas razonables y eficaces, progresivas y continuas, para garantizar opciones con el fin de que sus habitantes accedan oportunamente a los servicios de salud que requieran con necesidad.”*

Por último, el estudio de la UPC en Vaupés, como el estudio de la Costa Pacífica, demuestran que las políticas y los mecanismos financieros utilizados genéricamente por el SGSSS no

permiten garantizar los servicios de salud a estas poblaciones y, por el contrario, han sido sometidas a un riesgo inaceptable de perder la salud y la vida, sin mayor consideración.

En tercer lugar, como causa de la anomalías presentes, podemos señalar que el Gobierno anterior puso el Régimen Subsidiado en Chocó en manos de la EPS pública que utilizaba abiertamente para el manejo político clientelista, e intervino también la prestación de servicios y, ahora, tras las dos intervenciones gubernamentales, la crisis es más profunda.

Las comunicaciones de Anthoc a los gobiernos consecutivos y a la Corte Constitucional, presentes en el expediente confirman nuestra apreciación y el hecho de que las intervenciones del nivel central en lugar de solucionar los problemas, agravan las crisis.

Según una investigación del Instituto de Medicina Tropical de Amsterdam³ (De Groote T, De Paepe P, Unger JP 2007), la subcontratación o delegación de una función esencial del Estado al mercado es una alternativa aceptable a la de los recursos públicos si se cumplen la condición de “que haya adecuada capacidad gubernamental para evaluar las necesidades y negociar y monitorear los términos de contratación y que exista un ambiente político y legal que haga respetar las regulaciones y permita resistir el clientelismo y la corrupción. (Mills 1998).

Señalan adicionalmente que Colombia no parece hacer parte de este club. Por supuesto que no lo está, en función de un régimen político basado en empresas políticas individuales que se auto-reproducen repartiendo cargos y contratos del Estado. Algo así como la corrupción y el clientelismo institucionalizados. Este régimen político condiciona el comportamiento descrito del mercado en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

- ***¿Qué medidas de corto y mediano plazo deberían implementarse para que la población chocona pueda acceder a la prestación de los servicios de salud en condiciones de calidad, oportunidad y efectividad?***

Teniendo en cuenta los aspectos señalados en la pregunta anterior sobre las causas de las anomalías presentes en los servicios de salud que conducen a la inaccesibilidad de las poblaciones dispersas a los servicios de salud (5.2.1), FEDESALUD propone una serie de soluciones y recomendaciones a los órganos de Dirección del Sistema, reiterando las que viene proponiendo desde su estudio de 2005 sobre el SGSSS en la Costa Pacífica.

La consecuencia lógica de las anteriores conclusiones, aunadas a las del estudio previo sobre Vaupés, es una recomendación a los órganos de Dirección del Sistema

³ De Groote, T., De Paepe, P. Unger JP. “Las consecuencias del neoliberalismo. Colombia: prueba in vivo de la privatización del sector salud en países en desarrollo”. Department of Public Health, Instituto de Medicina Tropical, Amberes, Bélgica. Reproducido en: De Groote T, De Paepe P, Unger JP. Colombia: prueba in vivo de la privatización del sector salud en países en desarrollo. Rev. Facultad Nacional de Salud Pública. 2007; 25(1): 106-17.

de Seguridad Social, en el sentido de que esta prima especial sobre la UPC, que resulta indispensable, debe calcularse con base en los sobrecostos de un modelo de atención para las poblaciones dispersas. Pero, igualmente recomendar que este plus se conceda exclusivamente para las poblaciones dispersas de los territorios y no para los territorios en general, para que no se quede el recurso adicional en manos de los aseguradores o concentrado en los centros urbanos.

En síntesis, de no amarrar la destinación de la prima especial sobre la UPC a un modelo de atención extramural para las poblaciones dispersas, el aseguramiento en salud del Régimen Subsidiado seguirá resultando incapaz de garantizar el acceso a los servicios de salud y por tanto el derecho a la salud a una importante proporción de colombianos. Es el caso de la población afrocolombiana, en particular los niños

Adicionalmente, que la prima, sumada a los recursos de atención correspondientes al primer nivel de atención ambulatoria y los de promoción y prevención, tengan como destinación exclusiva el costoso financiamiento de equipos extramurales de atención capaces de articular acciones de atención a las personas, acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad y manejo de factores de riesgo, o bien que sirva para financiar el costoso transporte de estos ciudadanos hacia los servicios, de tal modo que se garantice a la población dispersa la prestación efectiva del POS.

De otra forma el aseguramiento para las poblaciones dispersas se reducirá a la entrega de un carné que “garantiza” derechos teóricos, ya que los servicios no están al alcance de estos ciudadanos. Dadas tales condiciones, cuando lo entregan - y muchas veces no lo hacen como se observó en el Chocó- resulta bastante fútil para una importante proporción de los afiliados al Régimen Subsidiado., niñas y jóvenes de la Costa Pacífica.

Adicionalmente el estudio, por solicitud de Plan Internacional, FEDESALUD finalizaba con una estimación precisa de los costos de un modelo de atención como el descrito, con equipos extramurales de atención capaces de articular acciones de atención a las personas, acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad y manejo de factores de riesgo, costos superiores al entonces reconocido plus del 25% reconocido para estas zonas, y por supuesto muy superiores al ahora reducido 11%.

Señalaba por tanto en las conclusiones: *“Garantizar la prestación de servicios efectiva, correspondiente al Primer Nivel de Atención Ambulatoria, para la población dispersa (con importante grado de inaccesibilidad geográfica y cultural), mediante la estrategia de equipos extramurales que visitan regularmente las comunidades, tiene un costo elevado que no es compensado suficientemente por la Unidad Per Cápita o UPC especial que reconoce el Régimen Subsidiado de Seguridad Social en Salud para estos territorios.”*

En virtud de lo anteriormente expuesto FEDESALUD propone dos alternativas:

La primera, en la línea expuesta desde la investigación inicial en la Costa Pacífica, garantizar a las poblaciones dispersas el servicio básico de salud a través de equipos multidisciplinarios extramurales de atención, capaces de articular acciones de atención a las personas, acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad y manejo de factores de riesgo, con visitas periódicas a las comunidades.

El funcionamiento de estos equipos extramurales y los costos de su desplazamiento permanente, debidamente programado de comunidad en comunidad, deberían financiarse como programas específicos de demanda inducida, es decir con formas de pago similares a los correspondientes a las actividades de promoción y prevención en el Régimen Contributivo, aparte de la UPC, y no como parte de los recursos de demanda, dentro de la UPC.

Después de muchos años, finalmente el Ministerio de Salud parece haber entendido que esta es la única forma de garantizar servicios a las poblaciones dispersas. Recientemente el Viceministro de Salud ha señalado que se optará por este tipo de manejo en Guainía: *“Con un concepto de geo-proyección basado en las cuencas hidrográficas y que se base en equipos de salud de carácter extramural, complementados con profesionales, técnicos y auxiliares que resuelvan las necesidades en salud en puestos, centros y hospital.”* Lo que falta saber es si se garantizará un equipo extramural por cada 1.500 a 2000 habitantes de la población dispersa (se exceptúan los centros urbanos), disponibilidad necesaria para garantizar una buena cobertura de servicios ambulatorios para las poblaciones dispersas (para poblaciones concentradas se estima un equipo por 3000 a 4000 personas). Tampoco se sabe si se garantizarán recursos adicionales necesarios para este modelo de atención, pues las EPS -a las que el Ministerio les reparte sin fórmula de selección clara poblaciones y recursos por vía de la UPC, recursos que hemos señalado insuficientes-, de seguro no los financiarán o lo harán en proporción muy inferior a la necesaria.

La segunda, en la línea expuesta por el estudio citado de la UPC del Vaupés, implica el análisis de los costos mínimos de mantener un hospital abierto con servicios de primer nivel y especialidades básicas que permitan mantener los quirófanos funcionando y unas pocas camas abiertas de cirugía, ginecología, pediatría y medicina interna en una institución hospitalaria, para atender a la población dispersa, independientemente de su baja utilización, de conformidad con las recomendaciones internacionales para garantizar la vida y definir la necesidad de instalar y mantener en funcionamiento un hospital básico, a menos de un hora de distancia de la población.

Así mismo, implica el análisis del costo de mantener un número de camas y otros recursos disponibles y no ocupados para enfrentar situaciones de incremento súbito de la mortalidad por distintas causas en su población. Cuanto menor es la población a cubrir, el margen “muerto” indispensable representa una mayor proporción del total de recursos.

Estos dos cálculos son factibles técnicamente y permiten determinar que recursos deben recibir estas instituciones hospitalarias, para poder subsistir, en condiciones de garantizar adecuados servicios de salud, recursos por supuesto distintos y forzosamente adicionales a los ingresos que logren por ventas de servicios a las EPS que manejan los recursos de demanda en estos territorios.

Debemos señalar que no conocemos propuestas de financiamiento de los recursos necesarios para garantizar un buen funcionamiento de los hospitales en zonas de población dispersa, adicionales a los recursos de demanda, al tiempo que tenemos la retirada de los pocos recursos departamentales en virtud de la Ley del Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 “Todos por un nuevo país”, que en su Artículo 63 recoge los últimos recursos con los que difícilmente sobreviven estas instituciones.

- ***Según su criterio, ¿Cuáles son las prioridades que debería abordar el Gobierno Nacional, los organismos de control, el gobernador y la alcaldesa para dar solución a los defectos del sistema de salud chocoano?***

FEDESALUD se abstiene de responder esta pregunta en extenso, pues ya lo señalado en las respuestas a los dos interrogantes anteriores precisa suficientemente la direccionalidad de las acciones, en cuanto a las recomendaciones técnicas, pero debe expresar que no espera que el Gobierno Nacional y el Ministerio de Salud reconozcan y acepten la inoperancia del Sistema basado en la demanda para garantizar servicios de salud a las poblaciones dispersas, para proceder en consecuencia. Tal ha sido su comportamiento en la última década, a pesar de la evidencia sobre el desastre del modelo de aseguramiento y prestación de los servicios en el departamento del Chocó.

La segunda condición es una condición que tiene que ver más con el déficit de democracia, el clientelismo y la inoperancia del centralismo para resolver los problemas específicos de las regiones. Una respuesta a mediano plazo, democrática y descentralizada, implica que la misma ciudadanía Chocoana controle sus servicios de salud y exija a las autoridades nacionales, departamentales y locales responder por el desastre de sus servicios de salud, respaldada, claro está, en la Constitución y la Ley.