

Bogotá, Marzo 19 de 2015

Dr.

ANDRÉS MUTIS VANEGAS

Secretario General (e)

Corte Constitucional

Ref.: Oficio OPTB-010/2015. Auto 408 de 2014, Seguimiento a la orden vigésima novena de la sentencia T-760 de 2008. Expediente 1.281.247.

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 408 de 2014, por el Magistrado Sustanciador, Dr. Jorge Iván Palacio Palacio.

FEDESALUD advierte, en primer lugar, que se limita a dar respuesta a aquellos interrogantes sobre los que se considera más competente para rendir concepto técnico, en virtud de su trayectoria previa en investigaciones, estudios y publicaciones relacionadas, de modo que pueda aportar, en las correspondientes respuestas, evidencia que resulte útil a la Corte Constitucional para decidir sobre la materia.

Advertimos que las respuestas no siguen estrictamente el orden de las preguntas, aunque conservan la numeración remitida en el Auto 408, con el objetivo de reunir las respuestas relacionadas con una misma temática abordada. A continuación las respuestas en 38 folios.

Cordialmente



FELIX LEON MARTINEZ

Presidente FEDESALUD

5. 1. Preguntas sobre aseguramiento

5.1.2 Respecto del aseguramiento, el rector de la política pública manifestó que cuando se está por encima del 95% se considera que existe cobertura universal, puesto que “alcanzar una cobertura efectiva del 100% de la población resulta operativamente imposible”. En su experiencia ¿la movilidad de las personas entre regímenes y municipios, la población que no tiene lugar de residencia habitual, los nacimientos, los cambios en la condición socioeconómica y las limitaciones de información” son razones válidas para aceptar que en Colombia es imposible que el total de la población esté afiliada al sistema y en consecuencia, no acceda a los servicios de salud?

En respuesta al auto 099 de 2014, el Ministerio de Salud señala en informe del 13 de Junio (folio 400): “En el mismo sentido, los escenarios de cobertura y disponibilidad de recursos que sustentaron el cronograma de la respuesta al Auto 068 del mes de abril de 2012 se mantienen (...) “El cronograma de aseguramiento prevé que para el año 2012 se logrará una cobertura total de 97.8% de la población, en el 2013 del 99.2% y en el 2014 del 99.7%. Dentro de las proyecciones de afiliación que el Ministerio ha contemplado se aclara que alcanzar una cobertura efectiva del 100% de la población resulta operativamente imposible, teniendo en cuenta que aspectos tales como la movilidad de las personas entre regímenes y geográficamente, la población que no tiene un lugar de residencia (habitantes de la calle o personas víctimas del desplazamiento forzado) y nacimientos, cambios en la condición socioeconómica de la población que determinan el acceso a un subsidio entre otras razones operativas. Lo anterior determina que existirá población no asegurada que se estima que para el año 2014 corresponderá a un 0.3% de la población país (128.259 personas) según población DANE.” (...)

Pero anteriormente, en el mismo texto (folio 398), había señalado: *“Con los recursos invertidos y las estrategias para avanzar en la afiliación de los beneficiarios del subsidio, la cobertura de aseguramiento se estima en el 96.9% con corte a Diciembre de 2013.”* ¿Cómo puede afirmar el Ministerio que “los escenarios de cobertura y disponibilidad de recursos que sustentaron el cronograma de la respuesta al Auto 068 del mes de abril de 2012 se mantienen” si estos escenarios citados y reiterados señalaban una cobertura del 99,2% para 2013?

También el mismo Ministerio, en otro documento oficial publicado, nada menos que el Informe de Actividades 2010 – 2014 y 2013-2014. Sector Administrativo de Salud y Protección Social al Honorable Congreso de la República. Bogotá, D.C., de agosto de 2014,

reporta que la cobertura alcanzó el 96% de la población en los años 2011, 2012 y 2013, y que, para el último año, 2013, la tasa de crecimiento de afiliación (0,69%) fue inferior al crecimiento poblacional (1.16%). (Ver Tabla 1 del documento oficial)

Tabla 1. Evolución Cobertura Afiliados Régimen Subsidiado, Contributivo y Excepción 2010-2013

	2010	2011	2012	2013
Afiliados activos R. Subsidiado - BDU A	21.665.210	22.295.165	22.605.295	22.669.543
Tasa de variación anual		2,91%	1,39%	0,28%
Afiliados activos R. Contributivo - BDU A	18.723.118	19.756.257	19.957.739	20.150.266
Tasa de variación anual		5,52%	1,02%	0,96%
Total Subsidiado + Contributivo	40.388.328	42.051.422	42.563.034	42.819.809
Tasa de variación anual		4,12%	1,22%	0,60%
Total Población Colombia - DANE	45.509.584	46.044.601	46.581.823	47.121.089
Tasa de variación anual		1,18%	1,17%	1,16%
Cobertura Nacional (Subsidiado + Contributivo)		91%	91%	91%
Total Excepción *	2.347.426	2.347.426	2.347.426	2.402.307
Total Subsidiado + Contributivo + EX	42.735.754	44.398.848	44.910.460	45.222.116
Tasa de variación anual		3,89%	1,15%	0,69%
Cobertura Nacional (S+C+E)	94%	96%	96%	96%

Fuente: SISPRO, DANE

Ahora bien, un documento más técnico aún, del mismo Ministerio, el Estudio de Suficiencia y de los Mecanismos de Ajuste de Riesgo de la Unidad de Pago por Capitación para garantizar el Plan Obligatorio de Salud en el año 2013, igualmente publicado, estima los llamados “afiliados equivalentes”.

Dado que un porcentaje importante de afiliados al régimen contributivo, por razones de interrupción de los contratos laborales o por causa del atraso en el pago de la cotización no está activo y por tanto no tiene derecho a servicios en las EPS durante algunos meses del año, para el cálculo de la UPC se convierte el total de afiliados en su equivalente de afiliados por 12 meses completos. Es decir, por ejemplo, dos afiliados que permanecieron cada uno afiliados por seis meses, equivalen para el cálculo del ingreso y gasto de las EPS a un afiliado por un año completo.

Precisa el estudio: *“En el régimen contributivo, se utiliza la población de afiliados equivalentes, entendida como un número calculado de personas que estuvieron afiliadas 360 días al año, resultado obtenido de dividir el total del número de días compensados durante el año por todos los afiliados al régimen contributivo, dividido por 360 días.”*

Este cálculo, más técnico, no permite contar como afiliados plenos a quienes sólo lo estuvieron por algunos meses y el resultado final señala 16.991.796 afiliados equivalentes en 2010, 17.900.817 en 2011 y 18.224.788 afiliados equivalentes en 2012.

Con Ajuste por compensaciones causadas y no realizadas en el régimen contributivo el total de afiliados equivalentes alcanzaría 18.448.915 para 2012, señala el mismo documento del Ministerio. (Ver Tabla 19 del documento oficial)

Tabla 19 Evolución proceso de compensación en el régimen contributivo, Colombia 2012

		Año de presentación									
Año de compensación		Año	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012*	Total general
Año de compensación	2005		12.481.871	1.138.591	161.915	3.052	795	5.453	4.465	149	13.796.290
	2006		0	14.476.385	817.598	7.934	3.318	5.689	8.196	290	15.319.411
	2007		0	0	15.177.188	802.822	300.426	52.652	1.787	88	16.334.964
	2008		0	0	0	15.925.799	800.676	93.156	5.717	440	16.825.789
	2009		0	0	0	0	16.483.965	457.552	198.217	19.744	17.159.478
	2010		0	0	0	0	0	16.991.796	702.551	30.065	17.724.413
	2011		0	0	0	0	0	0	17.900.817	323.973	18.224.790
	2012		0	0	0	0	0	0	0	11.848.782	11.848.782

Fuente: Elaboraciones propias de los autores con la información de las bases de datos Estudio de Suficiencia UPC año 2012. Ministerio de Salud y Protección Social. Colombia 2012.

De tal modo que, según los documentos citados, procedentes del mismo Ministerio, la afiliación real en el contributivo está aproximadamente un millón y medio de personas por debajo de las cifras presentadas en el Informe al Congreso y, sin este millón y medio de afiliados, la cobertura de los dos regímenes solo alcanzaría el 88% de la población.

Por otra parte, el Gobierno reconoce que la cifra de los regímenes de excepción es aproximada, esto por la imposibilidad de los cruces de afiliados especialmente con el Sistema de Salud de las fuerzas militares, que hace pensar en una proporción de duplicados al menos del orden del 10%, según estimó FEDESALUD en su investigación sobre el Equidad en el Financiamiento del Sistema. (FEDESALUD 2012)¹

Todo ello significa que aproximadamente el 7.5% de la población no está asegurada, es decir cerca de 3.5 millones de colombianos.

En respuesta al auto, también el Ministerio señala que *“Adicionalmente hay otros problemas que afectan esta situación, como es la necesidad de avanzar en la aplicación de un plan de transición por parte de las Entidades Territoriales, que no ha sido posible concretar en la fecha, a efecto de organizar y armonizar el cambio generado para la población afiliada al régimen subsidiado, que por aplicación de los puntajes de los niveles I y II de la nueva metodología SISBEN III (resolución 3778 de 2011), no cumplen con las condiciones para continuar como beneficiarios del régimen subsidiado. Esta población por*

¹ Martínez Félix, García Paola. “Equidad en el financiamiento de la salud. Financiación y Asignación en el Sistema de Seguridad Social en Salud”. Fundación para la Investigación y Desarrollo de la Salud y la Seguridad Social. FEDESALUD. Bogotá, D.C. 2012. ISBN 978-958- 99775-2-1.

ende tendría que ser en buena medida objeto del subsidio parcial a la cotización (aproximadamente 2 millones de personas)."

Es decir que a los 3.5 millones de personas no afiliadas se agregarían dos millones que saldrían del Régimen Subsidiado "pleno", según la denominación del Ministerio, para completar 5.5 millones de no asegurados.

Pero, además, el Ministerio, en su respuesta al Auto 099 señala, respecto al cumplimiento del Objetivo 2: "Lograr el aseguramiento en salud de la población no afiliada que cuenta con alguna capacidad de pago" que incluye dos actividades 1. Reglamentar las disposiciones respecto al subsidio parcial de la cotización y 2. Implementar los mecanismos de afiliación de la población con alguna capacidad de pago:

"Una vez realizados los análisis y cálculos preliminares en orden de dar cumplimiento a estas medidas, se llegó a la conclusión que el cumplimiento de las dos actividades señaladas exige avanzar primero en el desarrollo de otras medidas concomitantes que aún no se han concretado y cuya ejecución presenta dificultades que no son fáciles de superar en el momento como se explica a continuación.

Agrega: "El principal obstáculo en el cumplimiento de esta medida radica en el impacto fiscal que ello tendría, no tanto por el costo que implicaría cubrir el número actual de personas potencialmente beneficiarias de los subsidios parciales a la cotización en salud, sino por la posibilidad de generar un incentivo a la evasión de aquellas que hoy pagan plenamente, incrementando las necesidades financieras. Además de lo anterior, esta situación de evasión sería bastante difícil de controlar dado que en su mayoría se trata de trabajadores independientes o por cuenta propia que se encuentran por fuera de cualquier sistema formal (como por ejemplo el bancario o el tributario), lo que hace casi imposible su caracterización precisa, su seguimiento y control permanente. Esto quiere decir que las potenciales ganancias sociales asignando subsidios parciales pueden llegar a ser inferiores a las pérdidas igualmente sociales en los que se incurriría al generar una evasión mayor."

Finalmente concluye el Ministerio: *"Dicha situación genera un impedimento de orden financiero, social y político que impide por el momento concretar la propuesta de subsidio parcial a la cotización en salud, debido a la limitación de recursos, situación con la que sería posible garantizar la sostenibilidad financiera del aseguramiento en el mediano plazo en el marco de la meta de universalización. No obstante lo anterior, se viene explorando otras alternativas para cubrir estas poblaciones sin que se afecten los principios de equidad, eficiencia y sostenibilidad del sistema"*

En ponencia reciente en el III Congreso Internacional de Sistemas de Salud, organizado por la Universidad Javeriana en Cali, señalamos:

Cabe mencionar que los dos regímenes son excluyentes y que los ciudadanos son retirados del contributivo cuando pierden su empleo o fuente de ingreso, mientras

que por otra, son retirados del subsidiado todos aquellos que superan un nivel crítico de pobreza. De tal modo, que es fácil comprender que, con dos regímenes excluyentes, no será posible lograr la universalidad. Por tal razón, la última Ley expedida (1478 de 2011), quienes requieran servicios de salud y no estén afiliados al Sistema deberán pagar el servicio, si no resulta elegible para el subsidio. En esta condición de no afiliados al contributivo por un contrato formal de trabajo, pero tampoco pobres absolutos, se encuentran permanentemente millones de ciudadanos.

Por otra parte, también millones de ciudadanos ven interrumpida temporalmente su afiliación por pérdida del empleo, por pérdida de la capacidad de pago, o simplemente por cambio de municipio de residencia. De tal forma que cada comienzo de año el gobierno nacional o los gobiernos locales vuelven a anunciar nuevos incrementos de cobertura, incrementos que constituyen poco más que un sainete perpetuo, claro está con buenos réditos políticos.

En conclusión, la respuesta del Ministerio termina por reconocer:

Que la población no afiliada –la cual estimamos según documentos oficiales del mismo Ministerio en 3.5 millones de personas–, se aumentará en otros dos millones de personas que deben ser retiradas de Régimen Subsidiado, en función de la nueva metodología del SISBEN III

Que razones de eficiencia y sostenibilidad del sistema, impiden “por el momento” la afiliación de esta población “con alguna capacidad de pago”, pero sin posibilidades de ingresar al régimen contributivo o al subsidiado. Es decir que no habrá universalidad “por impedimentos de orden financiero, social y político”.

Que la propuesta contenida en la Ley 1438 sobre subsidios parciales, “con la que sería posible garantizar la sostenibilidad financiera del aseguramiento en el mediano plazo, en el marco de la meta de universalización” estuvo mal formulada y resulta inaplicable.

Los puntos expuestos por el Ministerio y los datos procedentes del mismo, contradicen absolutamente la afirmación inicial del documento de respuesta al auto 099 de la Corte Constitucional, cuando señala que: “los escenarios de cobertura y disponibilidad de recursos que sustentaron el cronograma de la respuesta al Auto 068 del mes de abril de 2012 se mantienen”, escenarios que señalaban una cobertura del 99,2% de la población para 2013.

Adicionalmente, las razones fiscales expuestas son contrarias al mandato de la Ley Estatutaria.

Tampoco es comprensible que el Ministerio señala en el Objetivo 3, lograr el aseguramiento en salud de la población no afiliada, sin capacidad de pago (folio 399), que las principales razones para la existencia de esta población “radican en que es población nueva en el sistema que solicita el subsidio, cuyo proceso de identificación y asignación mediante la

encuesta SISBEN, tarda un tiempo durante el cual oficialmente no están asegurados aunque si cubiertos en sus necesidades de salud mediante los subsidios de oferta”.

Cabría preguntar al Ministerio si esta población pobre no afiliada “nueva”, que calcula en 860.000 personas, corresponde a 1) recién nacidos, en cuyo caso habría una fragante violación del derecho de estos niños, 2) nuevos inmigrantes en el territorio nacional, o bien se trata de 3) personas que han caído en la pobreza sin estar previamente identificadas como pobres, pues no se explica de otra manera que haya “población nueva” después de 20 años de operación del régimen subsidiado, pues se supone que si estaban en el régimen contributivo debieron tener una transición automática al subsidiado, si se trasladaron de municipio debería haberseles garantizado la portabilidad y, si son desplazados, igualmente deberían haber estado registrados.

En suma, la anterior respuesta del Ministerio constituye otro reconocimiento adicional de la incapacidad de la Dirección del Sistema para lograr la universalidad, con las normas actuales sobre afiliación, y es prueba igualmente de que el derecho a la salud continúa condicionado a las posibilidades laborales o la capacidad de pago, especialmente para aquella población “sándwich”, que no logra acceder al régimen contributivo y tampoco al subsidiado. Igualmente para quienes pierden el trabajo y en consecuencia su afiliación al Contributivo y finalmente también para los familiares distintos del cónyuge y los hijos en el régimen contributivo, para quienes el Sistema ha dictado un costo de afiliación impagable, que para un adulto mayor llega a superar los siete millones de pesos al año.

Por otra parte, la imposibilidad del Ministerio de garantizar la universalidad porque, según manifiesta, se daría una *“situación bastante difícil de controlar dado que en su mayoría se trata de trabajadores independientes o por cuenta propia que se encuentran por fuera de cualquier sistema formal (como por ejemplo el bancario o el tributario), lo que hace casi imposible su caracterización precisa, su seguimiento y control permanente”*, se convierte en poco menos que una declaración de menosprecio por esta población, como si ella fuera responsable de su precaria situación laboral y social.

A este respecto citamos igualmente nuestro mensaje en el I Seminario Internacional de Protección social, y en la publicación “Seguridad social o asistencialismo. Implicaciones para la sociedad y el Estado de separar el trabajo del derecho a la seguridad social” de la Universidad Santo Tomás. Bogotá. 2010, que aclaran en donde está la responsabilidad de la exclusión de cualquier sistema formal de esta población, que es la razón aducida para su exclusión de la seguridad social en salud.

“Igual sucede con la rama económica de la construcción, especialmente la construcción de vivienda. Es bien sabido que este sector ha sido uno de los sectores líderes del desarrollo económico en Colombia, desde el Plan de Desarrollo 70-747, denominado “Las cuatro estrategias”: “El énfasis en el desarrollo urbano, concentrando recursos en la industria edificadora, tanto de viviendas como de

servicios complementarios, es la primera estrategia que conducirá no solamente a la producción de bienes esenciales que urgentemente son requeridos por vasos núcleos sociales, sino que generará gran cantidad de empleo adicional, que de inmediato contribuirá al ensanche del mercado interno, elevando el nivel del consumo y facilitando entonces, con su demanda, incrementos en producción industrial y agrícola del país, sin deterioro en los ingresos reales de los productores.” Explícito o no en los planes de desarrollo consecutivos, los periodos de mayor crecimiento del PIB en Colombia han sido jalados por la construcción desde la década del 70, curiosamente un sector cuyos trabajadores continúan mayoritariamente sin protección ni seguridad social. Quiere decir lo anterior que el desarrollo del país se ha apoyado en los hombros de estos trabajadores y ellos continúan sin los derechos que hoy constituyen el pleno ejercicio de la ciudadanía. Al mismo tiempo, las crisis económicas han significado repetidas veces la pérdida del empleo de los trabajadores de la construcción, no calificados en su mayoría.

El cuadro resulta paradójico y cruel, dado el trato que la sociedad y el Estado permiten para estos trabajadores de un sector considerado líder del desarrollo. Más aún si se tiene en cuenta que “el mercado de las viviendas es fruto de una construcción social, a la que el Estado contribuye decisivamente mediante la elaboración de la demanda”, a través de la regulación de créditos especiales (UPAC, UVR), dirigidos a favorecer a los ciudadanos y a los constructores, exenciones de impuestos, ayudas estatales para vivienda de interés social, además de condiciones jurídicas propicias y de valorización. El Estado define por tanto casi todas las variables en que se basa la operación del mercado de vivienda, al tiempo que muestra un desinterés absoluto por la situación de los trabajadores de este sector. Se podría suponer que todo es parte del mismo ordenamiento económico y social. Dos caras de la misma moneda.

¿Por qué es posible que un número muy importante de trabajadores y sus familias en los sectores agropecuario o de la construcción no participen de los derechos sociales que constituyen la plena ciudadanía? El hecho de que los jornaleros del campo reciban trato de peones, de ciudadanos de segunda, de trabajadores sin derechos, es lo normal en nuestro país. La sociedad y el Estado aceptan implícitamente que estos asalariados no tengan derecho a un pago en la incapacidad o la invalidez o a una pensión por vejez. Igual sucede con algunos trabajadores urbanos, como los de la construcción, con trabajadores de la minería o con el servicio doméstico.”

En conclusión, NO son razones válidas las expuestas por el Ministerio en respuesta al Auto 099 de 2014 para aceptar que en Colombia es imposible que el total de la población esté afiliada al sistema y en consecuencia, no acceda a los servicios de salud.

Por el contrario, **SI son razones válidas las expuestas como “certificación de imposibilidad de lograr la Universalidad” entregada por el mismo Ministerio de Salud y Protección Social, para reconocer que Colombia, con la organización de los dos regímenes excluyentes del SGSSS, no podrá lograr la universalidad**, reconocimiento que lleva directamente a la alternativa de modificar de fondo el Sistema, o la de aceptar la imposibilidad de garantizar el derecho a millones de ciudadanos, es decir, el estado de cosas inconstitucional.

Pero queremos advertir adicionalmente a la Corte Constitucional, con la licencia que nos da en el punto 5 de las consideraciones, sobre el gravísimo riesgo en que se encuentra la población no afiliada, de aprobarse el Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 “Todos por un nuevo país”, pues en su Artículo 63 indica que *“Las rentas cedidas y demás recursos generados a favor de las entidades territoriales destinadas a la financiación del Régimen Subsidiado, los cuales serán girados directamente por los generadores al Fondo de acuerdo con la reglamentación que expida el Gobierno Nacional”*.

En respuesta al Auto 099, señala el Ministerio sobre la población pobre no afiliada, que si bien su afiliación *“tarda un tiempo, durante el cual oficialmente no están asegurados pero si cubiertos en sus necesidades de salud mediante subsidios de oferta”*. Igualmente precisa que *“esta es una responsabilidad de las entidades territoriales”*, pero sin aclarar que los subsidios de oferta con los que deben responder han sido retirados y centralizados, mermados por leyes sucesivas hasta un mínimo, que se convertirá en la totalidad si se recogen por último las rentas cedidas. Es decir que los entes territoriales no tendrán recurso alguno para cubrir las necesidades de salud a los millones de colombianos que constituyen la población no afiliada, como pretende el Ministerio en su comunicación.

En carta abierta a la Comisión VII del Senado de la República, con ocasión del trámite de la fallida Ley Ordinaria Proyecto de Ley No. 210 de 2013 - Senado *“POR MEDIO DE LA CUAL SE REDEFINE EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES”*, FEDESALUD señalaba el 12 de Agosto de 2013:

“Acostumbrados como estamos al desconocimiento permanente y flagrante de la norma constitucional en relación con la descentralización político administrativa, en las últimas leyes del sector salud, que han recogido los recursos municipales de las participaciones creados en la Constitución de 1991, no nos sorprende que ahora recojan también los recursos departamentales, es decir que se proponga que el Gobierno Nacional deje de ceder las “rentas cedidas” desde 1915 a los departamentos.

La manida expresión “giro sin situación de fondos” no es más que un artificio del lenguaje, un vulgar engaño, para renombrar el presupuesto sin giro, que no es cosa distinta del centralismo llano y puro. Cabe recordar que antes de la reforma constitucional de 1985, que dio origen a la descentralización político administrativa,

el Ministerio de Salud no sólo presupuestaba los recursos de cada departamento, sino que los giraba efectivamente. Ahora que somos un país descentralizado, ya no se giran.

Según sentencia de la corte constitucional C-177-96:

La Carta Política reconoce a las entidades territoriales la propiedad sobre sus bienes y rentas y equipara la garantía que les brinda a la que merecen los particulares sobre los suyos, de conformidad con la Constitución (artículo 362 C.P.).

Más todavía, el artículo que se acaba de mencionar dispone en forma perentoria que, con la única excepción de la guerra exterior -y eso temporalmente-, los impuestos departamentales y municipales gozan de protección constitucional y, en consecuencia, la ley no podrá trasladarlos a la Nación.

De modo que, en nuestra opinión, si los Honorables Senadores consideran que es mejor manejar centralizadamente todas las rentas del Estado, deben tomarse la molestia de aprobar una reforma constitucional, con un simple articulito que diga, más o menos: “Todos los recursos de los programas y políticas sociales, o relacionados con el llamado gasto social, no importa si se recauden a nivel municipal, departamental o nacional, serán manejados y presupuestados por la nación, a través de un Ministerio, un organismo descentralizado del Gobierno Nacional o directamente por una dependencia de la Presidencia de la República. Los territorios se limitarán a pasar una lista de los beneficiarios, que la nación podrá aceptar discrecionalmente. Se deroga expresamente cualquier norma constitucional o legal que se refiera a descentralización de las rentas, salvo las que por descentralización entiendan el reparto del presupuesto nacional a través de entidades privadas.”

De no tramitar una reforma a la Carta como la señalada, los Honorables Senadores estarían dando un pésimo mensaje a todos los colombianos, en el sentido de que no hay problema alguno en desestimar el mandato constitucional cuando se considere pertinente, pero quizás de tramitarlo estarían acercando el país a un gobierno central con plenos poderes, responsable de todo lo bueno y lo malo que sucede a cada ciudadano y ello significaría un grave riesgo para la democracia.”

5.1.1. Teniendo en cuenta que, para la consecución de los objetivos propuestos por el Ministerio de Salud se requiere de la realización de ciertas actividades, ¿considera que las mismas resultan ser lo suficientemente efectivas para alcanzar los fines propuestos? En caso de que su respuesta sea negativa, indique ¿qué actuaciones deberían ser implementadas para lograr las finalidades perseguidas?

Hemos señalado en respuesta anterior que no es dable aceptar que en Colombia sea imposible que el total de la población esté afiliada al SGSSS y, en consecuencia acceda a los

servicios de salud, pues, sin importar la exactitud de las cifras, el hecho es que mientras un solo habitante del territorio no tenga garantizado el derecho a la salud, no se estaría cumpliendo lo contemplado en la Constitución Nacional y la Ley Estatutaria, pues como lo señala la sentencia T-760 de 2008 “la universalidad significa que el servicio debe cubrir a todas las personas que habitan el territorio nacional” . Tampoco es dable aceptar que no se planteen ni siquiera metas para enfrentar esta realidad contraria al reconocimiento del derecho a la salud como derecho fundamental. La imposibilidad que manifiesta la Dirección del Sistema para lograr la universalidad corresponde en realidad a un problema de regulación, pues es evidente que, con las normas actuales sobre afiliación, no se logrará la universalidad. Igualmente se aclaró que tal situación constituye la prueba de que el derecho a la salud continúa sujeto a una serie de condicionantes, como las posibilidades laborales o la capacidad de pago.

Tampoco se puede aceptar que “razones de eficiencia y sostenibilidad del sistema, impiden “por el momento” la afiliación de esta población “con alguna capacidad de pago”, pero sin posibilidades de ingresar al régimen contributivo o al subsidiado. Es decir que no habrá universalidad, según la respuesta dada por el Ministerio, “por impedimentos de orden financiero, social y político”. La sentencia T-760 precisó igualmente que “el carácter progresivo de la ampliación de cobertura no podía sujetarse o condicionarse a un término indefinido, ya que su demora implica la vulneración de las disposiciones constitucionales”.

Acepta de esta manera el Ministerio, implícitamente, que la propuesta contenida en la Ley 1438 sobre subsidios parciales, “con la que sería posible garantizar la sostenibilidad financiera del aseguramiento en el mediano plazo, en el marco de la meta de universalización” estuvo mal formulada y resulta inaplicable, por lo que subsistirá “por el momento” la población “sándwich”, que no logra acceder al régimen contributivo y tampoco al subsidiado.

Dado que el Ministerio de Salud confirma que no puede cumplir algunas actividades correspondientes a los objetivos trazados, especialmente la única actividad relacionada en el Objetivo 2., por si sólo reconoce que estas actividades **NO resultan ser lo suficientemente efectivas para alcanzar los fines propuestos.**

5. 1. 4. En su respuesta el Ministerio de Salud indicó que el denominador en el cálculo de la coberturas surge de proyecciones estadísticas sujetas a ciertos márgenes de error, en su opinión i) ¿técnicamente es admisible dicha afirmación? ii) ¿las cifras reportadas por el Ministerio respecto de cobertura universal resultan ser confiables? Justifique su respuesta.

La afirmación del Ministerio es admisible, por cuanto las cifras poblacionales oficiales, que da a conocer el DANE, son en realidad cifras proyectadas basadas en el censo de 2005 y en los comportamientos de la natalidad, la mortalidad y las migraciones. Por supuesto, dado

que el denominador de los cálculos de cobertura es la población total del país, si las proyecciones de población que da a conocer el DANE tienen algún margen de error, dicho margen se trasladará a los cálculos de cobertura.

De hecho, FEDESALUD está revisando estas proyecciones, en su actual investigación sobre los desafíos del envejecimiento poblacional, y ha confirmado que existe un desfase importante en la población infantil, pues las tasas de natalidad utilizadas para las proyecciones han disminuido sensiblemente los últimos años. Al otro extremo, la población mayor de 65 años muestra mayor supervivencia, datos ambos que confirman que el envejecimiento poblacional es más acelerado de lo estimado por el DANE y que podrían significar igualmente una reducción real de la población total proyectada por el DANE para la actual década, cuya magnitud no podemos confirmar aún con exactitud.

Como consecuencia de lo señalado, las cifras de cobertura no pueden ser 100% confiables, pero de la falta de confiabilidad que corresponda al error del denominador no puede atribuirse responsabilidad al Ministerio de Salud, como sí se le atribuyen los errores o imprecisiones en el numerador.

5. 2. Acceso a los servicios de salud

5. 2. 1. Con relación a las posibles barreras que afectan la prestación del servicio, el Ministerio del ramo precisó que adoptó una serie de medidas con el fin de superar dichas limitaciones. En su conocimiento ¿dichas actuaciones garantizan que a los pacientes que padecen enfermedades de alto costo y a los grupos poblacionales que habitan en zonas con dispersión geográfica les sean prestados los servicios de salud en condiciones de calidad, eficiencia y oportunidad? Justifique su respuesta.

Poblaciones dispersas

Con relación a las posibles barreras que afectan la prestación del servicio a los grupos poblacionales que habitan en zonas de dispersión geográfica, **FEDESALUD considera que las medidas informadas por el Ministerio NO garantizan que a estos ciudadanos les sean prestados los servicios de salud en condiciones de calidad, eficiencia y oportunidad.**

El Ministerio de Salud apenas señala en su respuesta (folio 476) que “*un primer elemento que el Ministerio ha identificado, que eventualmente se constituye en una barrera, son las dificultades de transporte para acceder a servicios en determinadas zonas con dispersión geográfica. Frente a esta circunstancia, el Ministerio ha venido adoptando una serie de medidas tendientes a mitigar el efecto de condiciones como la dispersión geográfica. En*

primer lugar el Ministerio reconoce una UPC con un valor superior para aquellos municipios que por su localización requieren traslado de sus usuarios.”

A continuación se refiere a los municipios de la zona conurbada, -vecinos de las grandes ciudades que para este tema no vienen al caso- y continúa:

“Para la vigencia 2014 se ampliaron los municipios de la zona especial, los cuales reciben prima adicional por dispersión geográfica, para el régimen contributivo del 10% y para el subsidiado de 11,47%, se pasó de tener 195 municipios en zona especial a tener 364 municipios, estos incrementos se ven reflejados en mejorar el acceso y la calidad de la prestación de servicios de salud.”

FEDESALUD ha señalado como resultado de sus investigaciones (FEDESALUD 2005)² 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 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

² 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

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 reiterada y públicamente 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, a fin de llevar efectivamente servicios a la población dispersa. 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. Para resaltar el tema con algún dramatismo, explicábamos, “es como si algún bogotano de clase media o alta contara con un seguro de salud costoso en Norteamérica, y no tuviera visa”.

También afirmamos, 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. Nada ha cambiado diez años después del estudio, salvo 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 la prestación de servicios y, ahora, tras las dos intervenciones gubernamentales, la situación ha empeorado, pues ya no sólo no se accede a los servicios básicos, sino tampoco se cuenta con servicios hospitalarios de calidad –dada la profundidad de la crisis-.

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)³ 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.

³ 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.

Es claro, por tanto, que las medidas informadas por el Ministerio NO garantizan que a estos ciudadanos les sean prestados los servicios de salud en condiciones de calidad, eficiencia y oportunidad.

5. 2. 2. Aparte de las barreras identificadas por el Ministerio de Salud y Protección Social, indique desde su experiencia ¿Qué otras obstaculizan la prestación del servicio a la salud con calidad y oportunidad en estos grupos poblacionales y cómo podrían solucionarse?

Adicionalmente a las dificultades de acceso a los servicios ambulatorios básicos, 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 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 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.

5. 2. 5. En su opinión, ¿qué otras alternativas debería implementar el Ministerio de Salud para superar las dificultades que impiden garantizar el acceso a los servicios de salud en las zonas con dispersión geográfica?

Teniendo en cuenta los aspectos señalados en la pregunta anterior sobre inaccesibilidad de las poblaciones dispersas de la Costa Pacífica a los servicios de salud (5.2.1), FEDESALUD proponía una serie de soluciones y hacía recomendaciones a los órganos de Dirección del Sistema en su estudio de 2005.

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 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 geoproyección 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 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 tememos 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.

5 .2. 3. Con relación a las personas que padecen algún tipo de discapacidad, el ente ministerial afirmó que la base de datos es diligenciada a través del auto-reporte, pero que existe la posibilidad de que se presenten errores en la inscripción y por ello no coincida con los datos disponibles en la Base Única de Afiliación -BDUA- en su opinión ¿es el auto-reporte el mecanismo idóneo para lograr información confiable y real sobre la cobertura en dicha población?

Es cierto que la base de datos de la población discapacitada es diligenciada a través del auto-reporte, por lo cual no existe sólo “la posibilidad de que se presenten errores en la inscripción”, sino certeza absoluta sobre la cobertura parcial de este tipo de registro, que incluye menos del 3% de la población, si simplemente se compara su cobertura en algunas regiones con las tasas de prevalencia de discapacidad provenientes del CENSO para el total de la población (6.3%), mayor en hombres (6,6%) que en mujeres (6,1%).

El autoreporte, por tanto, NO es el mecanismo idóneo para lograr información confiable y real sobre la cobertura en dicha población. Si bien este registro parcial ha sido de gran utilidad para el conocimiento de la problemática de discapacidad en el país, presenta serios vacíos en la cobertura de los grupos poblacionales de mayores ingresos o más alta posición social, del régimen contributivo y los regímenes especiales, como se demostró en el estudio “La discapacidad, huella de la Inequidad Social en Bogotá”, del Centro de Investigaciones para el Desarrollo, CID. Universidad Nacional de Colombia 2010 (Martínez Félix 2008)⁴.

Las razones del registro parcial no son distintas de las que aquejan a todo el Sistema de Información del SGSSS, que se desarrollan en respuesta a otra pregunta.

5. 2. 4. En caso de que su respuesta al punto anterior sea negativa señale ¿Cuál sería el mecanismo que debería implementar el Ministerio con el fin de conocer en tiempo real el grado de cobertura y el acceso con calidad y oportunidad a los servicios de salud no sólo por parte de las personas que padecen alguna discapacidad, sino también por el resto de la población?

En respuesta a los interrogantes planteados por la Honorable Corte Constitucional en el Auto 278, referido al seguimiento de las ordenes vigésima primera y vigésima segunda de la sentencia t-760 de 2008, la Comisión de Seguimiento a la sentencia T-760 del 2008 y de

⁴ Martínez Félix 2008 “La discapacidad como huella de la inequidad social en Bogotá”, en “Inequidad social en salud, El caso de Bogotá”. Restrepo Dario (E). Colección la seguridad social en la encrucijada. Secretaría Distrital de Salud. Centro de Investigaciones para el Desarrollo, Facultad de Ciencias Económicas. Universidad Nacional de Colombia, Oficina de Comunicaciones CID, Bogotá. 2010. ISBN 978-958-719-390-9.

Reforma Estructural del Sistema de Salud y Seguridad social – CSR-, la Fundación para la investigación y Desarrollo de la Salud y la Seguridad social -FEDESALUD- y la Fundación Ifarma , indicaban:

Por su parte, un estudio de FEDESARROLLO (FEDESARROLLO 2012)⁵, señala, en algunos apartes (pag. 97):

.....Complementario a lo anterior, el Ministerio de Salud y Protección Social no ha dispuesto de un sistema de monitoreo y seguimiento integral del sector salud.

.....En conclusión, los sistemas de información existentes no permiten hacer un seguimiento y monitoreo sistemático en un sector que administra más de \$43 billones anuales en 2011. Con la información disponible las autoridades nacionales no pueden utilizarla, por ejemplo, para calificar y discriminar las EPS por la gestión que adelanten....

Y en la página 152:

El problema de la información en el sector no es marginal. El sector gasta \$45 billones al año y sus numerosos sistemas de información aún no dan cuenta en forma sistemática del impacto del sector, de la eficiencia del gasto, de las razones de su dinámica ni de la situación financiera de sus principales actores, entre otros. En este orden de ideas, la información no permite tomar decisiones de corto plazo; por ejemplo, no hay indicadores claros sobre la calidad del servicio entre las entidades, aun cuando hay múltiple evidencia de grandes diferencias entre diferentes EPS e IPS.

Poco tiempo después de la puesta en marcha de la Ley 100 de 1993 el Ministerio de Salud puso fin al Sistema Nacional de Información en Salud, subsistema o régimen del Sistema Nacional de Salud creado en 1975 que permitió contar con información de las actividades de salud del país en el sistema público. Este sistema no sólo registraba sistemáticamente la morbilidad, sino todas las acciones de prevención y atención en salud, además de ser la base para la planeación, formulación de políticas, programación y presupuestación.

En reciente publicación que evalúa la política de gratuidad de los servicios para niños y ancianos en los hospitales públicos del Distrito Capital (Martínez y Rodríguez 2012)⁶, se señala:

⁵ Núñez y Zapata 2012. La Sostenibilidad Financiera del Sistema de Salud Colombiano. FEDESARROLLO, Bogotá, 2012.

⁶ Martínez Félix, Rodríguez Oscar. “Evaluación de la política de gratuidad en hospitales públicos para poblaciones prioritarias definidas”, Capítulo VI, en Restrepo D. y Hernández M. (E) Inequidad en salud en Bogotá: convocatoria para la acción colectiva. Colección La seguridad social en la encrucijada. Tomo VII. Secretaría Distrital de Salud. Centro de Investigaciones para el Desarrollo, Facultad de Ciencias Económicas. Universidad Nacional de Colombia, Oficina de Comunicaciones CID, Bogotá. 2012. ISBN: 978-958-761-389-6

El flujo de información de los hospitales a las direcciones territoriales en salud, que hacía parte del Sistema de Información en Salud (SIS) en el Sistema Nacional de Salud, y que permitía la planeación de la salud pública y de la oferta de servicios, fue eliminado por el Ministerio de Salud, para proponer un flujo de información de las IPS a las EPS y de estas a la Dirección del Sistema. Desprovistas de la información básica para la planeación en salud y para la vigilancia en salud pública, las autoridades territoriales de salud siguen actualmente atadas de pies y manos para ejercer su responsabilidad con la salud de sus ciudadanos.

El Ministerio, al crear el nuevo flujo de información, había podido ordenar a las IPS que, al mismo tiempo que entregaban la información sobre servicios prestados a cada EPS, entregaran el consolidado de su información a las direcciones territoriales de salud respectivas. El hecho de que las autoridades territoriales quedaran sin información sobre lo acaecido en servicios de salud en su territorio e incluso sobre morbilidad atendida, que explica en buena parte la crisis de la salud pública del país, no fue entonces un efecto colateral de la nueva organización del Sistema, sino una decisión intencional para que las autoridades de salud no tuvieran ningún control sobre las EPS que operaban en su territorio. El proceso de privatización en marcha exigía que a los entes privados sólo los vigilara una instancia nacional y esta exigencia se impuso sobre las necesidades de salud pública de los colombianos.

Cabe citar al mismo Banco Mundial (Banco Mundial 1987), cuando señala que “Los sistemas de vigilancia en salud pública deben ser capaces de participar activamente: en la mejora del estado de salud de la población identificando y aportando análisis ajustados a la dimensión del problema y de la intervención; en el desarrollo de los sistemas información para la toma de decisiones en los problemas bien y mal estructurados; en la transformación de la información científica en información político-técnica para la toma de decisiones adecuadas a todos los niveles del sistema de salud, de manera que exista una correspondencia entre los niveles del sistema y los de decisión político administrativa.”

Vista la gravedad del problema de ausencia de información de las Direcciones Territoriales de salud, que permitiera la formulación de políticas, planes y programas de salud, de acuerdo con sus responsabilidades, y dada la enorme crisis de la salud pública, se intentó devolver a las autoridades territoriales la competencia sobre la información y la información misma mediante la Ley 715.

La ley 715 de 2001 señala entre las funciones de los departamentos, Artículo 43. Numeral 1.6. Adoptar, implementar, administrar y coordinar la operación en su territorio del sistema integral de información en salud, así como generar y reportar la información requerida por el Sistema. Igualmente señala entre las funciones de los municipios, Artículo 44 . Numeral 1.6 Adoptar, administrar e implementar el sistema

integral de información en salud, así como generar y reportar la información requerida por el Sistema.

Desde 2002, la dirección del SGSSS se negó a implementar el mandato de la Ley 715 de 2001, que pretendía devolver a las autoridades sanitarias territoriales la información básica sobre la morbilidad de sus territorios que permitiría un proceso mínimo de ordenamiento de sus prioridades en salud y posibilitaría la planeación en salud y la vigilancia epidemiológica.

Sin embargo, no quiere decir lo anterior que el Ministerio de Salud no cuente con suficiente información para evaluar el acceso de la población de los servicios de salud. La información entregada por las EPS al Ministerio de Salud para el cálculo de la UPC integra una base de datos que permite conocer con bastante precisión cuantos servicios se prestaron a los ciudadanos del régimen contributivo o subsidiado en cada municipio o departamento del país, por cada EPS y por tanto permite evaluar el acceso real a los servicios.

En respuesta a los interrogantes planteados por la Corte Constitucional en el auto 278, referido al seguimiento de las ordenes vigésima primera y vigésima segunda de la sentencia t-760 de 2008. Comisión de Seguimiento a la sentencia T-760 del 2008 y de Reforma Estructural del Sistema de Salud y Seguridad Social – CSR-, la Fundación para la Investigación y Desarrollo de la Salud y la Seguridad social -FEDESALUD- y la Fundación Ifarma, se citaban estos apartes:

El estudio de la Universidad Nacional sobre la UPC para la CRES (Universidad Nacional 2011)⁷ presenta sus recomendaciones sobre el manejo de información en la metodología utilizada para el cálculo de la UPC, que utiliza esta información procedente de las EPS.

RECOMENDACION

Como se ha reiterado en este documento es necesario contar con unas bases de datos de las cuales se conozca con absoluta precisión su contenido, por ello es importante generar unos mecanismos para lograr esa garantía.

En primer lugar se debe lograr que los generadores de la información cumplan los requerimientos que el organismo regulador requiere. No es posible flexibilizar la entrega de la información porque ello distorsiona o impide la realización de los cálculos. En esa dirección vale la pena explorar mecanismos de incentivos o de sanciones para que los aseguradores se preocupen por brindar información oportuna, homogénea y veraz.

⁷ Informe del Cálculo de la Unidad de Pago por Capitación. Nota Técnica. Universidad Nacional de Colombia Concurso de Méritos con Precalificación No. 01 De 2010. Unidad Administrativa Especial Comisión de Regulación en Salud (CRES). Bogotá, Marzo 15 de 2011.

De otra parte, hay que señalar que la información recopilada en la base de datos, en las declaraciones de gastos de los representantes legales de las EPS y los estados financieros, procede exclusivamente de las EPS de los regímenes contributivo y subsidiado. Es decir, las EPS se constituyen actualmente en la única fuente de información disponible en la práctica para el cálculo de la UPC y algunos aspectos de la regulación del sistema de aseguramiento en salud, lo que en términos analíticos no brinda la posibilidad de contrastación empírica. Esta característica crea un reto futuro tanto para el análisis como para la tarea de rectoría del Sistema, en tanto debe generarse un proceso que permita contrastar la información de prestadores y aseguradores, acercándose a un modelo dinámico capaz de registrar cada servicio prestado y su pago en línea y tiempo real, en lugar de la integración de un conjunto de registros con amplio retraso y proveniente de una sola fuente.

Con base en lo expuesto, una propuesta de Sistema de Información para el Cálculo de la UPC en un cercano futuro debe permitir acercarse progresivamente a un flujo dinámico y permanente de información sobre pagos efectivos realizados por las EPS a los prestadores. Un horizonte del flujo de información es el registro en línea de los centros de pago de las EPS para que todos los pagos a los prestadores queden registrados en el momento mismo de realizarse. Este sistema debería tener igualmente comunicación en línea con la DIAN, al igual que el de ventas del comercio, para garantizar los pagos de impuestos de los prestadores. Esta posibilidad aseguraría por demás la veracidad de la información sobrepagos a las IPS y otros proveedores. Igualmente, debe generarse una tendencia a la disminución de la exclusiva dependencia de la información reportada por los aseguradores, por ello es preciso crear procesos que permitan entre tanto contrastar la información reportada por las EPS, por mecanismos de muestreo aleatorios de soportes documentales o por búsqueda orientada de los mismos sobre la identificación previa por expertos de posibles errores o irregularidades en los datos o gastos reportados.

La transición hacia el Sistema debe comenzar con la reducción de los tiempos de presentación de la información. Un periodo anualizado no es oportuno y posibilita mayor manipulación de la información. El periodo de presentación de la información debe ser trimestral en primera instancia y mensual posteriormente hasta que finalmente pueda operar en línea y en tiempo real.

La reducción a periodos trimestrales y posteriormente mensuales de los servicios prestados y causados contablemente trae de inmediato una serie de ventajas, que se enumeran a continuación:

1.- Reducción de las pérdidas de información y de la posibilidad de su manipulación.

2.- Posibilidad de evaluar los cambios drásticos en los volúmenes y costos de los servicios por razones epidemiológicas o de otra índole (cambios en variables económicas o innovaciones tecnológicas o terapéuticas) que puedan afectar la operación del Sistema, de modo que el regulador pueda observar oportunamente los fenómenos y responder con igual oportunidad.

3.- Conocimiento de los fenómenos estacionales de demanda de servicios, así como construcción de series de frecuencias y gastos por los distintos de rubros que permitan proyectar en un plazo menor el comportamiento de las distintas variables. Una evolución trimestral desestacionalizada permitirá construir una serie que dé lugar a proyecciones válidas estadísticamente en menos de cinco años, mientras que para obtener la misma serie con datos anualizados se requerirán 20 años. Por supuesto es posible con la inclusión de registros de fechas de autorización, prestación, facturación, glosas efectivas y pago de los servicios construir proyecciones estadísticas válidas en menor tiempo, pero no se resuelven los dos puntos anteriores.

Reiteramos, para finalizar este punto, lo señalado por la Universidad Nacional, en el sentido de que el sistema de información existente en la actualidad, en estas condiciones de falta de oportunidad, facilita la manipulación y no permite un adecuado control de los distintos escenarios en que se desenvuelve el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Igualmente en el sentido de que deben cerrarse progresivamente los tiempos de información, hasta contar con un sistema de información en línea que no pueda ser acomodado. Además que permita verificar si los pagos registrados por los aseguradores han sido realmente recibidos por los prestadores, verificación mínima que actualmente no se realiza.

De esta forma, los responsables de la regulación en la Dirección del SGSSS podrán revisar mensualmente los indicadores de gestión y tomar las medidas correctivas necesarias, cuando haya lugar, para evaluar el comportamiento de los indicadores de los actores EPS/EPSS que presentan indicadores por fuera de rango de “normalidad” (muy bajos o extremadamente altos), entender el origen de estas variaciones, (si corresponden a coberturas específicas (medicamentos, hospitalización, etc., o corresponden a grupos de edad específicos o zonas geográficas, etc.), para poder intervenir sobre los factores que inciden en el comportamiento no deseado o simplemente recaudar información para tomar decisiones posteriores sobre la UPC.

Debemos agregar adicionalmente que para garantizar transparencia en la información y así mismo en las decisiones del Ministerio de Salud, la información sobre afiliados y servicios en todo el país debe ser pública, accesible para todos los investigadores del sector salud, en la totalidad de sus microdatos, por supuesto “anonimizados” para conservar los derechos ciudadanos a la privacidad de la información sobre su estado de salud.

La información pública permitirá igualmente a los estudiosos el control de los fenómenos de morbilidad en el país, así como sobre la calidad de la respuesta de prestadores y aseguradores ante distintas situaciones de morbilidad.

Finalmente permitirá conocer con precisión el funcionamiento del mercado en términos de tarifas pagadas por actividad y hacer visibles las desviaciones graves en que incurran aseguradores y prestadores en los costos de los servicios. Los responsables de la regulación en la Dirección del SGSSS así podrán hacer seguimiento a la aplicación de las medidas correctivas recomendadas o exigidas a la EPS/EPSS u otro actor del Sistema que presenta resultados por fuera del “rango de normalidad”.

La información abierta a los estudiosos enriquecería el conocimiento sobre la realidad del comportamiento de aseguradores y prestadores, así como sobre la realidad en acceso diferencial a los servicios en cada municipio del país, acelerando de esta forma la solución a los graves problemas del Sistema.

El estudio antes citado de la Universidad Nacional (Universidad Nacional 2011), señaló que no es suficiente el análisis detallado del gasto por parte de EPS, regiones o tamaño de municipios, grupos poblacionales o tipo de servicios, realizado anualmente para el cálculo de la UPC, sino que es necesario que adicionalmente la metodología incluya **indicadores de gestión**, de modo que el estudio anual no se convierta simplemente en un cálculo de suficiencia de la UPC, (es decir para determinar si a las EPS les alcanza o no el dinero recibido per cápita para garantizar su equilibrio financiero), sino que incluya, como señala la Corte Constitucional en su pregunta, **el rigorismo técnico necesario para asegurar que los servicios de salud del POS podrían prestarse con calidad y oportunidad por las EPS:**

Señala el citado estudio:

3. INDICADORES DE GESTION

A continuación se describe la estructura y las características que posee una herramienta eficiente (la cual en adelante denominaremos indicadores de gestión), que sirve para para conocer, analizar e interpretar las frecuencias en la prestación de los servicios y los gastos incurridos en el Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS, en función de la necesidad de modulación y regulación, consiguiendo adicionalmente la información que servirá de base para proyectar los parámetros básicos de las variables aleatorias que se utilizaran en el cálculo técnico de la UPC del periodo que se desea proyectar.

El propósito principal de los indicadores de gestión es el de proveer al ente regulador y también a los actores del sistema (las distintas EPS, EPSS e IPS) de una herramienta que permita conocer el desempeño, las tendencias, las desviaciones y la distribución de los beneficios, no solo a nivel global (todo el sistema en conjunto) sino también a nivel desagregado de cada uno de los actores que intervienen en el sistema, permitiendo establecer el impacto financiero que cada una de las coberturas (conjuntos agrupables y agrupados de prestaciones) tiene sobre la UPC.

Para desarrollar la estructura de los elementos acá expuestos (coberturas, grupos de edad, género, zona de residencia), se analizó la estructura utilizada en los estudios

llevados a cabo por la Society of Actuaries, en su Comité de Morbilidad y Mortalidad, así como por el Centro de Control y Previsión de Enfermedades en sus Estadísticas Vitales y de Salud, la SOA, la cual podría catalogarse como la entidad rectora del desarrollo técnico de los estudios de seguros de salud en Estados Unidos, formó desde los años 50, un comité para llevar a cabo análisis estándares sobre la evolución y desempeño de los seguros de salud, así como también para efectuar estudios de morbilidad que sirvan al mercado para contar con elementos precisos de morbilidad que sirvan de base para el cálculo de sus productos.

Los indicadores de gestión acá propuestos, desarrollan aún más los elementos presentados en los mencionados estudios, proveyendo un seguimiento continuo (12 cálculos del promedio móvil de 12 meses) para cada una de las coberturas propuestas. En las explicaciones que se dan a continuación sobre los parámetros de los indicadores de gestión, se definen y contrastan cada uno de ellos con los estudios anteriormente enunciados.

A partir de la concepción del funcionamiento del sistema de aseguramiento en salud a través de la gestión del riesgo, el cálculo de la UPC no puede limitarse a la estricta contabilización de cada una de las erogaciones en que incurren las EPS para atender a sus afiliados. De ahí se deriva que el desafío del regulador no consiste en estimar cuanto gastaron las EPS sino que luego de revisado el comportamiento del gasto reportado –como se puede hacer a través de los indicadores de gestión–, debe definir una UPC que dada una estimación del riesgo sea adecuada para garantizar el funcionamiento del sistema.

En el mismo sentido que el estudio de la Universidad Nacional, podemos señalar que los estudios anuales de la UPC que lleva a cabo el Ministerio de Salud nuevamente siguen siendo estudios de suficiencia, para buscar un equilibrio entre los ingresos y los gastos de los aseguradores y que se ha perfeccionado este tipo de cálculo al igual que el cálculo del equilibrio financiero del Régimen Contributivo (proyección de ingresos y gastos de la Cuenta de Compensación) para definir la UPC, pero que dichos estudios del Ministerio **continúan sin incluir indicadores de gestión (con o sin rigorismo técnico) para asegurar que los servicios de salud del POS podrían prestarse con calidad y oportunidad por las EPS**, como señala la Corte Constitucional en su pregunta.

Adicionalmente, la no disponibilidad pública de la información detallada, impide a los centros de estudio construir y hacer seguimiento de la gestión del Sistema y a la calidad y oportunidad de los servicios recibidos por la población según régimen, EPS, territorio, edad u otras variables de análisis.

En conclusión, queda claro que el Ministerio de Salud dispone de la información, como también quedan claros los ***“mecanismos que debería implementar con el fin de conocer en tiempo real el grado de cobertura y el acceso con calidad y oportunidad a los servicios de***

salud no sólo por parte de las personas que padecen alguna discapacidad, sino también por el resto de la población”: *Bastaría con que utilice la información de que dispone actualmente, mejore progresivamente la oportunidad de los reportes, pero sobre todo se estructure a partir de la misma información los Indicadores de Gestión sobre prestación de servicios a la población asegurada.*

Debemos precisar finalmente el llamado a que esta información sea pública y no permanezca oculta a los estudiosos del sector, pues la no disponibilidad pública de dicha información detallada –por supuesto anonimizada-, impide a los centros de estudio construir y hacer seguimiento de la gestión del Sistema y a la calidad y oportunidad de los servicios recibidos por la población según régimen, EPS, territorio, edad u otras variables de análisis. Pero, por sobre todo, evidencia falta de transparencia, al no querer evaluar ni permitir evaluar a otros el comportamiento de las EPS y la realidad de la prestación de los servicios de salud, bajo este mercado del aseguramiento. Esta falta de transparencia, siempre determinada y sostenida por la Dirección del Sistema, ha sido la característica fundamental del SGSSS desde su implementación. La consecuencia lógica de impedir el conocimiento de la realidad, no puede ser otra que el evitar los efectos transformadores de la información y el conocimiento, verdaderos motores de transformación social.

Como señalara una publicación del Observatorio de Equidad en Calidad de Vida y Salud de Bogotá (Secretaría de Salud -CID 2007):⁸

“La OPS⁹ reconoce que la información que se transforma en evidencia de una situación inequitativa en determinado aspecto de salud debe traducirse en acciones de los niveles de decisión política dirigidas a disminuir la inequidad y, finalmente, eliminarla..... La documentación objetiva de las desigualdades en salud es un aspecto fundamental para la definición de dichas acciones y en tal sentido el fortalecimiento de la capacidad analítica de datos e información sobre las inequidades en salud es una condición indispensable. Una vez que se han instrumentado las intervenciones específicas, los mismos métodos de medición y análisis servirán para la vigilancia y evaluación de su impacto en la salud.”

“El papel del conocimiento es precisamente derrumbar visiones parciales y limitadas de la realidad, abrir nuevas puertas, en este caso develar las consecuencias reales de la organización social en daños a la salud. Tradicionalmente estos fenómenos se estudian sin relacionarlos con las ventajas o desventajas sociales, por lo que se

⁸ Martínez Félix “Enfoque para el análisis y la investigación sobre equidad-inequidad en salud”, en Restrepo Dario (E) Equidad y Salud. Debates para la Acción Colección la seguridad social en la encrucijada. Secretaría Distrital de Salud. Centro de Investigaciones para el Desarrollo, Facultad de Ciencias Económicas. Universidad Nacional de Colombia, Gente Nueva Editorial, Bogotá. 2007. ISBN 978-958-701-932-2.

⁹ OPS. La situación de salud en la región de las Américas. Informe Anual del Director. Washington. 1998.

acaban considerando propios del azar, simplemente causados por agentes del medio o, en síntesis, “naturales”..... Por tanto, el nuevo conocimiento alimenta y propicia la transformación de la sociedad.”

5. 3. Condiciones de infraestructura hospitalaria

5.3.2. En su experiencia ¿el Registro Especial de Prestadores de Servicios –REPS- permite evaluar los avances o retrocesos que en materia de infraestructura hospitalaria haya en el país? De ser negativa su respuesta indique ¿mediante qué mecanismos sería posible evaluar, en tiempo real, el conjunto de elementos y/o servicios a través de los cuales está siendo prestado el servicio de salud?

Desde nuestra experiencia, debemos responder que el **Registro Especial de Prestadores de Servicios SI permite evaluar los avances o retrocesos que en materia de infraestructura hospitalaria hay en el país.** Adicionalmente permite conocer la adecuación o inadecuación de cada tipo de servicio para una población determinada, en un territorio determinado.

Por supuesto, es necesario aclarar que los registros, guardados en las bases de datos, no se traducen en un método de evaluación sobre la capacidad de la infraestructura de servicios de salud, pues se precisa que esta información sea estudiada por expertos y sea relacionada con las características de la población en cada territorio.

El Ministerio de Salud, en folios 457 a 451, o folios 25 a 59 de su respuesta al Auto 099 de la Corte Constitucional, se limita a extraer de la base de datos un número de servicios ambulatorios y hospitalarios habilitados en cada departamento, así como un número de consultorios independientes habilitados para prestar servicios.

Un informe como el contenido en los folios señalados podría interpretarse, o bien como incapacidad -de los encargados de responder el cuestionario- para procesar la información que la Corte Constitucional requiere, o bien como intencionalidad de no procesar dicha información, para no responder con claridad sobre la pregunta de fondo, es decir la capacidad de la infraestructura disponible para responder a la necesidades de servicios de la población.

El simple hecho de no utilizar denominadores poblacionales para generar indicadores de disponibilidad de cada servicio por mil o diez mil habitantes, es inaceptable técnicamente en un Sistema de Salud e inaceptable como respuesta de un Ministerio de Salud.

Para evidenciar lo anterior basta citar como ejemplo el documento Oferta y acceso a los servicios de salud en Costa Rica: estudio basado en un sistema de información geográfica (GIS) Instituto de Investigaciones en Salud (INISA) De la Universidad de Costa Rica, San José, Costa Rica. Proyecto de investigación subvencionado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), de Noviembre de 1998, disponible en Internet bajo la dirección

<http://ccp.ucr.ac.cr/bvp/pdf/accops/acceso-ops.pdf>. El documento es un ejemplo de como un Ministerio hace la tarea para analizar la suficiencia de la red de servicios. En algunos apartes señala:

Conocer la oferta y la demanda de servicios de salud y la confluencia de estos dos elementos en la accesibilidad de la población a los servicios es imprescindible para diseñar, dar seguimiento y evaluar el impacto de la reforma del sector salud actualmente en marcha. La mejora de la equidad en el acceso a los servicios es un objetivo central de la reforma, cuyo seguimiento y evaluación requiere una medición y análisis rigurosos. El presente estudio hace uso de la nueva tecnología de los sistemas de información geográfica (GIS) para efectuar estas mediciones, evaluar el impacto de la reforma en la equidad de acceso y dar directrices para mejorarla.

La reforma del sector salud en Costa Rica se ha iniciado en áreas periféricas, de menor nivel socioeconómico, con una población más dispersa y con menor acceso a servicios y en las cuales los establecimientos de salud son de menor tamaño y menor complejidad. Sin embargo, gracias fundamentalmente al establecimiento de los EBAIS, la reforma ha reducido la brecha en la equidad de acceso. La proporción de población con acceso deficiente o inequitativo a los servicios de salud pasó de 20% a 15% en las áreas pioneras que iniciaron la reforma en 1995.

En cambio, en las áreas que no se ha producido la reforma, la proporción con acceso deficiente se ha mantenido en alrededor de 3,5%. El progreso en las áreas de la primera ola de la reforma fue, sin embargo, mínimo en la equidad de acceso medida por la distancia al establecimiento más cercano. Esto sugiere que las ganancias se han debido, no tanto a la apertura de nuevos establecimientos, sino a la mejora de los existentes, especialmente con la creación de los EBAIS.

El análisis de información sobre uso de los servicios de salud recolectada en una muestra representativa de 3.400 hogares de todo el país permitió definir un índice de acceso a los servicios en el que cada establecimiento recibe una ponderación según su cercanía y tamaño.

El efecto de “fricción de distancia” es más fuerte en las áreas rurales. Además, los hospitales reciben una mayor ponderación, en tanto que los centros, puestos y consultorios comunales reciben una menor ponderación que las clínicas. El índice también da una mayor ponderación a los que tienen EBAIS y una menor a los inaugurados en épocas recientes. Estas ponderaciones fueron calibradas con modelo de regresión logística condicional de las probabilidades de elección de establecimiento por los hogares en la encuesta. Este índice de acceso es un avance sobre medidas más tradicionales de acceso como la distancia o el tiempo de viaje al establecimiento más cercano o la densidad de servicios en un área administrativa.

El análisis de uso de los servicios mostró que apenas una tercera parte de la población va al establecimiento más cercano. Hay, por ejemplo, una fuerte preferencia por el servicio que brindan los hospitales aunque éstos se encuentren más lejos (en las áreas aún no reformadas, casi la mitad de las consultas ocurren en hospitales). También la población prefiere los establecimientos con EBAIS. Estos hallazgos demuestran las deficiencias de indicadores tradicionales de acceso, que se centran en el establecimiento más cercano, y justifican el índice desarrollado en el presente estudio.

El mapeo de los niveles de acceso en todas las localidades del país mostró que las deficiencias e inequidades del acceso a los servicios tienden a localizarse en áreas periféricas. Además existe una alta concentración de población con acceso deficiente hacia el sudoeste del Valle Central en las regiones de los Santos y Acosta.

Este estudio ha mostrado la necesidad de que Costa Rica organice un sistema mínimo de información de la oferta de servicios de salud que permita conocer por lo menos los establecimientos que están en funcionamiento. Ha mostrado también la factibilidad y utilidad de usar los GIS para dar seguimiento y evaluar el proceso de reforma y la equidad en el acceso a los servicios. Este GIS permite evaluar distintos escenarios de modificaciones en la oferta y, de este modo, dar directrices para optimizar la toma de decisiones respecto a la localización de nuevos establecimientos y de medidas alternativas para mejorar la equidad de acceso.

Cuadro 3. Acceso: densidad de servicios por habitante

Servicios de Salud	Total	Sin reforma a Junio/98	Reforma 1996-98	Reforma 1995
Camas por 10.000 hab.	16	24	9	5
Horas MD por 100 hab., 1998	67	68	62	68
Habitantes por EBAIS	---	---	4 396	3 879
Horas MD por 100 hab., 1994	65	70	57	62

Cuadro 4. Acceso al establecimiento de salud más cercano 1994 y 1998

Establecimiento de salud más cercano	Total	Sin reforma a Junio/98	Reforma 1996-98	Reforma 1995
<u>Situación en 1998</u>				
Distancia mediana (Km)	1.16	1.10	1.28	1.35
A 4 km o más (%)	8.3	3.6	12.9	14.9
<u>Situación en 1994</u>				
Distancia mediana (Km)	1.20	1.10	1.51	1.53
A 4 km o más (%)	8.9	3.4	14.3	16.3
<u>Variación 1994-98</u>				
Distancia mediana (Km)	-0.04	0.00	-0.23	-0.18
A 4 km o más (%)	-0.6	0.2	-1.4	-1.4
<hr/>				
Tamaño establecimiento más cercano (horas MD/semana)	198	289	79	96
Van al más cercano (%)	31	27	33	38

Cuadro 7. Índice de acceso a servicios médicos 1994 y 1998

Índice de Acceso	Total	Sin reforma a Junio/98	Reforma 1996-98	Reforma 1995
<u>Situación en 1998</u>				
Mediana índice de acceso*	126	153	83	59
Inequidad en acceso (%)**	8.2	3.4	12.9	14.6
<u>Situación en 1994</u>				
Mediana índice de acceso*	114	144	69	42
Inequidad en acceso (%)**	10.7	3.6	17.4	20.3
<u>Variación 1994-98</u>				
Mediana índice de acceso*	12	9	14	17
Inequidad en acceso (%)**	-2.5	-0.3	-4.4	-5.7

*Unidades: horas médico anuales en radio de 1 km por 1.000 personas

**Porcentaje bajo el umbral de 10 horas MD

De tal modo que la información sobre disponibilidad de servicios no tiene utilidad alguna para analizar el acceso si no se relaciona con un territorio, es decir no se geo-referencia y se asocia con una población, para producir indicadores por habitante según variables de aseguramiento en nuestro caso y otras características socioeconómicas, que permiten finalmente evaluar la oferta de servicios y las inequidades en el acceso entre regiones y entre grupos sociales. Todo ello es posible a partir del Registro Especial de Prestadores con que cuenta el Sistema. Así lo demostró el estudio “Barreras geográficas y equidad en el acceso a los servicios de salud en el distrito capital” del Centro de Investigaciones para el Desarrollo. Universidad Nacional de Colombia. (CID 2012) ¹⁰

La investigación realizada a partir de la información del Registro Especial de Prestadores, es la primera que permite observar las deficiencias en la oferta de servicios a las poblaciones del Distrito Capital, según localización geográfica y posición social. Un análisis clásico de la equidad en el acceso a los servicios de salud se relaciona con la accesibilidad geográfica, dada la concentración de servicios de salud de mediana y alta complejidad en zonas urbanas y, dentro de ellas, en barrios o comunidades con mayor capacidad adquisitiva.

En respuesta a los interrogantes planteados por la Corte Constitucional en el auto 278, referido al seguimiento de las ordenes vigésima primera y vigésima segunda de la sentencia t-760 de 2008. Comisión de Seguimiento a la sentencia T-760 del 2008 y de Reforma Estructural del Sistema de Salud y Seguridad Social – CSR-, la Fundación para la Investigación y Desarrollo de la Salud y la Seguridad social -FEDESALUD- y la Fundación Ifarma, se citaban estos apartes:

Adicionalmente a lo evidenciado en los territorios apartados y las poblaciones dispersas, sobre como la oferta de los servicios de salud, en manos del mercado, no llega hacia la población pobre, alejada de los centros urbanos, recientemente se ha encontrado evidencia de este indeseable efecto de alejamiento de los servicios de la población pobre, con grave insuficiencia en la disponibilidad y oferta de servicios básicos, incluso dentro de los grandes centros urbanos.

La publicación del CID de la Universidad Nacional relacionada con el Observatorio de Equidad para la Calidad de Vida y Salud de Bogotá (CID 2012), demuestra que el grave déficit de oferta de servicios de salud en las más grandes localidades del Distrito “hace pensar que la vida de millones de habitantes de Bogotá está en juego

¹⁰ Martínez, Félix (2012) “Barreras geográficas y equidad en el acceso a los servicios de salud en el distrito capital”. Capítulo V, EN Restrepo D. y Hernández M. (E) Inequidad en salud en Bogotá: convocatoria para la acción colectiva. Colección La seguridad social en la encrucijada. Tomo VII. Secretaría Distrital de Salud. Centro de Investigaciones para el Desarrollo, Facultad de Ciencias Económicas. Universidad Nacional de Colombia, Oficina de Comunicaciones CID, Bogotá. 2012. ISBN: 978-958-761-389-6.

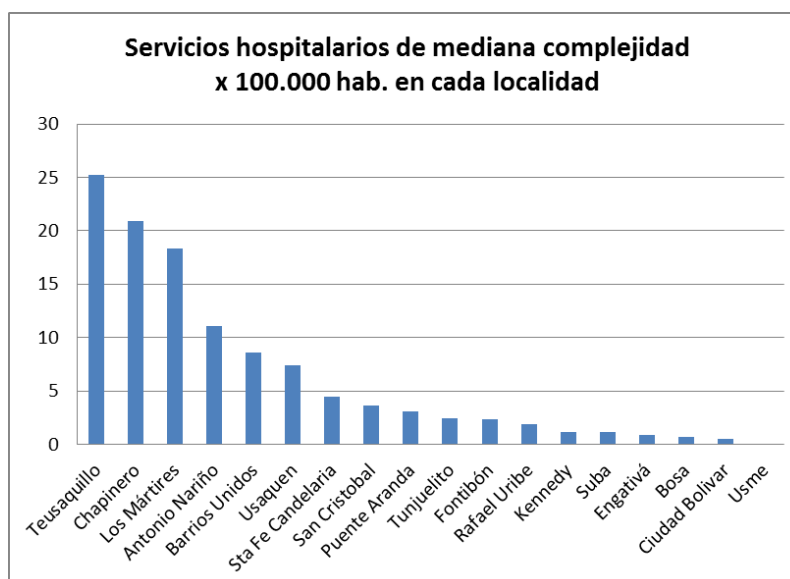
por la carencia evidente de servicios médicos y quirúrgicos hospitalarios de mediana complejidad para estas localidades”

Servicios Hospitalarios

La distribución por localidad de servicios hospitalarios habilitados por las IPS muestra un patrón similar a la de los servicios de consulta externa y apoyo diagnóstico, incluso con diferencias menos acentuadas en la distribución por localidad, lo que plantearía que la oferta de servicios hospitalarios tiene un patrón de comportamiento diferente, pues no se abren en conjunto tantos servicios de este tipo en las localidades con población de estratos más altos. Podría plantearse la hipótesis inicial de que la oferta no es tan elástica como la de los servicios previamente analizados, en función de los altos costos de inversión requeridos.

.....Sin embargo, al observar la disponibilidad de estos servicios x 100.000 habitantes en las distintas localidades, se encuentran nuevamente grandes desigualdades en mediana y alta complejidad (Gráficas 14 y 15). No se analiza la baja complejidad hospitalaria, pues no es propia de las ciudades sino de poblaciones marginadas, que tan sólo cuentan con médico general.

Gráfica 14



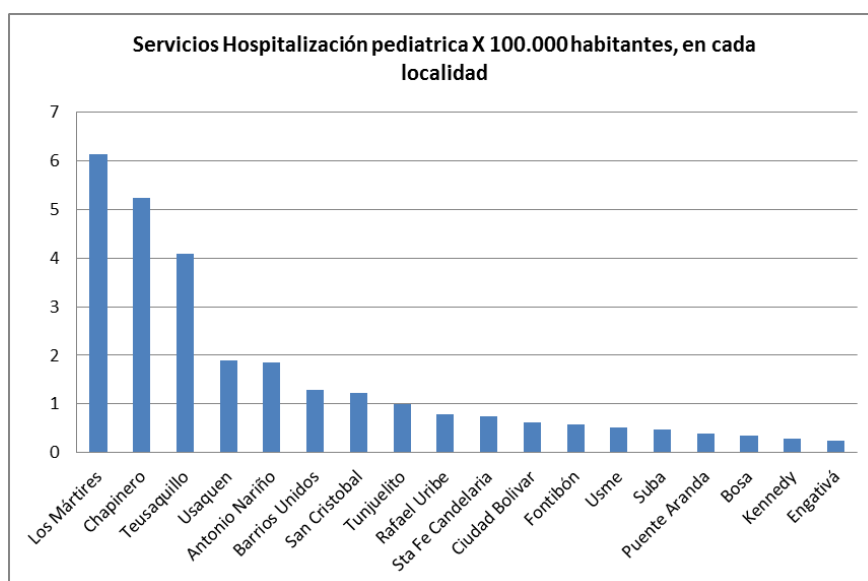
En este punto es importante señalar que en la norma internacional, el hospital básico, capaz de atender una urgencia médica o quirúrgica, como un apéndice, una cesárea, una fractura, un herida o trauma cerrado sangrante, o una neumonía infantil, que en nuestro país denominamos de segundo nivel o de mediana complejidad, debe estar ubicado cerca al lugar de residencia, para superar las barreras de acceso, garantizar los servicios y procurar la conservación de la vida en condiciones de urgencia.

La disponibilidad cercana a cero, por cien mil habitantes, de estos servicios en las localidades muy pobladas del occidente y sur de la ciudad en incluso en Suba, sumada a los graves problemas de movilidad, hace pensar que la vida de millones de habitantes de Bogotá está en juego por la carencia evidente de servicios médicos y quirúrgicos hospitalarios de mediana complejidad para estas localidades.

.....Pero las diferencias en la oferta se tornan verdaderamente preocupantes en cuidados intermedios y cuidados intensivos pediátricos, servicios inexistentes en la práctica en las localidades con mayor población del occidente y sur de la ciudad, justamente las localidades con mayor concentración de población de 1 a 17 años, como se comprobará más adelante.

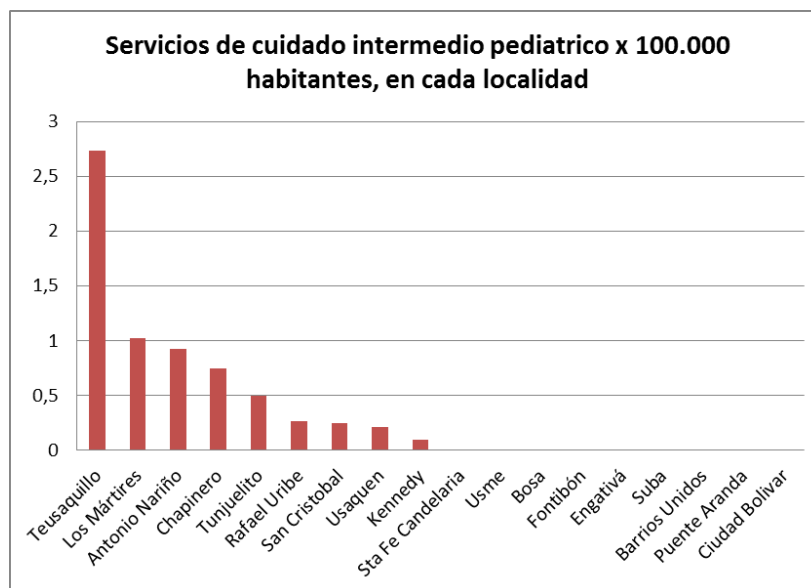
Expresados en disponibilidad por cien mil habitantes (entre tanto se analiza por población infantil), los servicios de hospitalización pediátrica por cien mil habitantes dejan en notoria desventaja por mínima oferta de servicios a las localidades con mayor población y esto resulta especialmente crítico para las familias con niños residentes en estas localidades. (Gráfica 26)

Gráfica 26



Una vez más la situación se torna totalmente desigual respecto a la disponibilidad por cien mil habitantes de servicios pediátricos de cuidado intermedio y cuidado intensivo por localidad. (Gráficas 27 y 28).

También, una vez más, la inexistencia práctica de servicios de cuidado intermedio y cuidado intensivo pediátrico en las localidades con mayor población del occidente y sur de la ciudad, plantea una situación crítica para garantizar la conservación de la vida en las localidades que no cuentan con estos servicios, en caso de accidentes graves, donde el posibilidad de acceder a un respirador puede marcar la diferencia entre la vida y la muerte, situación que hace también muy vulnerables estas poblaciones en picos epidémicos frecuentes de enfermedades respiratorias.

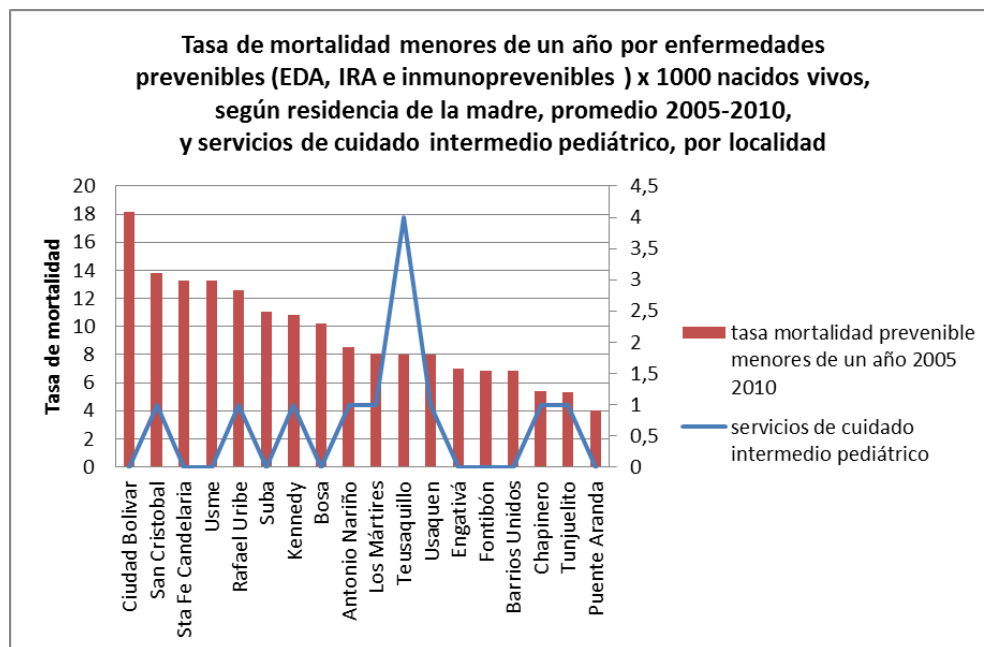
Gráfica 27

Es necesario agregar que esta inexistencia de servicios en las grandes localidades también implica una necesidad de desplazamiento para obtener los servicios y visitar a los hijos hospitalizados, lo que en resumen constituye una vez más una barrera, geográfica y económica y una diferencia en términos de derechos de estas poblaciones.

En cuanto a los servicios pediátricos, es preciso señalar adicionalmente otro agravante: el hecho de que estos se encuentran concentrados en las localidades donde hay menos nacimientos y menor mortalidad infantil. Por el contrario, en las localidades más pobladas del occidente y sur de la ciudad, son deficitarios en términos generales, muestran menor disponibilidad por cien mil habitantes, así como menor disponibilidad en relación con los nacidos de cada localidad.

Del mismo modo, las localidades con mayor natalidad y mortalidad infantil por enfermedades prevenibles, cuentan en general con el menor número de servicios pediátricos con capacidad de resolución, o incluso con ninguno, como el caso de Ciudad Bolívar, localidad con la mayor mortalidad de menores de un año por este tipo de enfermedades. (Gráfica 29)

Gráfica 29



Y en las conclusiones el estudio del Observatorio de Equidad señala:

Otros estudios ya habían revelado hace algunos años que el aseguramiento no garantizaba el acceso de las poblaciones pobres y subsidiadas a la prestación de servicios, por ejemplo los realizados también por el CID de la Universidad Nacional sobre este régimen (Arévalo y Martínez 2002)¹¹, o los adelantados por FEDESALUD en relación con las poblaciones dispersas (Martínez y otros 2005)¹², o los realizados por el Cendex de la Universidad Javeriana. (Acosta 1999)¹³ (Peñalosa y otros 2002)¹⁴.

En los resultados de la investigación se sintetiza la enorme inequidad de una sociedad cuya oferta de servicios, en todos los servicios analizados en las IPS registradas y habilitadas en el Distrito, se aleja consistentemente de la población más pobre y por tanto más necesitada en términos de salud.

¹¹ Arévalo Decsi y Martínez Félix (E), "¿Ha mejorado el acceso en salud?" Colección La Seguridad Social en la encrucijada, Tomo I, Centro de Investigaciones para el Desarrollo, Universidad Nacional de Colombia. Ministerio de Salud. Bogotá, 2002

¹² Martínez Félix y otros. *El Sistema de Seguridad Social en Salud en la Región Pacífica Colombiana, La problemática de la población dispersa*. Martínez Félix y otros. FEDESALUD Bogotá, 2005. ISBN 958-33-7830-5

¹³ Acosta y otros *Entorno, Aseguramiento y Acceso en el Régimen Subsidiado en Colombia*. 1a. ed.- Santafé de Bogotá. Agosto de 1999. 222 p. Cendex, Fundación Corona y Fundación Ford.

¹⁴ Peñalosa y otros. *Propuestas de ajuste a la Política del Régimen Subsidiado de Salud en Colombia*. 1a. ed.- Bogotá: CEJA, 2002. 145 p. Banco Interamericano de Desarrollo BID, Fundación Corona, Fundación Social, Cendex, Pontificia Universidad Javeriana.

Queda demostrado, a partir de los documentos citados, la posibilidad de ligar la información sobre establecimientos y servicios disponibles, por una parte a una población y a un territorio y por otra a la demanda de servicios, para analizar la suficiencia de servicios y la accesibilidad a los mismos. Igualmente que con base en el Registro especial de Prestadores es posible analizar con profundidad la oferta de servicios de salud en el país y que la respuesta dada por el Ministerio a la Corte Constitucional en este aspecto no reúne mínimamente el nivel técnico esperado de una entidad rectora de la salud en cualquier país.

Más aún, FEDESALUD tiene formulado desde hace años un proyecto de investigación para “Establecer las condiciones de inequidad en el acceso a los servicios de salud relacionadas con el grado de desarrollo de la oferta, tipo de infraestructura y disponibilidad tecnológica institucionales, en diferentes regiones del país, a partir del Registro Especial de Prestadores, entre otros con los siguientes objetivos específicos:

1. Evaluar la disponibilidad de servicios de salud por tipo y nivel de complejidad en las regiones y departamentos, a partir del análisis de la Base de Datos del Registro Especial de Prestadores (base de habilitación), en 2005 y 2011.
2. Construir indicadores por diez mil habitantes sobre disponibilidad de servicios claves, servicios intermedios y servicios de apoyo, tanto públicos como privados para cada región y departamento.
3. Analizar la inequidad en el acceso geográfico a los servicios de salud por departamento, considerando variables de posición social y tiempos y costos de desplazamiento.
4. Hacer recomendaciones de gestión y legislación para mejorar las situaciones que evidencien mayores inequidades.

Sin embargo el proyecto de investigación, aunque resulta prioritario para el país, como lo señala la Corte Constitucional, no ha podido ser desarrollado por falta de recursos. Pero está claro que es posible realizar tal estudio a partir del Registro Especial de Prestadores.

5.3.1. En su concepto ¿las condiciones de infraestructura hospitalaria reportadas por la entidad ministerial, son suficientes para garantizar la existencia de cobertura universal? En caso de que no lo sea justifique su respuesta.

FEDESALUD reitera que se requieren análisis y estudios como los señalados en el punto anterior, perfectamente factibles y viables de realizar, para dar respuesta completa a esta pregunta. Para el caso de Bogotá, específicamente, el estudio citado sobre la base de prestadores demuestra la insuficiencia e inadecuación absoluta de servicios para los habitantes del Distrito.