



Bogotá, Diciembre 10 de 2018

Srs. Magistrados

CORTE CONSTITUCIONAL

At. Dra. MARTHA VICTORIA SÁCHICA MÉNDEZ

Secretaria General

Honorables Magistrados:

En 2011, el Presidente de FEDESALUD fue nombrado perito de la Corte Constitucional para el seguimiento a la sentencia T-760 de 2008 y en Diciembre de 2014, Mediante Auto 386 de 2014, la Honorable Corte Constitucional ratificó a FEDESALUD como Perito Constitucional Voluntario. A pesar de que FEDESALUD ha colaborado en muchas ocasiones respondiendo las inquietudes de la Corte (no en todos los casos debido a sus limitados recursos), Fedesalud no fue invitada a la audiencia pública en el marco del seguimiento a la Sentencia T-760 de 2008.

Sin embargo, su Presidente se inscribió y asistió y considera pertinente, a partir de lo escuchado en la audiencia, hacer llegar a la Corte Constitucional algunos elementos de juicio relacionados con el primer tema tratado, el acceso a los servicios. La Corte considerará si es

dable recibirlos de parte de una entidad no invitada, dado que en la Convocatoria a audiencia pública en el marco del seguimiento a la Sentencia T-760 de 2008 estableció:

Cuarto.- INVITAR como ASISTENTES a las instituciones y organizaciones enlistadas en el numeral 13 de los considerandos de esta providencia. Cada uno de los invitados podrá allegar a la Secretaría General de la Corte Constitucional el resumen escrito de su participación a más tardar el 11 de diciembre de 2018.

Se adjuntan a continuación los argumentos que considera pueden aportar, en relación con el acceso a los servicios.

Respetuosamente



FÉLIX LEÓN MARTÍNEZ MARTÍN

Presidente FEDESALUD

Acceso a los servicios

Muy pronto en el desarrollo de la normatividad del Sistema se hizo la transición de un seguro todo riesgo (modelo del Instituto de Seguros Sociales) a un seguro de contenidos explícitos, con la expedición de unas resoluciones con listas restringidas de procedimientos y medicamentos del Plan Obligatorio de Salud. Tal decisión se originó en la precisión contractual exigida por los aseguradores privados y redujo el derecho a la salud de los

colombianos a un manual de procedimientos (y un listado de medicamentos) basado en el viejo manual de tarifas del Seguro Social, para la contratación entre aseguradores y prestadores.

El objetivo de los aseguradores fue controlar la autorización de la prestación de cada servicio detalladamente, para frenar el gasto por este mecanismo. El efecto en la contraparte contractual, las clínicas y hospitales, fue convertir en mercancía de fácil facturación cada servicio de salud detallado (dado que la rápida circulación o valor de cambio es la condición intrínseca de una mercancía) para poder facturar rápidamente y lograr liquidez en la ejecución de los contratos. Todos los servicios están sujetos a autorización y facturación previa, lo que acaba significando siempre la dilación de estos. La crítica más dura al Sistema no es aquella que repite *la salud es un derecho, no una mercancía*, sino la que define al Sistema mismo, no como un sistema de salud, sino como un *sistema de facturación*.

Pero aun cuando los ciudadanos logran salir de una EPS con el papel de la autorización u orden de servicio en la mano, se ven enfrentados en innumerables ocasiones con agendas cerradas en las clínicas u hospitales (dado que el contrato con la EPS establece un valor o número de servicios máximo para el mes), por lo que son rechazados y se les indica que deben regresar a solicitar el servicio el primer día del siguiente mes, temprano en la mañana, momento en que se reparten las pocas citas disponibles para el correspondiente periodo. O bien, lo que es más frecuente, se encuentran con la negación del servicio porque la EPS no ha pagado las deudas a la IPS. Lo grave es que, en ocasiones, la clínica u hospital que les niega el servicio es la única institución de mediana o alta complejidad que ofrece la EPS en una región determinada y la gente se ve obligada a desplazarse hacia ciudades lejanas (si cuenta con los recursos) para no quedarse sin atención.¹

Se entendería que la remisión de un paciente consiste en programar y conseguir la atención que el médico le ha ordenado en la clínica u hospital correspondiente, agenciando debidamente las necesidades del usuario y no simplemente como el proceso administrativo

¹ El Hospital de Girardot fue entregado en concesión a una empresa privada y en el 2017 tuvo cerrados los servicios por muchos meses a la EPS Convida, a la que estaba afiliada la mayoría de la población de la región. Pero ejemplos como este se repiten por todo el país.

de expedir una orden escrita, dejando al afiliado la responsabilidad de conseguir en dicha institución la atención que requiere.

Las consecuencias que se derivaron de tan intensa mercantilización de los servicios son, por una parte, la duda permanente sobre la cobertura y o posibilidad de autorización o facturación de tal o cual procedimiento o insumo incluido en el plan (manual de tarifas), dado el permanente cambio tecnológico, y, por otra, la pérdida de la continuidad e integralidad del servicio (atributos de la calidad en salud), dada la necesidad de autorización y facturación detallada de cada actividad y procedimiento. No parecen ajustarse a esta lógica de rápida circulación (como lo hacen los medicamentos o los procedimientos diagnósticos) los largos procesos de rehabilitación ni los complejos mecanismos de atención para pacientes crónicos. Más bien, los enfermos debieron ajustarse a las necesidades del mercado y se vieron en la obligación de demandar repetidamente autorizaciones de servicios.

Aun después de la expedición de la Ley Estatutaria de la Salud, en 2015, que eliminó la barrera que constituía el Plan de Salud detallado mediante las listas de procedimientos y medicamentos y reivindicó la autonomía de los médicos, que ya no podrían ser coartados en su ejercicio profesional por IPS o EPS, el sistema de autorizaciones y facturación previa sigue vigente y constituye el más grande obstáculo que enfrentan los ciudadanos para acceder a los servicios.

Las eternas trabas burocráticas (directas o indirectas) para controlar el gasto no serían un problema si se tratara de servicios en los que no está en juego la salud y la vida, como repetidamente ha señalado la Corte Constitucional. Las demoras y negaciones de atención médica indispensable causan mayor angustia y dolor a los ciudadanos y sus familias que las originadas en cualquier otro servicio público o agencia del Estado, por ello el sector salud encabeza la proliferación de tutelas por violación de derechos de los colombianos.

El incentivo perverso hacia la negación o postergación de servicios en el pago por capitación

El arreglo institucional por el cual el Estado colombiano ha pretendido (con cierto facilismo) delegar la organización y prestación de los servicios de salud a particulares (sin desprenderse, claro está, de la obligación de garantizarlos a los ciudadanos), consiste en entregar una población y unos recursos por cada ciudadano (*per capita*) a un administrador-asegurador privado que se encargaría de organizar y contratar a su vez la prestación de servicios; es decir, se contrata a las EPS mediante un pago por capitación para proveer un Plan de Beneficios, contrato y pago asimilables (pero no iguales, como se señalará), a un contrato y a una prima de seguros. Así, “estas instituciones tendrían el incentivo de controlar el gasto del Sistema, en función de lograr mayor utilidad del contrato de aseguramiento y agenciamiento de los servicios de salud” (Martínez, 2016, p. 58)ⁱ.

Según el propio Ministerio de Salud (2013)ⁱⁱ, dicho arreglo institucional se ha traducido en múltiples barreras de acceso a los servicios de salud:

[...] Las barreras administrativas suceden en dos niveles: en la relación del asegurador-prestador-afiliado y en la relación entre el Fondo de Solidaridad y Garantía en Salud (Fosyga) y la EPS. En cuanto a la primera, los excesivos trámites (e. g. la autorización para la prestación de los servicios) a cargo del afiliado y la limitación en los canales de comunicación se han convertido en barreras para el usuario, a la vez que es una forma de controlar el gasto. La ECV² del año 2011 determinó que el segundo aspecto que más influye en la calidad del servicio que reciben los usuarios de sus respectivas EPS son los trámites excesivos y dispendiosos. (Ministerio de Salud, 2013) [...]

Como forma de constatar las “irregularidades” permanentes del Sistema de Seguridad Social en Salud, pueden verse las exposiciones de motivos de los intentos de reformas posteriores a la Ley 100:

² Encuesta de Calidad de Vida.

[-] Al leer entre líneas la Ley 1122 de 2007, se encuentra un artículo para exigir que las poderosas EPS de los dos regímenes cumplan el Código de Comercio y paguen los intereses de mora, como corresponde a las demás empresas y ciudadanos³. Otro para tratar de lograr que entreguen información al regulador. Uno más para controlar la integración vertical ¿o para legalizarla? Allí mismo se mencionan las negativas a prestar servicios, negativas por parte de las EPS que ponen en riesgo o amenazan la salud del usuario; negativas injustificadas o negligencia demostrada para cubrir las obligaciones para con sus usuarios; presiones y condicionamientos a los profesionales de la medicina y las IPS; la selección adversa y la selección de riesgo de los usuarios por parte de las EPS; menoscabo al derecho del afiliado a la libre escogencia de IPS, etc. No son opiniones de críticos del Sistema, pues todo ello está escrito en los documentos justificatorios de las leyes aprobadas por el Congreso o implícitos en las leyes mismas. (Martínez, 2016, p. 59) [-]

La negación de servicios y las barreras administrativas señaladas hacen que los ciudadanos recurran a la tutela, mecanismo que, como se indicó, fue establecido en la Constitución colombiana para defender los derechos de los ciudadanos, entre ellos el derecho a la salud. Adicionalmente, han sido constantes las denuncias de los medios de comunicación sobre graves complicaciones y muertes originadas en las negaciones o tardanzas excesivas en las autorizaciones de servicios. Los resultados se observan en la prensa a diario y también en la masiva instauración de tutelas por parte de los ciudadanos para conseguir la atención en salud requerida, reiteradamente negada, diferida o burlada. Se calcula que desde el inicio de la Ley 100 de 1993 estas superan los tres millones.

En el Informe Anual de la Defensoría del Pueblo (2015)ⁱⁱⁱ, se reportan 118.281 tutelas, una cada 4 minutos, que representa el 23,7% del total de las acciones jurídicas interpuestas; y de estas el 70% corresponde a solicitudes de tecnologías y tratamientos que debían ser garantizadas por el Plan Obligatorio de Salud. Por otra parte, durante el 2015 las EPS reportaron 311.231 negaciones de servicios de salud: 248.959 en el régimen contributivo y

³ El recién elegido presidente Duque, planteó en su programa de gobierno que las EPS tendrán que reducir la deuda a más de noventa días y que el atraso no justificado en los pagos se considerará morosidad, como si no existiera la norma legal del Código del Comercio.

62.272 en el subsidiado (Defensoría del Pueblo, 2015). Para el 2017, el total de tutelas en salud ascendió a 191.778, según el Ministerio de Salud (2018)^{iv}, de las cuales un 60,3% correspondieron a servicios no prestados con la oportunidad requerida y un 27,4%, a servicios negados. O sea que 4,2 de cada 1000 afiliados al Sistema tuvieron que acudir a la justicia para que se les garantizase el acceso al servicio de salud requerido (en el 90% de los casos ordenado por médico). Los jueces, por su parte, concedieron todo lo solicitado en el 65,7% de los casos y lo otorgaron parcialmente en el 20,3%. Un 7,6% fueron negadas por haberse superado la barrera de acceso antes del fallo y un 0,2%, por muerte del demandante. Tan solo el 6,2% de las tutelas fueron consideradas improcedentes.

En consecuencia,

[...] es necesario precisar que las EPS y las antes llamadas Administradoras del Régimen Subsidiado, o las hoy llamadas en conjunto genéricamente Administradoras de Planes de Beneficios (APB), no pueden considerarse aseguradoras, en todo el sentido de la palabra, aunque supuestamente reciban una prima por garantizar un Plan de Beneficios. No pueden ser asimiladas a compañías de seguros por la potestad que tienen de autorizar o negar servicios a los pacientes. Un asegurador paga siniestros, puede exigir medidas de prevención, puede negar el pago cuando considera que las reclamaciones son fraudulentas, pero no tiene la potestad de no permitir que el riesgo suceda, como si lo tienen estas entidades de seguridad social en Colombia. De hecho, en otros países como República Dominicana, con un régimen contributivo de seguridad social similar, las Administradoras de Riesgos de Salud no pueden dilatar ni impedir el acceso directo al especialista de los pacientes, ni limitar las órdenes diagnósticas y terapéuticas dadas por los facultativos. De hecho, también las aseguradoras colombianas permiten a sus afiliados, en los planes complementarios, el acceso directo al especialista. (Martínez, 2016, p. 59) [-]

La Defensoría del Pueblo también denuncia esta situación:

[...] Esta potestad de negar servicios o posponerlos por mil mecanismos burocráticos y el incentivo perverso implícito, que supone la posibilidad de ganar más dinero en la medida que no se autoricen o se pospongan las autorizaciones de atención especializada o procedimientos diagnósticos y terapéuticos, en especial de mediana y

alta complejidad, es la causa fundamental de las denuncias públicas y de los millones de tutelas presentados por los ciudadanos ante la justicia por el derecho a la salud y la vida, para exigir la prestación de servicios. (Defensoría del Pueblo, 2009)^v [-]

El incentivo perverso está implícito en el contrato con pago *ex ante* por capitación y aunque la negación o postergación de servicios obedezca muchas veces a razones técnicas o administrativas justificadas, dado el ánimo de lucro permitido a las administradoras, ha sido y será interpretada casi siempre por los ciudadanos como intento de aumentar las ganancias, interpretación claramente ligada al arreglo institucional que, en suma, ha acabado por deslegitimar a las mismas entidades que creó.

[-] No en vano se ha acuñado el término despectivo *muertos de Ley 100*, para designar a las muertes de pacientes que por innumerables factores de tipo normativo o fáctico no recibieron en forma oportuna o eficiente los servicios de salud o de atención en salud correspondientes, por parte de las entidades responsables de administrar, financiar o de prestar tales servicios [...]. Asimismo, son numerosas las personas que han muerto en el transcurso de los procesos de acción de tutela, y que pretendían hacer eficaz la promesa constitucional de protección de la salud. (Gañan, 2013, p. 25)^{vi} [-]

Fedesalud considera, en consecuencia, que el sistema de autorizaciones existente es contrario al mandato de la Ley Estatuaria y debe proscribirse, por haberse convertido en el mecanismo fundamental para la violación del derecho a la salud, al obligar a los pacientes a acudir a determinadas oficinas de la EPS (en ocasiones muy lejanas) para solicitar una orden o autorización de servicios, o la simple transcripción de lo ordenado por el médico, mecanismo burocrático que resulta absolutamente innecesario en servicios básicos, dada la autonomía y capacidad del profesional médico para ordenar los servicios de apoyo diagnóstico y complementación terapéutica (laboratorios, radiografías, medicamentos, etc).

En muchos otros Sistemas de salud el paciente es informado simplemente sobre el laboratorio, la farmacia o la IPS que le prestará los servicios ordenados por el médico. La facturación es un problema interno entre la IPS y la IPS y no puede ser trasladado a los ciudadanos.

Para los servicios de mayor complejidad el Sistema de Autorizaciones debe ser convertido en un Sistema de Referencia de Pacientes, de acuerdo con la norma técnica. Se entiende que la remisión de un paciente consiste en programar y conseguir la atención que el médico le ha ordenado en la clínica u hospital correspondiente, agenciando debidamente las necesidades del usuario y no simplemente como el proceso administrativo de expedir una orden escrita, dejando al afiliado la responsabilidad de conseguir en dicha institución la atención que requiere.

Las falencias en la prestación de servicios a la población dispersa. Los negocios médicos muestran aversión a los pobres [t3]

Una década después de puesta en marcha la reforma “promercado” 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” (Martínez *et al.*, 2005)^{vii}, que analizaba la situación de salud en el departamento del Chocó y la región de Tumaco del departamento de Nariño (donde la mayoría de sus habitantes, afroamericanos, también reúnen las características de población inaccesible en términos geográficos y culturales hacia los servicios de salud), se

señalaba que “no existe en la práctica ninguna estrategia de atención que acerque los servicios a los ciudadanos” (p. 15).

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 una 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. (Martínez y otros, 2005, p. 6) [-]

En el 2015, nuevamente Fedesalud, en respuesta al auto 408 de 2014 de la honorable Corte Constitucional, señala:

[-] 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–. (Fedesalud, 2015a, pp. 15-16)^{viii}4 [-]

Fedesalud, igualmente, en respuestas auto 47 de 2015 y convocatoria a Sesión Técnica de la Honorable Corte Constitucional, señalaba:

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

⁴ La Corte Constitucional llegó a ordenar en el 2015 acciones urgentes y una intervención coordinada de las instituciones de Gobierno ante la ausencia de medidas estatales integrales y pertinentes para enfrentar los obstáculos en el acceso a la prestación de los servicios de salud del departamento del Chocó, especialmente en el hospital San Francisco de Asís.

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. (Fedesalud, 2015b, p. 6)^{ix} [-]

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, se pueden revisar los 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 años⁵ 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 el 2010 y el 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.

Dada la reiteración de estas situaciones, la Ley Estatutaria de 2015, en su artículo 24, establece el deber de garantizar la disponibilidad de servicios en zonas marginadas:

[-] El Estado deberá garantizar la disponibilidad de los servicios de salud para toda la población en el territorio nacional, en especial, en las zonas marginadas o de baja

⁵ Ver los “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” del Ministerio de Salud y Protección Social, año 2005 en adelante.

densidad poblacional. La extensión de la red pública hospitalaria no depende de la rentabilidad económica, sino de la rentabilidad social. [-]

Por primera vez, un poder del Estado le dice claramente a otro, el Ejecutivo, que la rentabilidad social de las instituciones hospitalarias está por encima de las consideraciones sobre rentabilidad económica, en estos casos.

[-] En nuestro país, los derechos sociales y la protección social no logran reducir la desigualdad originadas en la historia de exclusión a un nivel admisible. En suma no logran modificar la historia de exclusión y apenas actúan como paliativo. Quiere decir ello que no son capaces de desdibujar o compensar el peso del pasado, ni las desigualdades del presente, para hacer menos desiguales las condiciones del futuro. No alcanzaron ni siquiera “el derecho a tener derechos” (Marshall 1949) los miles de niños pertenecientes a las comunidades indígenas que murieron los últimos años en el departamento de La Guajira. La Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) dictó medidas cautelares en protección de niños y adolescentes de las comunidades Wayú de los municipios de Uribia, Manaure, Riohacha y Maicao. La decisión se basó, según la CIDH, en que los cobijados con estas medidas estarían en riesgo de salud por desnutrición y por la presunta falta de acceso al agua, situación que, señala la Comisión, habría causado la muerte a 4770 niños de esa comunidad indígena durante ocho años.

Igual sucede con los niños de comunidades indígenas del Chocó y a muchos más de los grupos sociales más postergados. Nutrición deficiente, condiciones sanitarias precarias, imposibilidad de construir salud, ciudadanos sin posibilidades de futuro. Condenados antes de nacer, por ser hijos de condenados por la historia de exclusión. ¿Cuál igualdad de estatus? ¿Cuáles derechos mínimos? Tan sólo el vergonzoso espectáculo de la diferencia en el valor de la vida, del desprecio por la vida de las clases marginadas. (Martínez, 2017, p. 162)^x [-]

En 2018, en respuesta a las muertes de niños de la etnia wayú, la Corte Constitucional declaró el estado de cosas inconstitucional en el departamento de La Guajira, para proteger el derecho

a la vida, a la salud (fundamentales de los niños) y a la igualdad, y hacer cumplir lo establecido en convenciones internacionales sobre derechos humanos y de los niños por conexidad. La Corte estableció que:

[...] El derecho a la salud es esporádico o incluso inexistente para algunas comunidades wayuu. Los niños y niñas que sufren de desnutrición encuentran dificultades en la atención en salud debido a un modelo de atención inadecuado para las zonas rurales dispersas, la falta de disponibilidad de la red hospitalaria y los problemas administrativos. Por ende se deben fortalecer la totalidad de infraestructura en salud que garantice tanto el acceso como la prestación idónea del servicio, creando redes de servicios que traspasen las barreras de acceso en las zonas rurales dispersas. (Sentencia T-302 del 2017) [...]

Adicionalmente a lo ya evidenciado en los territorios apartados y con las poblaciones dispersas sobre cómo la oferta de los servicios de salud (determinada por el mercado) no llega hacia la población pobre, alejada de los centros urbanos, recientemente se ha encontrado evidencia más fuerte de este indeseable efecto del alejamiento de los servicios de la población pobre, en una investigación realizada precisamente en Bogotá, la concentración poblacional más grande del país, que supera los ocho millones de habitantes.

La investigación “Barreras geográficas y equidad en el acceso a los servicios de salud en el distrito capital” (Martínez, 2012)^{xi} 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. Según la investigación,

[...] Este hecho parece haberse tornado más crítico en nuestro país, donde la oferta de servicios de salud hace décadas no se desarrolla mediante una planificación cuidadosa, en función de las necesidades de servicios de la población, y se ha dejado

a cargo de la “mano invisible” del mercado, bajo el supuesto de que a la oferta de servicios seguiría la demanda. (Martínez, 2012, p. 241). [-]

La investigación demuestra que los habitantes de las localidades (comunales o colonias) con mayor población cuentan con una disponibilidad mucho menor de servicios de consulta externa general y especializada en las IPS por cada 100.000 habitantes, lo que implica en primera instancia una necesidad de desplazamiento para obtener los servicios (concentrados en otras localidades que tienen un excedente, de estos servicios para su población), lo que, en resumen, constituye una doble barrera, geográfica y económica, para el acceso a los servicios.

Agrega la investigación:

[-] Cabe destacar que si bien podría justificarse en algún grado la concentración de algunos especialistas en zonas de la ciudad, el hallazgo de una gran desigualdad en disponibilidad de servicios de consulta de primer nivel de complejidad es prueba de que la igualdad establecida por la cobertura de la seguridad social de estos servicios en el Régimen Contributivo y en el Subsidiado, no se ha traducido en una igual oportunidad para el acceso a los servicios básicos, ni en razón de que esté disponible su pago mediante un seguro, ni en virtud de la demanda supuestamente generada por el sistema prepago de aseguramiento.

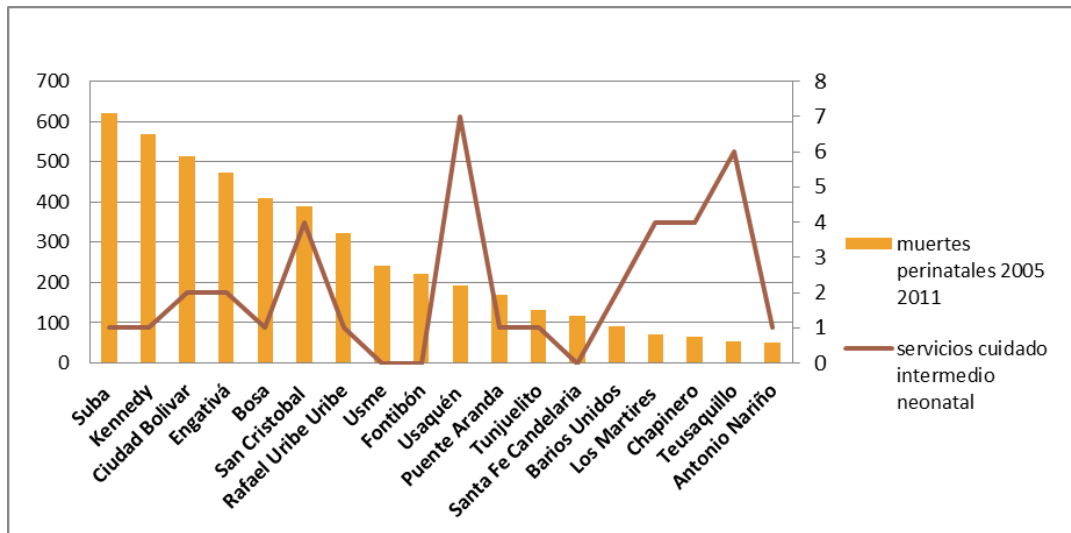
Los servicios hospitalarios para la población adulta repiten el patrón de distribución por localidad de los servicios hospitalarios en conjunto, concentrados en las localidades del norte de la ciudad con población de mayores recursos, fenómeno que se acentúa cuando aumenta el nivel de complejidad a segundo y tercero, es decir, cuidados intermedios y cuidados intensivos, servicios que empiezan a desaparecer prácticamente en las localidades más pobres del sur de la ciudad.

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 de edad. 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 en el caso de Ciudad Bolívar, localidad con la mayor mortalidad de menores de un año de edad por este tipo de enfermedades. (Martínez, 2012, pp. 268-269) [-]

Gráfico 8: Muertes perinatales 2005-2011, según residencia de la madre, y servicios de cuidados intermedios perinatales, por localidad



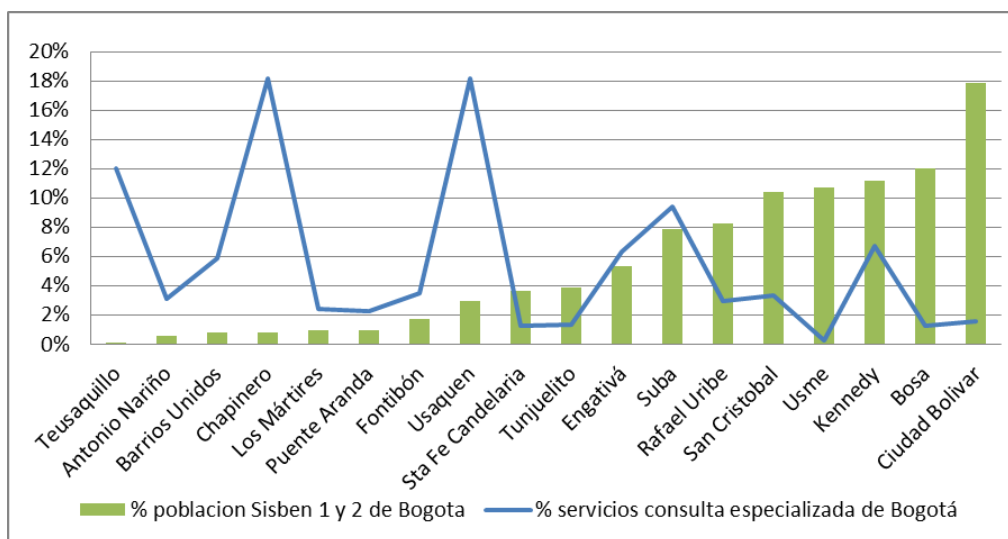
Fuente: Martínez (2012 p. 275).

Posteriormente la investigación desarrolla un análisis de equidad con una variable “proxi” de posición social, aquella utilizada precisamente por el Estado para determinar cuáles familias se encuentran en condición de pobreza y requieren subsidios de salud o de otros sectores. Se

utilizó la población identificada por el Sisbén en los niveles 1 y 2, según cifras de la propia Secretaría de Salud para el 2011, con el fin de observar la relación entre concentración de población pobre y la oferta de servicios por localidad.

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.

Gráfico 9. Porcentaje de servicios de consulta especializada de la ciudad y porcentaje de población pobre clasificada como Sisbén 1 y 2 de la ciudad, en cada localidad



Fuente: Martínez (2012, p. 279).

La investigación, en sus conclusiones, deja abierta la pregunta de cómo asigna y distribuye el mercado, pues, supuestamente, el aseguramiento universal y por tanto la garantía de la demanda previamente financiada iban a garantizar el acceso igualitario y sin discriminación de la población a los servicios.

[...] Tal convencimiento sobre la asignación eficiente del mercado llevó al Ministerio de la Protección Social incluso a crear una Dirección de la Oferta y otra de la Demanda, que son prueba de un confesionalismo total respecto a las teorías económicas en boga y al mismo tiempo de un reduccionismo absurdo sobreimpuesto a la complejidad del sector salud. Si la teoría decía que la oferta iba a seguir a la

demanda, y de esta manera el mercado iba a asignar con total eficiencia, ¿Por qué tan deprimentes resultados después de cerca de dos décadas de puesta en marcha la reforma pro mercado?

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)^{xii}, o los adelantados por Fedesalud en relación con las poblaciones dispersas (Martínez y otros 2005), o los realizados por el Cendex de la Universidad Javeriana. (Ruiz 1999)^{xiii} (Peñaloza y otros 2002)^{xiv}.

Los resultados de la investigación dejan sin duda grandes interrogantes sobre ¿Qué intereses y fuerzas deciden actualmente crear y ubicar un servicio de salud en la actualidad? ¿Acaso la comodidad de los profesionales? ¿Acaso la disponibilidad de recursos adicionales o complementarios a los del Sistema? ¿Por qué la oferta de servicios no sigue a la demanda ni siquiera en el régimen contributivo? Localidades con cerca de un millón de habitantes, con mínimos servicios x 100.000 habitantes como Engativá y Suba, e incluso Kennedy tienen a la gran mayoría de su población afiliada al Régimen Contributivo.

Igualmente cabe preguntar si ¿Puede el Estado desprenderse de la obligación de garantizar una oferta mínima de servicios que responda a las necesidades de los usuarios o si los esfuerzos son insuficientes para compensar el desastre en términos de desigualdad que este sistema genera? El estudio deja en claro por tanto la profunda responsabilidad y el enorme desafío del Estado, a nivel nacional y distrital, para corregir el desastre ocasionado por las tesis del mercado auto-regulado y las profundas desigualdades e inequidades generadas, algunas que rayan en un problema de derechos humanos, como el de los niños de Ciudad Bolívar. (Martínez, 2012, pp. 286 y 287) [-]

Otro ejemplo es el caso de departamentos con muchos municipios, como Cundinamarca, donde los hospitales de segundo nivel de atención que tenía el Sistema Nacional de Salud en cada provincia, fundamentales para garantizar la atención médica de la población sin barreras geográficas importantes, no se modernizaron y adaptaron a la tecnología necesaria para

prestar servicios hospitalarios de mediana complejidad (que hoy se definen como cuidados intermedios). Es decir que, ahora, en el siglo XXI, este segundo nivel de atención ya no define tecnología intermedia en la atención médica, como lo significaba en el siglo XX, dado que estos hospitales no avanzaron al ritmo del progreso tecnológico mundial en atención médica y quedaron relegados a servicios hospitalarios que hoy se definen técnicamente como de baja complejidad. Las pocas especialidades con que cuentan hoy caben en la nueva definición de atención básica del Sistema, formulada en el Modelo de Atención Integral en Salud (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016)^{xv}.

Esta postergación y abandono tecnológico de los hospitales accesibles a las poblaciones de muchas provincias de los grandes departamentos obedece igualmente al abandono financiero originado en la supresión de los recursos de oferta, junto con la poca posibilidad de obtener recursos suficientes por venta de servicios al Régimen Subsidiado en poblaciones menores de 100.000 habitantes. La política de prestación de servicios los condenó al atraso tecnológico y a la crisis financiera permanente como a toda la red de servicios básicos del país para las poblaciones pobres que no habitan las grandes ciudades.

La consecuencia es que las poblaciones de muchas provincias tienen ahora su vida en riesgo ante cualquier situación crítica de salud que requiera estándares de servicios hospitalarios de un nivel de complejidad mediano o alto, pues estos servicios se encuentran a muchas horas de transporte por carretera, tiempos no recomendables en las normas internacionales para garantizar la atención oportuna de un neonato complicado, un infarto o un politraumatismo, y, por tanto, para mantener con vida a los pacientes hasta poder trasladarlo a las unidades con la tecnología necesaria para controlar médicamente la situación crítica.

Datos del propio Ministerio permiten consolidar la argumentación sobre las graves diferencias en el acceso a los servicios de salud entre la población con capacidad de pago, afiliada al Régimen Contributivo y la población sin capacidad de pago afiliada al Régimen Subsidiado. Baste citar un párrafo del documento Análisis De Situación De Salud (ASIS) Colombia, 2017^{xvi}, que señala: “El 61,26% (363.659.143), de las atenciones se prestaron en el régimen contributivo y el 32,05% (190.225.858) en el régimen subsidiado. Es decir que la población afiliada a este último régimen, recibió entre 2008 y 2017 la mitad de los servicios que recibió la población afiliada al Régimen Contributivo, con similar número de ciudadanos.

Para completar el cuadro de inequidad social y prestación de servicios de salud, basta decir que en el último año el país presencia la inauguración de grandes clínicas de alta tecnología en Bogotá y otras grandes ciudades del país, con enormes anuncios en la prensa, en los cuales se deja claro a los ciudadanos que estas instituciones son únicamente para clientes privados de planes complementarios o de empresas de medicina prepagada. Es preciso aclarar, por supuesto, que de estas clínicas (que discriminan a los afiliados regulares del SGSSS) saldrán sin duda recobros por el uso de nuevas tecnologías y medicamentos innovadores de altísimo costo, contra los recursos públicos en el Fondo del SGSSS (Adress). Al fin y al cabo, los clientes privados están también afiliados al Régimen Contributivo y las aseguradoras privadas son también EPS, que no van a pagar de su negocio privado de medicina prepagada estos servicios de “mejor clase”, sino con los recursos de todos los colombianos.

El mensaje (subliminal) que reciben a diario los ciudadanos es que acceder a los servicios, supuestamente garantizados por la ley y la Constitución, seguirá siendo un viacrucis, a no ser que tengan dinero para pagar un plan complementario o una póliza prepagada. La realidad es que el Sistema de Salud “resultante” tiene tres o cuatro clases de clientes: los de primera categoría, con póliza de medicina prepagada; los de segunda, con plan complementario; los de tercera, que solo cuentan con el Plan Obligatorio del Régimen Contributivo; y los de cuarta, afiliados al Régimen Subsidiado. Las EPS recuerdan los ferrocarriles del siglo XIX en Europa, con vagones distintos para clases sociales diferentes.

ⁱ Martínez, Félix (2016). “Más mercado, menos equidad: Efectos de la privatización del Sistema de Salud de Colombia”. En Nelson Ardón (comp.), Memorias Congreso Internacional de Sistemas de Salud: Equidad, Calidad y Servicios de Salud. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana.

ⁱⁱ Ministerio de Salud y Protección Social (2013). Proyecto de Ley “Por medio de la cual se redefine el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones”. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social.

ⁱⁱⁱ Defensoría del Pueblo (2015). La tutela y los derechos a la salud y la seguridad social 2015. Bogotá: Defensoría del Pueblo.

^{iv} Ministerio de Salud y Protección Social (2018). Informe a la Corte Constitucional sobre cumplimiento de la Orden 30 de la sentencia T-760 de 2008. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social.

^v Defensoría del Pueblo (2009). La tutela y el derecho a la salud. 2006-2008. Bogotá: Defensoría del Pueblo.

-
- ^{vi} Gañán, Jaime (2013). Los muertos de la Ley 100: Prevalencia de la libertad económica sobre el derecho fundamental a la salud. Una razón de su ineficacia. Caso del Plan Obligatorio de Salud del Régimen Contributivo (POSC) (tesis doctoral). Universidad de Antioquia, Medellín.
- ^{vii} Martínez, Félix; Castro, Carlos Eduardo; Ordóñez, Inés Elvira; Valencia, Óscar, y Cuesta, Jenifer (2005). El Sistema de Seguridad Social en Salud en la región pacífica colombiana. La problemática de la población dispersa. Bogotá: Fedesalud.
- ^{viii} Fedesalud (2015a). Respuesta al Auto 408 de 2014 de la Honorable Corte Constitucional.
- ^{ix} Fedesalud (2015b). Respuestas Auto 47 de 2015 de la Corte Constitucional. Convocatoria a Sesión Técnica y Auto 48 de 2015.
- ^x Martínez, Félix (2017). “La Protección Social: bajo el velo de ignorancia”. En Óscar Rodríguez (ed.), La Protección Social bajo el reino del mercado. Colección Estudios sobre Protección Social. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- ^{xi} Martínez, Félix (2012). “Barreras geográficas y equidad en el acceso a los servicios de salud en el distrito capital”. En Darío Restrepo y Mario Hernández (eds.), Inequidad en salud en Bogotá: convocatoria para la acción colectiva. Colección La seguridad Social en la Encrucijada (tomo VII). Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, Centro de Investigaciones para el Desarrollo.
- ^{xii} Arévalo, Décsi y Martínez, Félix (eds.) (2002). ¿Ha mejorado el acceso en salud? Evaluación de los procesos del Régimen Subsidiado. Colección La Seguridad Social en la encrucijada (tomo I). Bogotá: Centro de Investigaciones para el Desarrollo, Universidad Nacional de Colombia.
- ^{xiii} Ruiz, Fernando (dir) (1999). Entorno, aseguramiento y acceso en el Régimen Subsidiado en Colombia. Bogotá: Cendex, Fundación Corona y Fundación Ford.
- ^{xiv} Peñaloza, Enrique [citado como “Peñaloza y otros”] (2002). Propuestas de ajuste a la política del Régimen Subsidiado de Salud en Colombia. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana.
- ^{xv} Ministerio de Salud y Protección Social (2016). Política de Atención Integral en Salud “Un sistema de salud al servicio de la gente”. Bogotá. Ministerio de Salud y Protección Social.
- ^{xvi} Análisis De Situación De Salud (ASIS) Colombia, 2017. Dirección de Epidemiología y Demografía, Ministerio de Salud, Bogotá, mayo de 2018