

La Sentencia T-760: ¿Qué ha pasado después de 10 años?

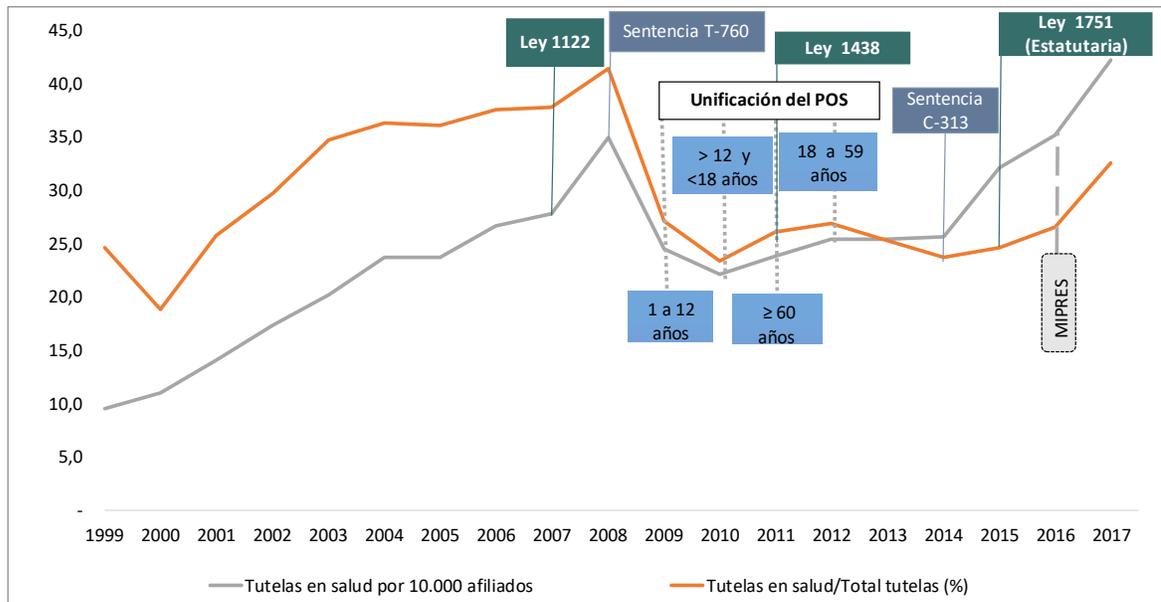


Gráfico 1. Colombia: tutelas en salud, 1999-2017 (% total tutelas y tasa por cada 10.000 afiliados).

Fuente: Defensoría del Pueblo (2018). Cálculos y elaboración del GES.

El Observador: una nueva publicación del GES

El GES es un grupo de investigación de la Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad de Antioquia, creado en 1997 para desarrollar la investigación, la docencia y la extensión en Economía de la Salud. Desde junio de 2001 el GES ha publicado 36 números del *Observatorio de la Seguridad Social*, un medio de divulgación de los avances y resultados de investigaciones, buscando brindar información sobre los avances de la reforma a la salud y a la seguridad social. Se destaca el seguimiento sobre la cobertura de la seguridad social, el acceso a servicios de salud, el financiamiento, la regulación y la evaluación económica de políticas y servicios de salud.

El Observatorio ha logrado posicionarse como una fuente de consulta por parte de diversos actores. Con la experiencia a lo largo de estos años, se pretende llevarlo a una plataforma virtual para facilitar la consulta permanente e interactuar con un público más amplio, y contribuir así a la formación de opinión en temas de políticas públicas sobre salud y seguridad social.

Manteniendo la publicación semestral del Observatorio, en formato digital e impreso, se da inicio a la publicación digital *Observador del GES*, que tendrá una periodicidad mensual. El Observador dará cuenta de asuntos de actualidad sobre salud y seguridad social, procurando contribuir a la formación de opinión y al debate y la toma de decisiones fundamentadas.

Este primer boletín está dedicado a la revisión de las órdenes impartidas por la Corte Constitucional mediante la Sentencia T-760 de 2008, a partir de la cual se reconoció la salud como un derecho fundamental autónomo. Se ilustra el significado de tales órdenes, se hace seguimiento de las mismas en torno a la universalidad, el acceso y la sostenibilidad financiera, y se discuten los cambios que en estos diez años se han presentado en el sistema de salud, para continuar la discusión sobre el alcance de sus metas en el marco del derecho a la salud.

Antecedentes: el desarrollo de la Ley 100 hasta 2008

La Ley 100 de 1993 introdujo cambios sustanciales a la seguridad social y al sistema de salud, como la estrategia de aseguramiento para garantizar la atención en salud a toda la población y la creación del Plan Obligatorio de Salud (POS), hoy Plan de Beneficios en Salud (PBS). El POS se constituyó en un mecanismo para hacer explícito un conjunto de servicios y tecnologías en salud a los que podía acceder la población de acuerdo a su régimen de afiliación (contributivo o subsidiado). Según la Ley 100, en el año 2000 todos los habitantes del país deberían estar afiliados al sistema, y progresivamente se unificarían los dos regímenes para que todos recibieran el mismo plan de beneficios.

Ante el incumplimiento de la meta de cobertura universal, lo cual se podría explicar debido a la crisis económica de 1998-1999 e incluso por lo ambicioso de la meta, la Ley 715 de 2001 estableció un período de transición de dos años para lograr la meta en cuanto a la inclusión de los afiliados al régimen subsidiado. Posteriormente, la Ley 1122 de 2007 definió el año 2010 como fecha límite para alcanzar la cobertura universal entre los niveles I, II y III del Sistema de identificación y selección de beneficiarios de programas sociales (SISBEN).

En cuanto a la unificación del plan de beneficios, prácticamente no se avanzaba debido a las dificultades fiscales del país y a las restricciones para transformar recursos que financiaban directamente a los hospitales (subsidios a la oferta) hacia el pago a las EPS por la afiliación (subsidios a la demanda). Aunque el plan debía ser revisado y actualizado por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, los ajustes habían sido pocos, destacándose la adopción del manual de medicamentos en 1997 y su posterior actualización en 2002, la política de atención integral de patologías de alto costo en 2003 y la aclaración y compilación de los contenidos del POS subsidiado en 2005 (GES, 2008).

Para el año 2008 se observaban logros importantes en materia de cobertura, pero el escenario era aún distante del previsto por la Ley 100. La población afiliada a los dos regímenes ascendía al 83,3%, y, como una medida de la brecha entre los contenidos de los planes de beneficios de beneficios, el valor del POS reconocido a la población subsidiada apenas significaba el 56,3% del POS contributivo.

Adicionalmente, pese de los avances en cobertura, la población se enfrentaba a muchas barreras al acceso. Una manera de examinar la problemática, en cuanto a negación de servicios o la falta de oportunidad, se refiere a las tutelas interpuestas por los ciudadanos para que un juez ordene su atención. Antes de 2008, la mayoría de las tutelas que se presentaban en el país se referían precisamente a salud (Ver gráfico 1). A pesar de los fallos impartidos, tanto por jueces como por la Corte Constitucional, no se superaban problemas que iban desde el acceso efectivo al sistema hasta la financiación de los servicios no incluidos en el POS, mostrando la incapacidad de los entes de control de adoptar decisiones para garantizar a los ciudadanos el goce efectivo de este derecho.

La sentencia T-760

La sentencia T-760/08 surgió como una respuesta de la Corte Constitucional ante los problemas sistémicos de acceso, la falta de supervisión y autorregulación en el sistema de salud. Para emitir la Sentencia, la Corte realizó un análisis de 22 tutelas, 20 interpuestas por ciudadanos a quienes se les vulneró el derecho a la salud, y dos interpuestas por la EPS Sanitas en contra del Consejo Superior de la Judicatura y del Ministerio de la Protección Social para solicitar claridad respecto a las reglas de recobro por prestaciones no incluidas en el POS, ante el Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga), hoy Administradora de los Recursos de Salud (ADRES), por cuanto el procedimiento existente constituía una barrera al flujo de recursos del sistema.

El contenido sustancial de la Sentencia 760 implicaba otorgarle a la salud el estatus de derecho fundamental autónomo, así que en adelante no sería necesario invocar su protección por conexidad con otros derechos fundamentales, como el derecho a la vida.

Teniendo como base normativa las leyes 100 y 1122, la Corte impartió dentro de la Sentencia una serie de órdenes generales que se agrupan en seis ejes temáticos: 1) Precisión, actualización, unificación y acceso a planes de beneficios; 2) sostenibilidad financiera y flujo de recursos; 3) cobertura universal y sostenible de los servicios; 4) medición del número de las tutelas; 5) reglamentación de las cartas de derechos y deberes de los usuarios, y de desempeño de las EPS; y 6) difusión de la sentencia entre los funcionarios judiciales (tabla 1).

Tabla 1. Colombia: Seguimiento órdenes de la Corte Constitucional referente a la Sentencia T-760 de 2008

Ejes temáticos / Orden	Orden N°	Nivel de Cumplimiento	Valoración emitida por la Corte en:
Precisión, actualización, unificación y acceso a planes de beneficios:			
Actualización integral del entonces POS	17	Medio	Auto 410 de 2016
Actualización periódica del PBS (anualmente hasta el 2011 y luego sería cada 2 años)	18	Medio	Auto 410 de 2016
Crear un registro de servicios negados alimentado por la información de las EPS	19	Bajo	Auto 411 de 2015
Crear un ranking de EPS e IPS	20	Bajo para IPS Medio para EPS	Auto 591 de 2016
Unificación del PBS	21, 22	Medio	Auto 411 de 2016
Creación de un mecanismo directo de autorización de servicios no cubiertos por el PBS	23	Bajo	Auto 001 de 2017
Sostenibilidad financiera y flujo de recursos			
Asegurar el flujo de recursos al interior del sistema y su sostenibilidad financiera	24	Incumplimiento parcial	Auto 263 de 2012
Eliminar las causales de glosas denominadas “fallo de tutela” y “principio activo POS” dando trámite al pago de los recobros represados a septiembre de 2008	25,26	General	Auto 186 de 2018 Auto 112 de 2016
Rediseñar el procedimiento de recobro	27	Bajo	Auto 071 de 2016
Medir el número de las tutelas			
Medición de acciones de tutela	30	Bajo	Auto 590 de 2016

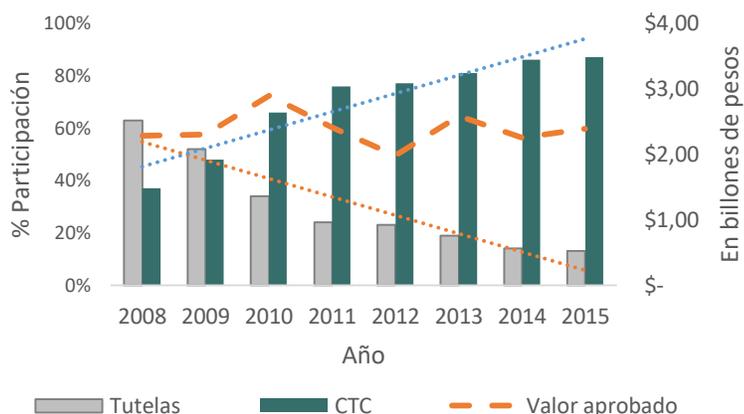
Fuente: Sala Especial de Seguimiento a la Sentencia T-760, Auto 668 de 2018; Elaboración del GES

La valoración del nivel de cumplimiento de cada una de las órdenes que ha realizado la Sala de Seguimiento conformada por la Corte Constitucional da cuenta, diez años después de proferida la sentencia, de la existencia de obstáculos que impiden el goce efectivo del derecho a la salud.

En cuanto a la meta de cobertura universal, las cifras de aseguramiento a diciembre de 2018 registran 47,06 millones de afiliados (94,4% de la población nacional). Esto indica un avance significativo, a punto de alcanzar el 100% de la población. Más aún, un logro fundamental ha sido la unificación del PBS, que inició en 2009 mediante la igualación para los menores entre 1 y 12 años, y finalizó en 2012 con la unificación para la población mayor a 18 años y menor a 60 años. La ampliación de la cobertura en el régimen subsidiado debía estar acompañada de un ajuste de la UPC de este régimen como proporción de la UPC contributiva, pasando del 56,3% en 2008 al 89,5% en 2018.

Ahora bien, a pesar de los avances en la cobertura y del descenso que habían tenido las tutelas en los primeros años posteriores a la Sentencia 760, estas han vuelto a crecer particularmente a partir de 2014, y, descontado lo sucedido en 2009 y 2010, se mantiene la tendencia de una tasa creciente por cada 10,000 afiliados (ver gráfico 1). El incremento en las tutelas resulta paradójico si se tiene en cuenta que en 2015 entró en vigencia la Ley Estatutaria de Salud, que precisamente busca reglamentar el derecho fundamental a la salud.

Un hecho menos preocupante, que denota menores barreras para acceder a servicios y medicamentos no cubiertos por el PBS, se encuentra en la manera como se efectúan los recobros por estos conceptos. En el gráfico 2 se muestra que los pagos efectuados a partir de las tutelas se redujeron mientras aumentaron los recobros mediante gestión directa de las EPS. Esta situación pudiera mejorar más con la implementación del Mipres.



En la gráfica se aprecia la evolución que ha tenido el valor de los denominados recobros, es decir, los montos aprobados a las EPS para reconocer los servicios y medicamentos no incluidos en el PBS. Se puede apreciar la nueva composición, pues los cobros gestionados a partir de tutelas en 2008 era de 63% y se reducen al 13% en 2015; en cambio, los cobros gestionados en forma directa, mediante los comités técnico científicos (CTC) pasaron de un 37% en 2008 hasta el 87% en 2015.

Gráfico 2. Colombia: Gasto en servicios no POS, 2008-2015

Fuente: GES (2015) y MSPS (2016). Cálculos del GES.

Conclusión

Aunque después de 10 años de proferida la Sentencia T-760 de 2008 no se ha dado cumplimiento cabal a las órdenes allí contenidas, en todo caso se evidencian avances importantes que han implicado nuevos escenarios en la prestación de servicios de salud a la población, como son: la actualización periódica del plan de beneficios; la unificación del plan de beneficios para toda la población; el aumento del valor de la UPC del régimen subsidiado para buscar su convergencia con la del régimen contributivo; el pago de los recobros que se encontraban represados antes de la expedición de la Sentencia, y el control de precios de los medicamentos.

Sin embargo, subsisten hondas preocupaciones en cuanto al acceso y la equidad en la atención, así como atrasos en la generación de información que de cuenta del goce efectivo del derecho a la salud y de varios aspectos relativos a la sostenibilidad. Es por ello que resulta importante generar espacios de reflexión, con participación de diferentes actores y la academia, a fin de discutir sobre posibles alternativas que permitan superar los obstáculos. El GES propone abordar las siguientes interrogantes clave:

- ¿Qué cambios o implicaciones trajo la Sentencia T-760 de 2008 para la salud de los colombianos?
- Cuáles son los principales obstáculos que deben ser subsanados para dar cumplimiento a las órdenes impartidas por la Sentencia T-760?
- ¿El plan de beneficios ha sido actualizado integralmente y responde a las necesidades de la población colombiana?

- ¿Qué mecanismos se deberían implementar para que el flujo de recursos en el sistema sea más ágil y oportuno?
- ¿Es posible garantizar la sostenibilidad financiera del sistema bajo el escenario de Ley Estatutaria, donde se supone incluido todo aquello que no esté expresamente excluido?

Referencias bibliográficas

Corte Constitucional de Colombia (2018). Auto 668: convocatoria a audiencia pública en el marco del seguimiento a la Sentencia T-760 de 2008. Sala especial de seguimiento.

Defensoría del Pueblo. (2018). La tutela y los derechos a la salud y a la seguridad social 2017.

GES (2015). Transición en el sistema de salud colombiano. *Observatorio de la Seguridad Social*, No. 30.

-----, 2008. Limitaciones y derechos sobre la atención en salud de los colombianos. *Observatorio de la Seguridad Social*, No. 18.

Ministerio de Salud y Protección Social, MSPS (2016) Seguimiento a recobros No Pos del régimen contributivo. Resultados 2014 y 2015. Grupo de estudios sectoriales y de evaluación de política pública.

Información de contacto

Email: grupoges@udea.edu.co; www.udea.edu.co/ges

Elaboración y edición de textos

Jairo Humberto Restrepo, Lina Patricia Casas y Juan José Espinal

Las ideas y opiniones aquí expresadas sólo comprometen al GES o a sus autores cuando sean artículos firmados.