

## **Reducción de los derechos sociales**

Reduction of social rights

***Román Vega Romero***<sup>6</sup>

Al analizar la sostenibilidad financiera de los sistemas de salud, Ana Sojo parte de afirmar que “la lógica de los derechos sociales es interdependiente de la economía”, y que la exigibilidad del derecho de atención en salud mediante instrumentos judiciales atenta contra la ampliación de su cobertura, con lo cual supedita la satisfacción de los derechos sociales al tradicional dogma económico de la escasez de recursos.

Estos argumentos legitiman reformas de los sistemas de salud basadas en “mercados de aseguramiento y prestación de servicios”, que tienen como propósito limitar más el derecho a la salud restringiendo el contenido del paquete de servicios médicos protegidos por el Estado, y ampliar el mercado de seguros y servicios privados a las prestaciones excluidas. Se busca ajustar nuevamente esas reformas con métodos de priorización que permitan actualizar los paquetes de beneficios y definir los servicios explícitamente garantizables y no garantizables. Información de expertos, y una participación ciudadana limitada,

---

<sup>6</sup> Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá D. C., Colombia.  
rrvega.romero@gmail.com

servirá para legitimar decisiones de tecnócratas, burócratas y políticos coaligados con poderes económicos, y de políticos que lucran de la inversión de capital y se benefician electoralmente de los sistemas de salud basados en el aseguramiento.

El despojo a los ciudadanos de los derechos alcanzados mediante la limitación de los planes de beneficios, la eliminación de la tutela como instrumento de exigibilidad y la obligación del autocuidado de la salud, constituyen medios de quienes promueven la profundización de las reformas.

La autora apoya la idea de que la tutela sobredimensiona la judicialidad de los derechos sociales y le quita competencias al poder político sobre tales derechos, como si el poder judicial estuviese libre de influencia política, y los intereses que defiende la hegemonía política establecida fuesen más importantes que entregar instrumentos a los ciudadanos para que defiendan sus derechos. Lo que se ha demostrado en Colombia es que sin la tutela los afiliados quedarían desprotegidos frente a las arbitrariedades de las Empresas Promotoras de Salud (EPS) y la indolencia del gobierno, que no dudan en negar el acceso a prestaciones incluidas en los planes de beneficios y en retardar la inclusión de tratamientos y procedimientos necesarios para la atención de los afiliados.

Es cierto que en Colombia ha crecido la cantidad de pagos por tutelas en salud. ¿Por qué los colombianos colocan tutelas? Entre las enfermedades principales por las cuales colocan tutelas están: la epilepsia y síndromes relacionados, enfermedad por VIH, artritis reumatoide, hipertensión arterial, enfermedad coronaria, insuficiencia y trasplante renal, diabetes mellitus, glaucoma, tumor maligno de la mama y osteoporosis, entre otras cuya atención cualquier sistema de salud protegería sin necesidad de acción judicial alguna<sup>1</sup>. Estas causas representan el 28% de la carga de enfermedad estimada para Colombia en el año 2005<sup>2</sup>.

El 46,62% de las tutelas son por servicios, intervenciones y tratamientos que la población necesita pero que no están incluidos en los paquetes; y el 53,38% son por servicios, intervenciones y tratamientos incluidos en los paquetes pero son negados por las EPS. El 85,51% las colocan los afiliados al régimen contributivo y el 14,49% los del régimen subsidiado. Entre estas, muchas son por cirugías necesarias, medicamentos, tratamientos, citas médicas y exámenes<sup>1</sup>. El monto del gasto en tutelas frente a los recursos disponibles del sistema es del 5,5%, pero el gasto privado en salud asciende a más del 25% de los recursos totales, cifra cinco veces mayor que el gasto en tutelas<sup>3</sup>.

Sojo sostiene que el gasto público social en salud por habitante y como porcentaje del PIB ha crecido poco en Colombia en comparación con Cuba, Chile, Brasil y Honduras, a pesar de un importante crecimiento económico del país en la última década. Sin embargo, contradictoriamente argumenta la necesidad de limitar el contenido de los paquetes para garantizar la sostenibilidad financiera del sistema. Hay que reconocer los problemas de inequidad en la asignación de recursos en el sistema de salud colombiano. Hay regímenes exceptuados cuya prima es cuatro veces mayor que la del régimen contributivo y entre 7 y 18 veces la del régimen subsidiado<sup>3</sup>. Ello se debe a que existen varios planes de beneficios debido a la gran segmentación del sistema y al incumplimiento del gobierno en nivelar los paquetes de los regímenes contributivo y subsidiado. Tampoco reconoce la tendencia creciente del gasto militar<sup>4</sup> y hace omisión de la amenaza a la sostenibilidad como consecuencia del desempleo, la informalidad laboral y la poca redistributiva política tributaria.

¿Cuál es el problema de fondo en el sistema de salud de Colombia? Tenemos un sistema en el que se ha aumentado la integración vertical entre aseguradores y prestadores de servicios en manos privadas. La mayor parte de la red de EPS y prestadores de servicios es privada y ello ha aumentado los costos, la corrupción y la ineficiencia. Las denuncias del día a día en Colombia indican que las EPS cobran más del doble por el precio real de medicamentos, recobran más de lo debido por el gasto en atención por tutelas; y la industria farmacéutica nacional, con el sistema de liberación de precios, ha hecho que el mercado de medicamentos sea uno de los más costosos de la región. Hay mala gestión del flujo de recursos, tanto del que administran las EPS como del que administran los entes territoriales, lo cual se expresa en la demora en los pagos a las instituciones prestadoras de servicios de salud. El modelo de desarrollo y financiamiento, la administración privada de los fondos per cápita y los múltiples planes de beneficios segmentan y fragmentan el sistema y generan insostenibilidad. Por negación de los servicios a que la población tiene derecho, o por exclusión de los mismos de los planes de beneficios, la población hace uso creciente del derecho de tutela.

Lo que se pretende hacer para solucionar estos problemas es regular el derecho a la atención en salud –la limitación de los planes de beneficios– y de los instrumentos que facilitan la exigibilidad de los derechos en materia de prestación de servicios. Hay una serie de dispositivos nor-

mativos, técnicos y burocráticos, que pretende utilizar el Gobierno para lograrlo a través de la actualización de los paquetes. Entre estos instrumentos están los métodos de evaluación de costo-efectividad, la carga de enfermedad, los protocolos y guías de atención y la medicina basada en la evidencia. Para autorizar el acceso a los servicios que no queden incluidos en los paquetes se organizarán comités científicos y juntas técnico-científicas, dispositivos burocráticos que serán manejados por las EPS y la Superintendencia Nacional de salud, sin garantía alguna de imparcialidad. Además, se aprobó en la reciente ley ordinaria la creación de seguros voluntarios de salud, no solo como nueva competencia de las EPS, sino como función de los otros aseguradores privados, lo que reforzará la privatización del aseguramiento y la prestación de los servicios de salud. Otro elemento *sui generis* introducido en la reforma es la obligatoriedad del autocuidado de la salud de las personas, y de la persona respecto de su familia y sus comunidades.

El cumplimiento del autocuidado se premiará con una zanahoria, la disminución de los copagos a discrecionalidad de las EPS. Esas medidas son instrumentos de las políticas neoliberales que atentan sin consideración contra la libertad de comportamiento individual y que terminan por culpar a la víctima de sus desgracias. Otro elemento de la reforma es la introducción de una nueva versión de atención primaria selectiva que, en el marco de un modelo de atención gerenciada y asistencia médica curativa, está enfocada al control del riesgo financiero, a la promoción y prevención de riesgos individuales de salud y a la promoción social del riesgo, haciendo imposible cumplir en la práctica los fines, valores y principios con los cuales la APS surgió hace más de treinta años.

Es necesario aclarar los objetivos de la reforma del Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia. La autora afirma que la reforma de salud en Colombia buscaba “eliminar los monopolios a cargo del Estado en el caso de la salud de aseguramiento y prestación” para garantizar la competencia entre los actores incorporando al sector privado. En realidad, el objetivo de la reforma fue generar un espacio más de inversión de capital privado para lo cual se mercantilizó el sistema de salud con la resultante de que hoy es el sector privado el que monopoliza las relaciones de aseguramiento y prestación de servicios, para lo cual el capital privado, en connivencia con el gobierno, destruyó los seguros sociales, gran parte de la red de hospitales públi-

cos, y ha sometido a los pacientes y a los médicos a la disciplina y controles del capital.

## Referencias

1. Colombia. Defensoría del Pueblo. *La tutela y el derecho a la salud: periodo 2006-2008*. Bogotá: Defensoría del Pueblo; 2009.
2. Yepes Luján FJ. Ni emergencia, ni salud de la población. *Rev Gerenc Polit Salud, Bogotá (Colombia)* 2010; 9(Supl.18):30-40.
3. Ramírez Moreno J. La emergencia social en salud: de las contingencias regulatorias a la desilusión ciudadana. *Rev Gerenc Polit Salud, Bogotá (Colombia)* 2010; 9(Supl.18):124-143.
4. Tobar YG, Riveros Reyes H, Soto Velásquez A. El gasto militar en Colombia: aspectos macroeconómicos y microeconómicos. *Revista de la CEPAL* 1999; 69:163-180.