

Bogotá, septiembre de 2010



1

Observaciones al PL Estatutaria, “Por el cual se regula el derecho a la salud y a la igualdad y los principios de equidad, calidad, eficiencia, sostenibilidad, auto cuidado y universalidad en el acceso a los servicios de seguridad social en salud, así como el deber de procurar el cuidado integral de la salud.”

Herman Redondo Gómez MD

Durante las discusiones en las mesas temáticas organizadas por el Ministerio de la Protección Social, se hizo presente el Dr. Charry, abogado asesor de la Presidencia de la República para el tema de la Ley Estatutaria. De su intervención quedó claro que **el objetivo de esta ley es limitar el derecho a la salud**. Para cumplir este objetivo es que se hace necesario que la ley sea estatutaria, con dos vueltas en el Congreso (8 debates), como sucede con los actos legislativos.

Se parte de la base jurisprudencial de que los derechos no son ilimitados y la ley estatutaria puede señalar dichos límites. Eso sí previo control constitucional.

La ley estatutaria pretende definir que el cumplimiento al derecho fundamental de la salud está garantizado en el Plan Obligatorio de Salud que se cree. Deberá ser un solo POS, unificado para los dos regímenes: contributivo y subsidiado. Unificado en un plazo no superior a cinco años.

De ser aprobada esta ley, que debe tener concepto previo favorable de la Corte Constitucional, el POS se vuelve la reina de la corona y los criterios para constituirlo el núcleo central del derecho. Todo aquello que no esté en el POS no se prestará y no se considerará vulnerado el derecho a la salud. No procederán por tanto las tutelas, ni los recobros al FOSYGA. Es lo que diga el POS y punto final.

Por ello, es preciso releer con sumo cuidado, el artículo 4 del proyecto, porque en él estará establecido y definido nuestro derecho fundamental a la salud:

“ARTÍCULO 4º.- Contenido del Plan Obligatorio de Salud. El contenido del Plan Obligatorio de Salud se establecerá de acuerdo con los **siguientes criterios técnicos: perfil demográfico y epidemiológico de la población, la evidencia científica probada para el uso de tecnologías, y los recursos disponibles** para financiar dichas actualizaciones o inclusiones, en términos de seguridad, integralidad, efectividad, racionalidad en el costo y las preferencias de los ciudadanos.

El Plan Obligatorio de Salud tendrá un componente de prestaciones explícitas, exigibles necesarias para garantizar la salud de los afiliados y beneficiarios, e incluirá prestaciones de salud para enfermedades graves, incurables, la realización de actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad a las personas y sus grupos familiares.

*En caso que dichas prestaciones no sean las pertinentes para atender las condiciones individuales, el médico tratante adscrito a la entidad Promotora de Salud podrá prescribir las necesarias, las cuales, **para poder ser proporcionadas, deberán someterse al Comité Técnico Científico de la Entidad Promotora de Salud**, que deberá pronunciarse favorablemente en un plazo no superior a dos (2) días calendario desde la solicitud del concepto*

Quedan excluidas las prestaciones suntuarias; meramente cosméticas; los procedimientos, medicamentos y tecnologías experimentales sin evidencia científica; los que se ofrezcan por fuera del territorio colombiano y las prestaciones que no tienen un efecto sobre la salud.

Las enfermedades huérfanas no estarán incluidas en el Plan Obligatorio de Salud y se financiarán con los recursos establecidos en la ley". (Negrillas fuera del texto).

Veamos, criterios técnicos de inclusión en el POS:

- Perfil demográfico y epidemiológico de la población.
- Evidencia científica probada para el uso de tecnologías.
- Recursos disponibles.

Considero que el primer criterio es válido y universalmente aceptado, mientras no signifique la exclusión de aquellas enfermedades raras, infrecuentes o huérfanas, porque significaría la negación del derecho a la salud de quienes las padecen. Ratificamos nuestra posición expresa en la mesa temática de prestación de servicios en el sentido de que el POS no debe excluir enfermedades, por lo que todas las patologías deben estar incluidas. Los límites deberían establecerse en las remisiones al exterior, en la evaluación de la tecnología, en medicamentos cuya efectividad no ha sido demostrada y en aquellos procedimientos no avalados por la Academia o las sociedades científicas.

El segundo criterio no tiene discusión. El tercero subordina el derecho a la disponibilidad de recursos que es lo que hasta ahora ha venido sucediendo; no obstante, el ser la salud reconocida como un derecho fundamental por la Corte Constitucional, implica todo lo contrario: el estado debe proveer los recursos necesarios (por cotizaciones, parafiscales o Sistema General de Participaciones o impuestos) para dar garantía del cumplimiento del derecho a la salud.

En cambio, creo que falta un criterio esencial en la constitución del POS: **el criterio de la satisfacción de las necesidades de atención en salud de la población**. Ese debería ser uno de los objetos centrales del POS: satisfacer necesidades de la población y el cubrimiento total de todas las patologías.

Otro aspecto interesante de señalar es la importancia de los Comités Técnico Científicos –CTC- quienes serán los que definan durante el proceso de unificación de los POS del régimen contributivo y subsidiado, si se aprueba o no una actividad no incluida en el plan de beneficios; y se mantiene el error actual de constitución del CTC por personas de la EPS que debe sufragar el gasto, lo que induce a un

sesgo en contra del usuario. Estos CTC deberían estar constituidos por personas imparciales de carácter exclusivamente científico.

Auto cuidado. Este nuevo principio implica que los mayores costos de atención derivados del incumplimiento del deber de auto cuidado, podrán derivar en ajustes al valor de los aportes a la cotización o complementarios, conforme a la capacidad económica del afiliado. Es un castigo por no auto cuidarse o no cuidar adecuadamente la familia. De muy difícil aplicación en la práctica por la subjetividad del juicio de valor que entraña. Este es una “**Cuota Moderadora Moral**” por portarse mal.

Trabajo tendrá la Corte Constitucional...

HEREGO/