

Cobertura universal y acceso efectivo a los servicios de salud: ¿Qué ha pasado en Colombia después de diez años de la Sentencia T-760?*

Universal coverage and effective access to health care: What has happened in Colombia ten years after Sentence T-760?

Jairo H. Restrepo-Zea, Lina P. Casas-Bustamante y Juan J. Espinal-Piedrahita

Recibido 1 diciembre 2018 / Enviado para modificación 13 diciembre 2018 / Aceptado 27 diciembre 2018

RESUMEN

La política pública de salud ha estado guiada en Colombia por el propósito de alcanzar la cobertura universal. La Ley 100 de 1993 planteó la meta de garantizar a toda la población el acceso a los servicios de salud en todos los niveles de atención, con un plan de beneficios igual para todos. No obstante esta promesa, la cobertura universal no se logró en el año 2000 como estaba establecido, y han existido barreras para el acceso efectivo, por lo que los ciudadanos han acudido a la acción de tutela como un mecanismo por el cual los jueces protegen el derecho a la salud. En 2008, en medio de un crecimiento desbordado de las tutelas, la Corte Constitucional profirió la Sentencia T-760 por la cual reconoció la salud como derecho fundamental y estableció órdenes a varios organismos del Estado para garantizar su goce efectivo y hacer cumplir la cobertura universal y el acceso efectivo. Después de diez años, el cumplimiento de estas órdenes es medio, con avances importantes en cuanto a cobertura e igualación del plan de beneficios, pero persisten barreras al acceso y preocupaciones respecto a la sostenibilidad y el flujo de recursos.

Palabras Clave: Sistemas de salud; cobertura universal; derecho a la salud; accesibilidad a los servicios de salud; política pública (*fuentes: DeCS, BIREME*).

ABSTRACT

Public health policy in Colombia has been guided by the purpose of achieving universal coverage. Law 100 of 1993 set the goal of guaranteeing access to health services for the entire population, at all levels of care, with a plan of equal benefits for all. Despite this promise, universal coverage was not achieved in the year 2000 as established, and there have been barriers to effective access. In consequence, citizens have resorted to tutela (writ for the protection of fundamental rights) as a mechanism by which judges protect the right to health. In 2008, amidst an overwhelming growth in the number of actions for immediate protection of constitutional rights, the Constitutional Court issued Sentence T-760, by which health was recognized as a fundamental right and ordered several State agencies to guarantee its effective enjoyment and enforce universal coverage and effective access. After ten years, compliance with these orders is medium, with important advances in terms of coverage and equalization of the benefits plan, but there are still barriers to access and concerns regarding sustainability and the flow of resources.

Key Words: Health services; universal coverage insurance; public policy (*source: MeSH, NLM*).

JR: Economista. M. Sc. Políticas Públicas. Coordinador Grupo de Economía de la Salud (GES). Facultad de Ciencias Económicas, Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia.

jairo.restrepo@udea.edu.co

LC: Economista. Esp. Administración de Servicios de Salud. Grupo de Economía de la Salud (GES). Facultad de Ciencias Económicas, Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia.

linapcb@gmail.com

JE: Economista. M. Sc. Economía. Grupo de Economía de la Salud (GES). Facultad de Ciencias Económicas, Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia. *juanbrojo@gmail.com*

* Una versión resumida de este artículo fue publicada en el Observador del GES, boletín divulgativo del Grupo de Economía de la Salud (GES), de la Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad de Antioquia, edición No. 1 de diciembre de 2018.

La Corte Constitucional de Colombia adelantó en 2008 un estudio basado en la revisión de 22 acciones de tutela, 20 de ellas interpuestas por ciudadanos que consideraron vulnerado el derecho a la salud, y dos por Sanitas, una Empresa Promotora de Salud (EPS) que pedía claridad del Ministerio de la Protección Social (hoy Ministerio de Salud y Protección Social, que en este artículo se llamará Ministerio de Salud), respecto al cobro de prestaciones no incluidas en el plan obligatorio de salud (POS) (1). La Corte constató la existencia de dificultades estructurales del sistema de salud que impedían el acceso y el goce efectivo del derecho a la salud, lo cual parecía generado principalmente por fallas de regulación (2).

Ante la problemática examinada la Corte profirió la Sentencia T-760 de 2008, otorgando a la salud el estatus de derecho fundamental autónomo, e impartió órdenes a varias autoridades para garantizar este derecho y resolver las dificultades del sistema frente al acceso. Desde entonces no sería necesario invocar la protección del derecho a la salud por su conexidad con otros derechos fundamentales, como el derecho a la vida (3).

La Sentencia T-760 constituye un hito en la historia del sistema de salud colombiano y da cuenta de cómo ha evolucionado la política pública en salud. Por una parte, la tutela se convirtió en un medio por el cual se busca garantizar el derecho a la salud, en particular lo que se refiere al acceso, y su número y clasificación constituyen un insumo para formular y evaluar acciones de política, como lo hizo la Corte. Por otra parte, la Sentencia T-760 es una expresión del papel que ha jugado la Corte en la construcción de políticas públicas (4,5), en ciertos casos dando cuenta de vacíos en el ejercicio de los poderes ejecutivo y legislativo, de modo que imparte órdenes sobre estos para hacer prevalecer los principios y mandatos de la Constitución.

En este artículo se presentan las principales órdenes impartidas por la Corte Constitucional de Colombia en cuanto al derecho a la salud, se plantea el seguimiento de las órdenes sobre plan de beneficios, cobertura, acceso y sostenibilidad financiera, y se enuncian los principales cambios que en estos diez años ha presentado 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, destacándose la adopción del aseguramiento como estrategia para garantizar la atención en salud y del POS como mecanismo de priorización (6). El POS, actualmente denominado plan de beneficios en salud (PBS), se constituyó en un mecanismo para hacer explícito un conjunto de servicios y tecnologías

a los que podía acceder la población según el régimen de afiliación (contributivo o subsidiado). Para el año 2000, toda la población debería estar afiliada y progresivamente se unificarían los planes de ambos regímenes.

La cobertura universal no se alcanzó en el año 2000, pues no toda la población estaba afiliada y se mantenían diferencias importantes entre el POS del régimen contributivo y el del subsidiado. Este incumplimiento podría explicarse por la crisis económica de 1998-1999, que trajo un alto desempleo y complicó el panorama fiscal, pero también se ha reconocido que la meta de universalidad era muy ambiciosa (7). Normas posteriores intentaron prorrogar el período para lograr la universalidad con instrumentos complementarios o adicionales, como la Ley 715 de 2001 que estableció otros dos años para incluir los afiliados al régimen subsidiado, y la Ley 1122 de 2007 que definió el año 2010 como límite para la cobertura universal entre los niveles I, II y III del Sistema de identificación y selección de beneficiarios de programas sociales (SISBEN).

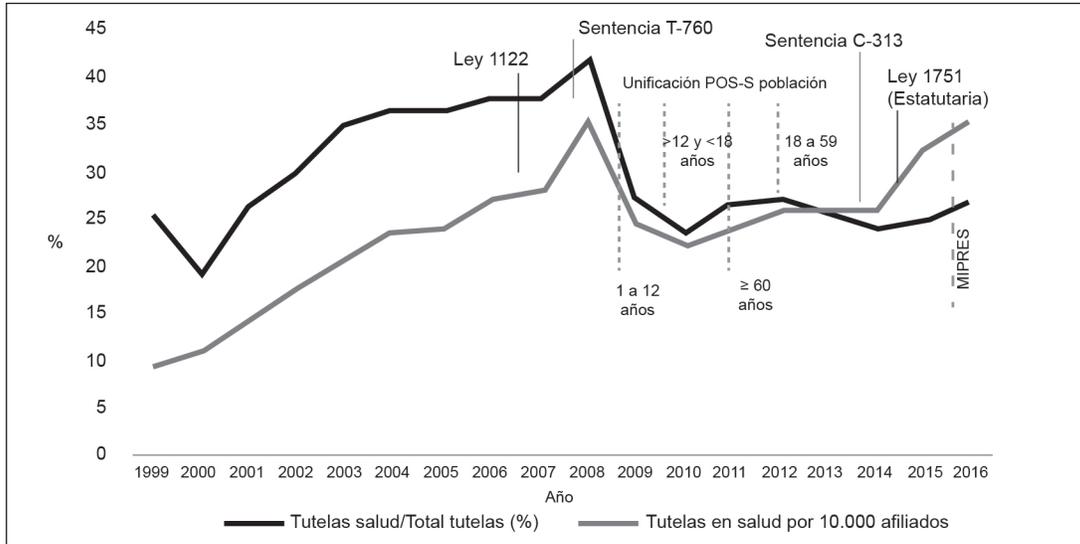
En cuanto a la unificación del POS, no se avanzaba debido a las dificultades fiscales y a las restricciones para transformar recursos que financiaban directamente la red pública de hospitales (subsidios a la oferta) hacia el pago a las EPS por la afiliación de la población subsidiada (subsidios a la demanda). Aunque el POS debía ser revisado y actualizado por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS), 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 (6).

Para el año 2008 se observaban logros importantes en materia de cobertura, pero el escenario era distante del previsto por la Ley 100. La población afiliada ascendía al 82,8%, y el valor del POS subsidiado, la unidad de pago por capitación (UPC), apenas significaba el 56,3% del POS contributivo. En cuanto al acceso, las tutelas interpuestas por los ciudadanos para que un juez ordenara su atención evidenciaban la existencia de barreras de distinto tipo y la incapacidad de los entes de dirección y control para garantizar el derecho a la salud (8). En el Figura 1 se muestra el avance de las tutelas en salud en el conjunto de tutelas del país, llegando a superar el 40% en 2008, así como la tasa de tutelas por cada 10 000 afiliados, que se triplicó entre 1999 y 2008.

La Sentencia T-760

La Sentencia T-760 surgió en respuesta a los problemas sistémicos relativos al acceso y a la falta de supervisión y autorregulación en el sistema de salud. Teniendo como

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



Fuente: Defensoría del Pueblo, Cálculos y elaboración del GES

base normativa las leyes 100 y 1122, la Corte Constitucional impartió 35 órdenes, las 15 primeras destinadas a resolver las veintidós tutelas analizadas, y las demás a una serie de órdenes generales que se agrupan en seis ejes temáticos (Cuadro 1).

La Sentencia T-760 declaró la salud como derecho fundamental autónomo y también reconoció las limitaciones del derecho, señalando que el carácter fundamental no implica que sea absoluto, teniendo en cuenta criterios de razonabilidad y proporcionalidad. Uprimny y Rodríguez (9) plantean cuatro ventajas adicionales de la Sentencia: i) la posibilidad de ajustar la Ley 100 de 1993 para garantizar el goce efectivo del derecho a la salud; ii) la importancia de los indicadores sobre el goce efectivo del derecho; iii) la importancia de los órganos de control, en particular la Procuraduría, la Defensoría y la Contraloría, para el seguimiento al cumplimiento de las órdenes proferidas, iv) el mensaje dado a la sociedad de que la Ley 100 requería ajustes estructurales.

A pesar de sus contribuciones, Uprimny y Rodríguez consideran que la Sentencia se quedó corta en varios aspectos. Por ejemplo, no hizo referencia al tema de la salud pública, no debió considerar la diferencia en los planes de salud según régimen, debió responder la pregunta sobre hasta dónde puede mantenerse la idea de que todo tratamiento ligado con la vida digna debe ser tutelado sin mirar las restricciones de recursos, y tal vez lo más importante, la Corte no declaró un estado de cosas inconstitucionales aun cuando se daban las condiciones. Lo anterior significaba que, dadas las fallas estructurales analizadas por la Corte, ella pudo establecer que el sistema de salud era inconstitucional al no garantizar el derecho a la salud, y por tanto debería cambiarse.

Diez años después de la Sentencia T-760

En el Cuadro 1 se presenta la valoración del cumplimiento de las órdenes de la Sentencia T-760, realizada por la Sala de Seguimiento de la Corte. Se da cuenta, diez años después, de la persistencia de obstáculos (10). Adicional a esta valoración, a continuación se amplía la revisión de lo que ha sucedido en torno a las órdenes relacionadas con los temas relativos a: plan de beneficios, cobertura y acceso, y sostenibilidad financiera. En la Tabla 1 se presentan unos indicadores básicos que permiten examinar la evolución de los temas propuestos en cuatro momentos diferentes: inicio de la reforma (1996), año de meta de la Ley 100 (2000), Sentencia T-760 (2008), y diez años después (2017, a falta de datos para 2018).

Sobre el PBS

La actualización integral del PBS apenas comenzó a realizarse en 2009, quince años después de la Ley 100, en desarrollo de la Sentencia T-760, y antes solo se reconocieron algunas inclusiones puntuales derivadas de solicitudes individuales o de agremiaciones, así como de órdenes judiciales más que de ejercicios técnicos basados en el perfil epidemiológico o en evaluación de tecnologías (11). La escasa actualización del POS habría de explicar en parte el avance que, especialmente a partir del año 2000, tomó la demanda por servicios y medicamentos no incluidos, y, consecuentemente, la pérdida de legitimidad del PBS como mecanismo de priorización (12).

A pesar de los avances en la actualización, persiste incertidumbre o diferencias de interpretación sobre el contenido del PBS. Por ejemplo, un estudio reciente sobre cobertura de los servicios de salud bucal evidenció que

Cuadro 1. Corte Constitucional de Colombia: Órdenes de la Sentencia T-760 de 2008 y nivel de cumplimiento

Orden N°	Eje temático /orden	Entidades responsables	Nivel de cumplimiento (*)
1 a 15	Eje 1: Decisiones sobre tutelas revisadas. Revocar las sentencias de los jueces y tutelar el derecho a la salud de 11 ciudadanos y el derecho de petición de una EPS. Confirmar las decisiones de los jueces en cuanto a la protección de los derechos fundamentales de 8 ciudadanos y la negación a la tutela de una EPS.	EPS, Secretaría de Salud del Cesar, Minsalud	(**)
16	Eje 2: Precisión, actualización, unificación y acceso a planes de beneficios.		
17	Actualizar integralmente el POS y reducir dudas sobre su contenido.	CRES	Medio (1)
18	Actualización periódica del POS y rendir informe a la Defensoría del Pueblo y Procuraduría General de la Nación.	CRES	Medio (1)
19	Presentar informe trimestral sobre deficiencias en el suministro de los servicios.	Minsalud	Bajo (2)
20	Seguimiento a las EPS que más vulneran el derecho a la salud.	Minsalud y Supersalud	Bajo para IPS Medio para EPS (3)
21	Unificar el POS para niños del régimen contributivo y subsidiado.	CRES	Medio (2)
22	Cronograma para unificar el POS de las demás personas.	CRES	
23	Ampliar competencia del Comité Técnico Científico (CTC) para autorizar servicios médicos diferentes a medicamentos.	CRES	Bajo (4)
24	Eje 3: Sostenibilidad financiera y flujo de recursos.	Minsalud y Fosyga	Incumplimiento parcial (5)
25	Agilizar recobros.	Minsalud y Fosyga	General (6)
26	Diseñar plan de contingencia para pagar recobros en trámite.	Minsalud y Fosyga	Alto (7)
27	Corregir o rediseñar sistema de recobro para que sea eficiente.	Minsalud	Bajo (8)
28	Eje 4: Reglamentación de cartas de derechos y deberes de los usuarios, y de desempeño de las EPS. Proporcionar a los usuarios información que les permita ejercer su libertad de elección de EPS.	Minsalud	Parcial (9)
29	Eje 5: Cobertura universal y sostenible de servicios. Tomar medidas para la cobertura universal en salud, de no ser posible cumplir, exponer las razones y fijar nueva meta. Presentar informe anual a: Corte Constitucional, Procuraduría General de la Nación y Defensoría del Pueblo, sobre medición de tutelas, y si no disminuyen, explicar las razones.	Minsalud	Depende del acatamiento de la orden 16
30		Minsalud	Bajo (10)
31 a 35	Eje 6: Difusión de la sentencia entre jueces y entidades de control. Notificar las órdenes o remitir copia de la Sentencia a entidades de control.	Secretaría General de la Corte	Bajo para orden 32 (11)

(*) Corresponde a la valoración realizada por la Corte Constitucional de cada una de las órdenes que buscaban dar respuesta a problemas estructurales del sistema, con base en el análisis de las gestiones, acciones o medidas adelantadas por las autoridades obligadas a cumplirlas. Para cada orden se encuentra el auto más reciente de seguimiento, así: (1) Auto 410 de 2016, (2) Auto 411 de 2016, (3) Auto 591 de 2016, (4) Auto 001 de 2017, (5) Auto 263 de 2012, (6) Auto 186 de 2018, (7) Auto 112 de 2016, (8) Auto 071 de 2016, (9) Auto 264 de 2012, (10) Auto 590 de 2016, (11) Auto 144 de 2011.(**): No aplica la valoración de cumplimiento porque estas órdenes apuntan a solucionar casos individuales para los cuales se establece un cumplimiento inmediato

Tabla 1. Indicadores seleccionados del sistema de salud colombiano 1996, 2000, 2008, 2017 (Cobertura, acceso y financiación)

Indicadores	1996	2000	2008	2017
Cobertura y afiliación por régimen				
Población proyectada ^a	37.472.184	40.295.563	44.451.147	49.291.609
Cobertura de aseguramiento	39,0%	58,5%	83,3%	94,4%
Afiliados régimen contributivo ^b	14.618.732	14.051.804	18.405.579	22.045.454
Afiliados régimen subsidiado ^b	5.981.778	9.510.488	18.603.005	22.434.577
Acceso a los servicios de salud				
Barreras al acceso ^d				
% Personas que no acceden a servicios	24,3% ^b	25,0%	21,5%	21,0%
% No acceden por falta de dinero	44,2% ^b	29,5%	23,4%	5,1%
Tutelas				
Total tutelas salud ^c	nd	24.843	142.957	197.655
Tutelas por 10.000 afiliados	nd	11,0	35,0	42,3
Financiación				
Recobros (\$ billones) ^e	\$ 0	\$ 0	\$ 2,2	\$ 3,1
UPC-S/UPC-C	62%	53%	56%	89%
UPC-C real (\$ de 2017) ^f	528.406	595.238	597.750	746.046
UPC-S real (\$ de 2017) ^f	327.525	316.912	336.540	667.429

Fuente: ^a DANE. Proyecciones de población; ^b Ministerio de Salud, datos sobre población afiliada; ^c Defensoría del Pueblo, información sobre tutelas; ^d DANE. Encuesta Nacional de Calidad de Vida, 1997, 2003, 2008 y 2017; ^e Ministerio de Salud, Informe anual; ^f CNSSS, Acuerdo 322 de 2000 y Acuerdo 161 de 2000; Ministerio de Salud, Acuerdo 379 de 2008, Resolución 6411 de 2016

no existe consenso sobre la evolución del PBS en este ámbito y reconoce el desconocimiento de los usuarios y otros actores respecto a la inclusión de procedimientos (13). Por otra parte, en una encuesta adelantada a líderes del sistema de salud en 2017 se encontraron opiniones divididas en aspectos propios del PBS, como la claridad, el entendimiento para la población, si es accesible para todos, y su administración (14).

En cuanto a la unificación del PBS, la Comisión de Regulación en Salud (CRES) estableció que a partir del 1º. Octubre de 2009 los afiliados al régimen subsidiado con edades entre 0 y 12 años disfrutarían del mismo plan del régimen contributivo. Luego de varias medidas similares, y teniendo en cuenta el Artículo 342 de 2009 de la Corte Constitucional, en 2012 se puso en marcha la unificación del PBS para toda la población del país. Dicha ampliación debería estar acompañada de un ajuste de la UPC del régimen subsidiado, de manera que esta pasó del 56,3% de la UPC contributiva en 2008 al 89,5% en 2018.

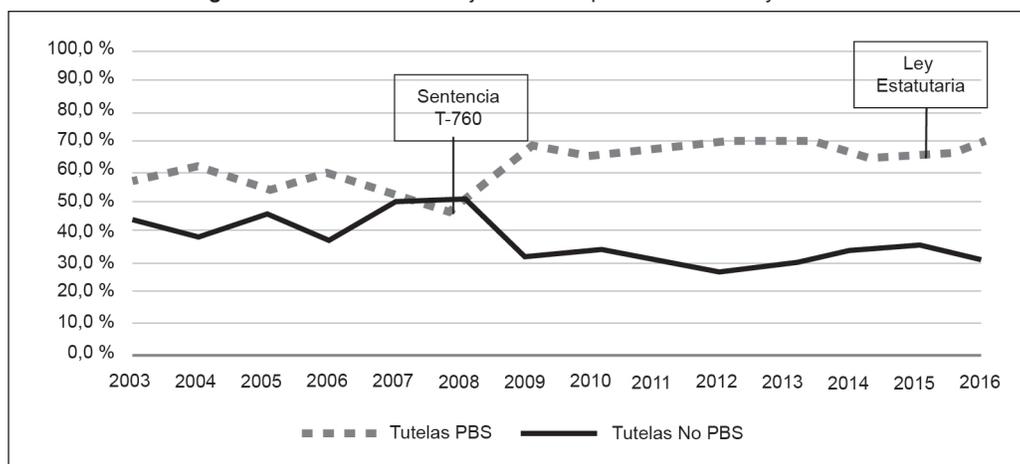
Cobertura y acceso

Las cifras de aseguramiento a diciembre de 2018 registran 47,1 millones de afiliados, lo que corresponde al 94,4% de la población nacional e indica un avance significativo, a punto de alcanzar el 100%. Es importante considerar que aunque no se tienen resultados definitivos del Censo

de población y vivienda de 2018, anuncios preliminares del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) sugieren que la población podría ser inferior a las proyecciones sobre las que se calculaban indicadores de cobertura, lo que puede dar lugar a revisar análisis sobre el particular. Es el caso que tal vez el Censo no logró contar a todas las personas, o bien, que las cifras de población afiliada pueden estar sobre dimensionadas (15).

A pesar de los avances en la cobertura y del descenso de las tutelas en los primeros años posteriores a la Sentencia T-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 (Figura 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. Según los resultados, publicados por la Defensoría del Pueblo, del total de tutelas en salud en 2008 (142 957) el 49,3% correspondía a servicios incluidos en el PBS, mientras que para 2016 estas subieron al 69,7% de 290 966 tutelas (Figura 2). Esto refuerza la judicialización de la salud, pues la apropiación de la tutela por parte de la ciudadanía ha creado una cultura jurídica progresiva centrada en la protección del derecho fundamental a la salud (16).

Figura 2. Colombia: Porcentaje de tutelas por servicios PBS y no PBS



Fuente: Defensoría del Pueblo (2017). Cálculos y elaboración del GES

Por otro lado, la intervención judicial ha jugado paradójicamente un doble rol, por un lado, ha sido un factor determinante en la consolidación de los consensos hacia la cobertura universal, por otro, ha instalado un escenario de promoción de esos mismos acuerdos a través de casos estructurales y colectivos que han adoptado decisiones más allá de los casos concretos (17).

De igual forma, la sentencia jugó un papel importante en el desempeño del acceso a los servicios de salud, pero hizo evidentes las profundas tensiones entre el poder ejecutivo y el poder judicial respecto a los alcances de la intervención judicial para solventar las barreras en el acceso (18). No obstante, persisten en el país algunas dificultades que restringen el acceso relacionadas con la es-

estructura del sistema, seguido de algunas características al interior como los tiempos de espera para la atención y los excesivos trámites para las citas, además de las distancias recorridas en el momento de buscar la atención (19,20).

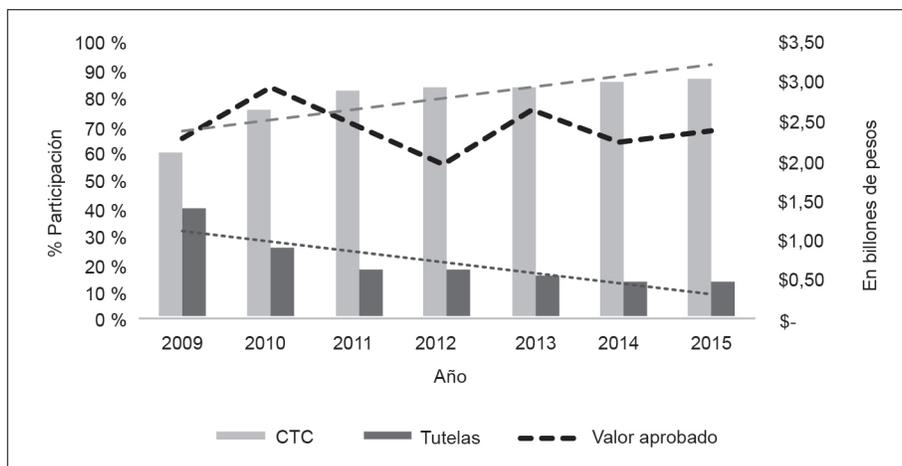
Sostenibilidad financiera y flujo de recursos

A la par con la evolución de la cobertura se ha presentado un aumento considerable de los recursos. Entre 2010 y 2018, los recursos destinados a garantizar la afiliación crecieron en 68%, y los destinados a reconocer prestaciones no incluidas en el PBS (los recobros) crecieron en 31%. En 2018, en los dos regímenes se destinaron \$ 40,1 billones y para recobros \$ 3,5 billones. No obstante el aumento de recursos, se ha presentado un déficit creciente que parece asociado a los retos para mantener la cobertura universal y responder por la unificación del PBS y las nuevas inclusiones. Por su parte, el valor de los recobros se estabilizó en los últimos años, luego de medidas como la imposición de precios máximos de reembolso, la in-

clusión de nuevas tecnologías en el PBS y la regulación de precios de medicamentos. Aun así, se adeudan pagos a las EPS, generando déficits que a su vez tienen efectos negativos sobre hospitales y clínicas (21).

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. Los pagos efectuados a partir de tutelas se redujeron mientras aumentaron los recobros mediante gestión directa de las EPS. Esta situación pudiera mejorar más con la implementación del Mipres (22). En este sentido, aunque se han hecho esfuerzos importantes para contener los recobros, la Corte llama la atención sobre la débil actividad por parte de las entidades regulatorias, organismos de inspección, control y vigilancia. Con esto la Corte destaca que la falta de flujo de recursos impide conservar la sostenibilidad financiera y, por ende, la atención de las necesidades en salud de la población (Figura 3).

Figura 3. Colombia: Gasto en servicios no POS, 2008-2015



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

Para contener y sanear el incremento del déficit el gobierno nacional pretende alcanzar la eficiencia del sector, optimizando los recursos disponibles y definiendo un acuerdo de punto final. Esta estrategia de saneamiento de deudas acumuladas entre EPS, IPS y entes territoriales buscará otorgar una mayor liquidez y promover la eficiencia en el gasto mediante mecanismos de identificación, auditoría y pago de deudas de orden nacional y territorial, incluyendo las deudas por recobros por servicios incluidos en el PBS y No PBS. Este acuerdo es fundamental para sanear de manera progresiva la cartera entre los agentes del sistema (23).

Diez años después de la Sentencia T-760 se aprecia un cumplimiento medio de las órdenes impartidas por la Cor-

te Constitucional, destacándose avances importantes en aspectos como la actualización periódica del PBS y su igualación para toda la población, el aumento de la UPC subsidiada para buscar su convergencia con la UPC contributiva, y la afiliación al sistema de casi toda la población del país.

Se destaca además la consolidación de una cultura sobre el derecho fundamental a la salud, incorporado en la legislación mediante la Ley Estatutaria de Salud, lo cual se asocia con los aportes de la Sentencia a la construcción de la política pública en salud. Esta intervención de la Corte marca un hito en el desarrollo y la protección del derecho a la salud al establecer órdenes dirigidas a varias entidades del Estado (24) y se constituye en un punto de referencia para el debate de esta política públi-

ca, de la manera como la Observación General N° 14 del Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales de las Naciones Unidas (DESC) es la doctrina más autorizada a nivel internacional (3).

Aunque a partir de la intervención de la Corte el país avanzó en el alcance de propósitos establecidos en la Ley 100, se plantea la duda de si la Corte se extralimitó asumiendo funciones que debían asumir otras entidades, como el Ministerio de Salud o la Superintendencia, afectando la calidad de la política pública. Según Sabin, el papel ideal para un tribunal constitucional es asegurar que el sistema de salud, al buscar la fijación de límites, cumpla con las condiciones de publicidad, relevancia y de posibilidad de revisión, y que no sea ella la que asigne los recursos ni la que decida el paquete de beneficios (25).

A pesar de los avances, principalmente en cobertura, subsisten hondas preocupaciones en cuanto al acceso y la equidad en la atención, así como atrasos en la generación de información que dé cuenta del goce efectivo del derecho y de varios aspectos relativos a la sostenibilidad. 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. Los siguientes interrogantes pueden servir para orientar el debate con ocasión de los diez años de la Sentencia T-760 y las perspectivas del sistema de salud hacia el futuro: ¿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 de Salud, donde se supone incluido todo aquello que no esté expresamente excluido? ♣

REFERENCIAS

1. Asociación Colombiana de la Economía de la Salud. (ACOES). [Internet]. Bogotá; 2008. <http://acoes.org.co/congreso/>.
2. Corte Constitucional de Colombia. Sentencia N° T-760 de 2008. Sala Primera de Revisión. República de Colombia.
3. Bojacá C, Edgar L. La judicialización del derecho a la salud en Colombia. Seguimiento a la Sentencia T-760 de 2008. Compilado en Derecho fundamental a la salud: ¿nuevos escenarios? Torres Corredor Hernández y Colorado Acevedo, Diana del Pilar. Universidad Nacional de Antioquia. Bogotá; 2017. Pag. 27-41.
4. Uprimny R. Perspectiva del derecho. En: Los Retos del Sistema de Salud y la Economía, Memorias del Primer Congreso de la Asociación Colombiana de Economía de la Salud (ACOES); 2008. Pag. 74-79.
5. Henao JC. El juez constitucional: un actor de las políticas públicas. Revista de Economía Institucional. 2013; 15 (29): 67-102.
6. Cano LF. La narrativa de las políticas públicas en la jurisprudencia de la Corte Constitucional Colombiana. Pap. Polít. Bogotá. 2014; 19 (2): 435-458.
7. Grupo de Economía de la Salud -GES. El POS colombiano: límites y derechos. En: Observatorio de la Seguridad Social 2008; (18): 2-11.
8. Restrepo JH. El sistema colombiano de seguridad social: ¿ejemplo a seguir?. En: Ramírez B (Coordinadora). La seguridad social: reformas y retos. UNAM – Miguel Ángel Porrúa; 1999. pp. 125-169.
9. Defensoría del Pueblo. La tutela y los derechos a la salud y a la seguridad social 2017; 2018.
10. Uprimny R, Rodríguez D. Aciertos e insuficiencias de la sentencia T-760 de 2008: implicaciones para el derecho a la salud en Colombia. En: Observatorio de la Seguridad Social. 2008; (18): 12-16.
11. Corte Constitucional de Colombia. Auto 668: convocatoria a audiencia pública en el marco del seguimiento a la Sentencia T-760 de 2008.
12. GES. Transición en el sistema de salud colombiano. Observatorio de la Seguridad Social. 2015; (30).
13. Cubillos L. Evaluación de tecnologías en salud: aplicaciones y recomendaciones en el Sistema de seguridad social en salud colombiano. Programa de Apoyo a la Reforma de Salud; 2006.
14. Restrepo J et al. Cobertura y costos de los servicios de salud bucal en el plan de beneficios. Informe de investigación del proyecto Análisis de la suficiencia de la UPC para servicios de salud bucal. Universidad de Antioquia – Secretaría de Salud de Medellín; Abril de 2018
15. Grupo de Economía de la Salud -GES. Sostenibilidad financiera de los sistemas de salud: Alternativas y lecciones para Colombia. Observatorio de la Seguridad Social; 2017. (35).
16. Grupo de Economía de la Salud -GES. Censo de 2018: ¿Falta gente o sobra plata? Observador del GES; 2019. (2).
17. Lamprea E. Derechos en la práctica. Jueces, litigantes y operadores de políticas de salud en Colombia (1991-2014). Universidad de los Andes; marzo de 2015.
18. Uprimny R, Durán J. La judicialización de la salud en Colombia: el desafío de lograr los consensos hacia mayor equidad y cobertura universal. CEPAL, series seminarios y conferencias N° 76. Capítulo J. Santiago de Chile; 2014.
19. Parra O, Yamin A. La Sentencia T-760 de 2008, su implementación e impacto: retos y oportunidades para la justicia dialógica. Tomo I; 2013.
20. Grupo de Economía de la Salud -GES-. Acceso a servicios de salud: Panorama colombiano, medición y perspectiva de actores en Medellín. Medellín, junio de 2014 Año 14 N° 28.
21. García I. Acceso a la atención en los sistemas de salud de Colombia y Brasil: Un análisis de las barreras, los factores determinantes y la equidad en el acceso. Tesis doctoral. Universidad Pompeu Fabra. Barcelona; 2015.
22. Gutiérrez C. El sistema de salud colombiano en las próximas décadas: cómo avanzar hacia la sostenibilidad y la calidad en la atención. Bogotá: Fedesarrollo. 2018; 60.
23. Ministerio de Protección Social y Protección Social, MSPS. Seguimiento a recobros No Pos del régimen contributivo. Resultados 2014 y 2015. Grupo de estudios sectoriales y de evaluación de política pública; 2016.
24. Departamento Nacional de Planeación. Bases del Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022. Pacto por Colombia pacto por la equidad; 2019.
25. Defensoría del Pueblo. La tutela y los derechos a la salud y a la seguridad social; 2011. pág. 37.