

La integración vertical de las EPS a la luz de la Ley 1122 de 2007

Óscar González V, MD.¹

Tan pronto se firmó la Ley 1122 de 2007 que reformó la Ley 100 de 1993, se presentó una oleada de objeciones representadas en demandas por inconstitucionalidad e incluso en la presentación de una contrarreforma. La demanda presentada en marzo de 2007 por inconstitucionalidad y quizás la más publicitada se centró en la “regulación de la integración vertical patrimonial y de la posición dominante”, correspondiente al artículo 15 de la Ley, en la que se exponía la restricción a la libertad de empresa y de competencia económica, violando los derechos a la salud y a la seguridad social, según lo argumentó el ex magistrado Eduardo Montealegre, a nombre de las EPS. Como se recordará, ese artículo establecía que las EPS no podían contratar más del 30% de su gasto en salud con sus propias instituciones prestadoras (IPS).

Pues bien, la Corte Constitucional en su sentencia C – 1041 del 7 de diciembre de 2007 declaró exequible el artículo 15 de la reforma al sistema de salud o Ley 1122 de 2007. De acuerdo con el fallo, la restricción es legítima, pues busca dos fines amparados por la Constitución:

1. Evitar el abuso de la posición dominante de algunas EPS respecto de todas las empresas del sector
2. Contrarrestar la crisis hospitalaria.

Originalmente, la Ley 100 de 1993 permitía a las EPS contratar hasta el 100% de su gasto en salud

con sus propias IPS, y estudios económicos analizados por el Congreso durante el trámite de la reforma demostraron que las EPS más poderosas abusaban de tal condición. Aprobada la Ley, las EPS impulsaron la demanda de inconstitucionalidad contra el artículo 15, en virtud de un precedente dado por la propia corte Constitucional, que con su sentencia C-616 del 2001, declaró exequible las normas de la Ley 100 de 1993 que autorizaban la integración vertical, argumentando que a las EPS no se les podía impedir prestar sus servicios de forma total con sus propias IPS. Pero la Corte cambió el concepto y el Magistrado ponente Humberto Sierra justificó la restricción al 30%, pues encontró que su adopción obedeció a dos fines constitucionalmente legítimos, como son el mejoramiento de la atención en salud y la democratización de los servicios médicos.

Sin embargo, la Corte Constitucional dejó a las EPS un margen de operación para superar este porcentaje de contratación con sus propias IPS. El fallo determinó que la restricción no debe impedir que los afiliados y beneficiarios de una EPS libremente escojan los servicios médicos a recibir en una IPS adscrita a la misma EPS, ni perturbar la atención de los casos de urgencia.

En su sentencia la Corte señaló que el plazo de un año establecido en el artículo 15 para que las EPS ajusten sus modelos de contratación a dicho porcentaje no se debe contar a partir de la entrada en vigencia de la

¹ Ex presidente y Miembro Honorario Asociación Colombiana de Gastroenterología

Fecha recibido: 05-02-08/ Fecha aceptado: 21-02-08

Ley, sino de la notificación que la Superintendencia Nacional de Salud le haga a cada EPS.

De otro lado, en fecha reciente, la Corte Constitucional declaró exequibles los artículos 3º y 8º y el numeral 7º del artículo 7º de la misma Ley 1122 de 2007, que crean, le asignan funciones y determinan la manera como se financiará la comisión de regulación en salud (CRES), dando vía libre a la creación del ente regulador, que reemplazaría en varias funciones al Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

La Sentencia C-955/07, se refiere a la facultad de intervención del estado en la economía, a través de la creación de organismos reguladores que controlen la eficiente prestación de los servicios públicos. El numeral 7 del artículo 7, le asigna a la CRES la función de establecer y actualizar un sistema de tarifas que, entre otros componentes, debe contener un manual de tarifas mínimas que debe revisar cada año e incluye los honorarios de los profesionales de la salud, para que las tarifas que las EPS les reconocen a las IPS y a las ESE respondan a la calidad del servicio y que los profesionales de la salud sean remunerados de acuerdo a la calidad y cantidad de su trabajo, compitiendo en el mercado por encima de las tarifas mínimas.

Como médicos, esperamos que las medidas redunden en beneficio de dos de los actores más afectados con la reglamentación que se hizo de la Ley 100 de 1993: *los pacientes*, para que reciban la atención adecuada en el momento oportuno, con soporte paraclínico y de exámenes diagnósticos sin restricción y tratamientos farmacológicos, médicos y quirúrgicos que no requieran de la tutela para recibir lo que la ley ya les garantiza; y *las personas* que laboramos en el área de la salud para que se nos reconozca nuestro relevante papel en el engranaje del sistema, que se reivindiquen las condiciones de trabajo y se reconozcan honorarios y salarios justos, acordes con la preparación académica y científica que debemos tener para atender los pacientes en forma adecuada.

Esta ley que reforma la Ley 100 de 1993, de todas maneras sería de poca trascendencia si la ley del Recurso humano en salud no se reglamenta adecuadamente, conservando el espíritu de esta ley y si tópicos como el Piso Tarifario no reciben del gobierno la atención y la diligencia requerida, que tantas veces se ha prometido al gremio médico en procura de una mejor condición laboral y salarial. Todo está por verse.