

SÍNTESIS DE COYUNTURA

PENSAMIENTO SOCIAL

VOLUMEN I N° 22

Fuente: Revista Semana, El Espectador, El Colombiano, El Tiempo, Revista Cambio, Revista Dinero, Documento centro de pensamiento social. Enero—Febrero 2010.

FEBRERO 11 DE 2010

EMERGENCIA SOCIAL

En Colombia, el Estado de Emergencia es uno de los tres tipos de Estados de Excepción que constitucionalmente son susceptibles de ser declarados por el Ejecutivo. El artículo 215 de la Constitución Nacional (reglamentado por la Ley 137 de 1994) autoriza al Presidente de la República para declarar la emergencia por un período de 30 días, siempre que sobrevengan hechos que constituyan grave calamidad pública o que perturben en forma grave e inminente el orden económico, social y ecológico del país. El Ministro de la Protección Social ha afirmado en diversas ocasiones que la unificación de los planes de salud de los dos regímenes le costaría al país cerca de seis billones de pesos, sin que se haya hecho llegar a la opinión pública el estudio en que fundamenta tal argumento. El economista **Alejandro Gaviria** coincide en que hay improvisación y vaguedad en la declaración de emergencia porque el gobierno no ha dicho exactamente qué quiere hacer, cuánto cuesta el hueco financiero y cuántos recursos se esperan conseguir, y que en tales circunstancias la Corte Constitucional bien pudiera declarar inexecutable la declaratoria de la emergencia social. No son pocos los estudios que han mostrado como el modelo de financiamiento, en especial el del régimen contributivo, está sometido a problemas de carácter estructural, asociados al ciclo de la actividad económica y a las tendencias observadas en el mercado de trabajo. **La proporción de asalariados al nivel nacional pasó del 51 por ciento en 2007 al 44 por ciento en 2009. En esos dos años el volumen de asalariados se redujo en un 6,7 por ciento.** En esta perspectiva se subraya la ilusoria sostenibilidad del actual sistema de salud a partir de una pretendida sociedad de asalariados. Cuando el Gobierno asume que ha gastado 2 billones de pesos para financiar las prestaciones no incluidas en el POS, entra en una contradicción de utilización y priorización de los recursos. Según los datos del FOSYGA, de estos 2 billones, el 80% va a prestaciones no POS en el régimen contributivo, y el restante al régimen subsidiado. Lo que el Gobierno debería hacer es encontrar, dentro de ese 80% del régimen contributivo, quiénes pueden pagar; antes de proponer los mecanismos de financiación que proponen los Decretos para las prestaciones excepcionales en salud (cesantías, pensiones voluntarias, créditos blandos). De igual manera, existe una inquietud válida frente a cómo se están dando las prácticas médicas, en tanto parte de esos 2 billones de pesos se están pagando en prestaciones que no se dan en ninguna otra sociedad. Existe un consenso en que el problema central que se tiene que atacar es cuáles son las prioridades de nuestra sociedad en materia de salud, y cómo se deben financiar. En este momento, las prestaciones no incluidas en el POS se están financiando vía FOSYGA; **lo que los decretos pretenden hacer es financiarlas vía impuestos generales, lo que tiene un grave efecto en las tasas impositivas de la cerveza y el tabaco, y no parece solucionar el problema de fondo.** Dentro de este aspecto de la financiación, es impo-

sible que un país con la informalidad actual, pueda financiar su Sistema de Salud mediante los impuestos a la nómina. Este tema hay que abordarlo con una perspectiva integral.

Hay un elemento central, que es de gran beneficio para el Sistema, pero que políticamente es muy difícil de sostener, y es el giro directo del Ministerio hacia las entidades prestadoras de salud. Todos los recursos destinados al régimen subsidiado se le quitarán a las entidades territoriales, quienes administrarán dicho régimen mediante un seguimiento a la afiliación, pero ya no como administradores de los recursos. Lo anterior quiere decir

que tanto **los Alcaldes y Gobernadores ya no tendrán los recursos destinados a la salud, sino que serán pagadores sin situación de fondos.** Esto representaría un gran avance frente a la eficiencia en la utilización de los recursos del Sistema, una posible disminución en la corrupción administrativa, pero un gran problema desde el punto político. Ésta, podría ser la puerta de entrada para derogar parte de los Decretos.

En esta coyuntura, la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia, recogiendo las recomendaciones y el sentir de sus estamentos, invita a los gobernantes y al sector político, a los organismos de control, a los medios de comunicación, a la academia, a las ONG y a las organizaciones comunitarias, a promover un debate público que examine a fondo la crisis del SGSSS y derive en acciones de corto plazo para reformar el sistema de salud con base en una racionalidad social que contribuya a la salud, la justicia y la equidad. No hay ninguna razón para mantener un sistema que en quince años ha mostrado profundas fallas y que riñe con la Constitución. El modelo de salud adoptado por Colombia no es la única opción ni la más eficiente; **otros países gastan mucho menos en atención sanitaria y obtienen mejores resultados.**

El director de Anif, **Sergio Clavijo**, admitió la posibilidad de que la Corte Constitucional declare inexecutable los decretos de la Emergencia Social. "Dichos decretos fueron emitidos de manera atropellada", dijo el presidente del gremio financiero. Indicó que el hueco financiero de la salud se calcula en dos puntos del PIB, (Producto Interno Bruto) lo cual significa una cifra superior a la que han venido manejado algunos voceros del Gobierno.

Fedesarrollo: La unificación del Plan Obligatorio de Salud costaría de 3 a 5 billones de pesos y eso exige más impuestos. De hecho, **Anif** propone llevar el IVA al 16 por ciento y eliminar gabelas tributarias a las zonas francas y a la reinversión de utilidades. **Jairo Humberto Restrepo, investigador:** La institucionalidad se complica con la creación de otro sistema de salud, compuesto por el Organismo Técnico Científico para la Salud (OTC) y el Fondo de



Prestaciones Excepcionales (Fonpres).

Mauricio Alviar Ramírez, investigador: La cifra de 6 los billones de pesos que costaría la unificación del POS, parece sacada de la manga, pues hay que valorar bien los contenidos de ese plan, que es dinámico, y del que no sabemos aún cuál es el ideal.

Úrsula Giediñ, investigadora: Todo sistema de salud tiene sus límites y no reconocerlo es demagogia. La unificación del POS va más allá de la norma, hay que ver su factibilidad en el servicio que realmente se presta a las personas.

Fernando Tobón Bernal, investigador: Los cambios tienen sanas intenciones. También hay decisiones con efectos políticos, como el eventual recorte de beneficios en el régimen contributivo. La clave para el tema financiero es la definición del nuevo POS.

Gustavo Adolfo Bravo Díaz, director de la Cres: El sistema tiene un flujo de recursos de 23 billones de pesos, a los que había que darles mayor agilidad. Si esa plata no fluye adecuadamente, los servicios terminan encareciéndose.

Rodrigo Isaza, médico neurólogo, Sociedad Colombiana de Neurología. "El decreto 131 impide que los especialistas vean a los pacientes que podrían ser remitidos por el médico general, simplemente porque no hay evidencia para remitirlos ante la sospecha de una determinada enfermedad. Por ejemplo, un médico general no puede remitir ante un especialista ante la duda sobre un dolor de cabeza que puede considerar de origen tumoral. Se requiere el visto bueno del comité de marras, si se le niega la atención y el paciente se muere o se complica por tener un tumor, la EPS está libre de culpas y el médico general acarrea la responsabilidad del caso. Por jurisprudencia, las EPS no son responsables porque "han contratado al personal idóneo". De este modo, el médico no está exonerado de la responsabilidad civil o penal que le cabe. Los principales lunares que presenta la reforma son un retroceso en los avances que había tenido la Ley 100, pues genera un costo en los servicios catalogados No POS que muchas veces no están. "La clase media y alta tendrá que buscar recursos para la medicina especializada a través de costosas pólizas de salud, en sus cesantías, o financiarla a crédito. Los estratos bajos se verán abocados solo a la medicina general, exámenes diagnósticos simples, medicamentos genéricos y la imposibilidad de la medicina especializada y menos de la subespecializada".

Álvaro Cardona, decano de Salud Pública de la Universidad de Antioquia "Se trata de una reforma inconsulta con otras instancias académicas, civiles económicas o científicas. Los decretos 128 y 131 se retroalimentan mutuamente porque entre los dos se entiende que hay una restricción notable de la prestación de servicios de salud para la población no rica del país. Es decir, que la seguridad social no será financiada con los aportes, sino que es una opción de los ciudadanos acceden con su propio bolsillo y de manera excepcional. Así mismo, el decreto 131 establece que se sigan procedimientos estandarizados en la práctica médica. La que fija esos estándares es una comisión formada por funcionarios del Gobierno. El profesional que no se ciña a estos parámetros, se le podrán imponer multas millonarias y ser juzgados por el tribunal de ética médica. Yo no sé quiénes defienden este mecanismo, cuando he visto que la mayoría de asociaciones se ha pronunciado en contra. Se ha buscado que la medicina tiene mucho de arte y no puede circunscribirse a normas estrictas".

Jaime Restrepo Cuartas, representante a la Cámara. Médico investigador "Antes que nada se tiene que diferenciar enfermedades excepcionales de las catastróficas. Las segundas están incluidas en el POS y el Estado está en obligación de afrontar esas enfermedades. Las excepcionales tienen que ver más con aquellas de orden estético que han ganado presencia a través de las tutelas. El Estado no está en capacidad de cubrirlas, como es el caso de la obesidad. Las excepcionales, según el decreto, se refieren a esas enfermedades. Algo bueno de los decretos es que se quiera fortalecer a la Superintendencia de Salud para el control de la corrupción, porque a ella obedecen muchos problemas financieros. La Ley 1122 creó la Comisión de Regulación en Salud (Cres) que solo entró en funcionamiento dos años después (hace seis meses). Este grupo tiene la misión de regular sin que intervenga el Estado o quienes convierten la medicina en una mercancía. Los decretos no la consultaron ni se ha pronunciado. Creo que los decretos fueron redactados de forma atropellada". Las medidas evitan colapso de la salud: **Álvaro José Cobo, de Asocajas.** "De no tomarse estas medidas, en muy poco tiempo el sistema de salud en su totalidad colapsaría y quedarían todas las personas afiliadas sin la atención debida por la carencia de recursos". Así lo afirma Álvaro José Cobo Soto, presidente de la Asociación Nacional de Cajas de Compensación Familiar (Asocajas), al defender la Emergencia Social y los cambios que se han introducido al régimen de salud. Uno de los aspectos que más destaca es la constitución del Fondo de Prestaciones Excepcionales de Salud, "que separa definitivamente el riesgo en la financiación del sistema a nivel del Plan Obligatorio de Salud y lo no POS (hoy prestaciones excepcionales), para evitar que se ponga en riesgo la operación en detrimento de las personas vinculadas al sistema". Para Asocajas lo importante es que se está garantizando el POS para todos los afiliados y que la atención seguirá en las mismas condiciones sin afectación en ninguno de los niveles de complejidad.

Mauricio Lema, oncólogo Clínica Soma."La medicina es extraordinariamente dinámica y un instante después de su elaboración, esas mismas guías pueden quedar sin vigencia científica. Los pacientes que requieren medicamentos o procedimientos excepcionales (lo que antes llamábamos No POS) van a tener que pagarlos ellos con sus recursos personales, familiares, cesantías, y pensiones. Si demuestran insolvencia, los pagará el Fonpres, mientras dure el fondo, pues no se compromete a cubrir todas las necesidades si no lo que alcance. Si usted es pobre y requiere un tratamiento no POS, le estudian su patrimonio (y el de su familia), le hacen préstamos y, si demuestra insolvencia, puede acceder al Fonpres que es un fondo limitado. Además hay un tema económico: el reto debería ser obtener los fondos y punto. El Fondo de Solidaridad y Garantías Fosyga, que se supone cubre los medicamentos fuera del POS, no paga., porque el Gobierno que inventó estos decretos amarró sus dineros en otras cosas distintas y lo descapitalizó".

"El único objetivo que tiene este Gobierno es cobertura total de salud para todos los colombianos. Por eso hemos pasado de 23 millones de afiliados a 41 millones de afiliados. El único objetivo que tiene este Gobierno es que los colombianos de régimen subsidiado puedan tener el mismo plan de beneficios de los colombianos de régimen contributivo", precisó el **Jefe de Estado**.