

EMERGENCIA SOCIAL

*Es una reforma **centralista** y **regresiva** al amparo de este estado de excepción.*

La emergencia social fue anunciada por el presidente Uribe el pasado 19 de noviembre en una cumbre de gobernadores realizada en Manizales, a raíz de las graves fallas estructurales y financieras que azotan el sistema de salud.

Vale la pena recordar que cuando se discutió el Acto Legislativo que modificó la CP para disminuir los aportes de la Nación al Sistema General de Participaciones que sustituyó al antiguo Situado Fiscal que derogó a la Ley 60 de 1990 y dio paso a la Ley 715 de 2001, se advirtió que el recorte de la progresión de los recursos para salud tarde o temprano afectaría financieramente a las entidades territoriales y al equilibrio del Sistema. Dicho y hecho, a nadie debería sorprender que suceda lo que en aquella época se anunció; siempre se ha sabido que los gastos en salud son crecientes y por ello se había previsto un crecimiento gradual de los recursos de la Nación a los departamentos y distritos.

La crisis explotó con las deudas que el FOSYGA tiene con las EPS, las cuales se acercan, según ACEMI, a los \$900 mil millones. Aunado a la crisis financiera generalizada de los hospitales en el país y la insolvencia de las entidades territoriales para responder por los eventos NO POS:

El estado de emergencia social está contemplado en la Constitución Política de Colombia en el artículo 215 así:

*“**Artículo 215.** Cuando sobrevengan hechos distintos de los previstos en los artículos 212 y 213 que perturben o amenacen perturbar en forma grave e inminente el orden económico, social y ecológico del país, o que constituyan grave calamidad pública, podrá el Presidente, con la firma de todos los ministros, declarar el Estado de Emergencia por períodos hasta de treinta días en cada caso, que sumados no podrán exceder de noventa días en el año calendario.*

Mediante tal declaración, que deberá ser motivada, podrá el Presidente, con la firma de todos los ministros, dictar decretos con fuerza de ley, destinados exclusivamente a conjurar la crisis y a impedir la extensión de sus efectos.

Estos decretos deberán referirse a materias que tengan relación directa y específica con el Estado de Emergencia, y podrán, en forma transitoria, establecer nuevos tributos o modificar los existentes. En estos últimos casos, las medidas dejarán de regir al término de la siguiente vigencia fiscal, salvo que el Congreso, durante el año siguiente, les otorgue carácter permanente.

El Gobierno, en el decreto que declare el Estado de Emergencia, señalará el término dentro del cual va a hacer uso de las facultades extraordinarias a que se refiere este artículo, y convocará al Congreso, si éste no se hallare reunido, para los diez días siguientes al vencimiento de dicho término.

El Congreso examinará hasta por un lapso de treinta días, prorrogable por acuerdo de las dos cámaras, el informe motivado que le presente el Gobierno sobre las causas que determinaron el Estado de Emergencia y las medidas adoptadas, y se pronunciará expresamente sobre la conveniencia y oportunidad de las mismas.

El Congreso, durante el año siguiente a la declaratoria de la emergencia, podrá derogar, modificar o adicionar los decretos a que se refiere este artículo, en aquellas materias que ordinariamente son de iniciativa del Gobierno. En relación con aquellas que son de iniciativa de sus miembros, el Congreso podrá ejercer dichas atribuciones en todo tiempo.

El Congreso, si no fuere convocado, se reunirá por derecho propio, en las condiciones y para los efectos previstos en este artículo.

El Presidente de la República y los ministros serán responsables cuando declaren el Estado de Emergencia sin haberse presentado alguna de las circunstancias previstas en el inciso primero, y lo serán también por cualquier abuso cometido en el ejercicio de las facultades que la Constitución otorga al Gobierno durante la emergencia.

El Gobierno no podrá desmejorar los derechos sociales de los trabajadores mediante los decretos contemplados en este artículo.

Parágrafo. *El Gobierno enviará a la Corte Constitucional al día siguiente de su expedición los decretos legislativos que dicte en uso de las facultades a que se refiere este artículo, para que aquella decida sobre su constitucionalidad. Si el Gobierno no cumpliere con el deber de enviarlos, la Corte Constitucional aprehenderá de oficio y en forma inmediata su conocimiento”.*

De una observación general a los decretos-leyes expedidos en aplicación a la figura de la EMERGENCIA SOCIAL, concluimos que se trata de una verdadera reforma al amparo de esta figura constitucional, saltándose la vía del Congreso de la República. Es una reforma **centralista** y **regresiva** en muchos de sus aspectos, que lesiona los usuarios de los servicios de alta complejidad, afecta en materia grave a las ESE y, algunos de sus apartes no están destinados a conjurar la crisis y a impedir la extensión de sus efectos, toda vez que abarcan temas de la crisis de los hospitales pero no únicamente en el campo fiscal sino de funcionamiento. Con estos decretos-leyes no solo se está tratando de solucionar el problema financiero que fue el sustento de la exposición de motivos del decreto 4975 de 2009 que dio origen al estado de emergencia, sino que se va mucho más allá y el ejecutivo legisla en temas diversos como la autonomía del ejercicio de las profesiones de la salud, para constreñirla, en temas relacionados con el funcionamiento de las juntas directivas de los hospitales y sobre el contenido de los planes de beneficio. Hasta los códigos de ética médica, odontológica y el Código Penal son modificados.

Medidas de choque

La reforma incluye algunas medidas económicas de choque para allegar recursos urgentes al sistema, contenidas en los decretos 4976, *Por el cual se expiden medidas excepcionales con el fin de liberar recursos que permiten garantizar la continuidad en los servicios de salud de la población beneficiaria*; el decreto 073, *Por el cual se expiden medidas excepcionales con el fin de liberar recursos de los saldos excedentes del Situado Fiscal y del Sistema General de Participaciones - Aportes Patronales que permitan financiar la atención a la población pobre no asegurada y los eventos no cubiertos por el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado, y se dictan otras disposiciones*; el decreto 074, *Por medio del cual se introducen Modificatorio al Fondo de Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito -FONSAT- y se dictan otras disposiciones (se incrementa el cubrimiento del SOAT a 1100 SMMLV)*; y el decreto 075, *Por el cual se expiden disposiciones para agilizar la solución de controversias entre las diferentes entidades y organismos del Sistema General de Seguridad Social en Salud*.

Estas son un conjunto medidas sanas que permiten liberar y utilizar saldos de liquidación que permanecían congelados, facilitan los procesos de conciliación, allegan recursos frescos al sistema y permiten agilidad en los pagos tanto a EPS, como IPS públicas y privadas. Hasta ahí debieron llegar las medidas.

Medidas económicas permanentes. Se acaban los subsidios de oferta.

Básicamente contenidas en el decreto 127, *por el cual se toman medidas en materia tributaria*, tendientes a generar nuevos recursos para el sistema, eso sí, la gran mayoría de ellos para el manejo directo y centralizado del Ministerio de la Protección Social:

- ✓ De la tarifa del 48% aplicable a las cervezas y sifones, ocho (8) puntos porcentuales se destinarán a financiar el segundo y tercer nivel de atención en salud. Se gira directamente a los Fondos Territoriales de Salud.
- ✓ Desde el 1 de febrero y hasta el 31 de diciembre de 2010, la tarifa del IVA para las cervezas de producción será del 14%.
- ✓ Los ingresos adicionales recaudados durante el año 2010, por efecto del aumento de la tarifa del IVA, aplicable a la cerveza y a los juegos de suerte y azar, se destinarán por la Nación a financiar las prestaciones excepcionales en salud.
- ✓ A partir del 1 de enero del año 2011 la totalidad de los ingresos recaudados por concepto del IVA a la cerveza y a los juegos de suerte se destinaron a financiar las prestaciones excepcionales en salud.
- ✓ Modifica las tarifas del impuesto al consumo del cigarrillo y el tabaco. Para el año 2010 el 21% del recaudo bruto de este impuesto deberá destinarse a la salud y a partir del 1 de enero de 2011 este porcentaje será del 24%. Estos recursos se destinaron para la unificación de los planes de beneficio.

- ✓ Modifica las tarifas del impuesto al consumo de licores y el 8% de estos se destinarán para la unificación de los planes de beneficio.

Este decreto se complementa con el 132, *por el cual se establecen mecanismos para administrar y optimizar el flujo de recursos que financian el Régimen Subsidiado de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.* En él se establece que el recaudo de las fuentes de financiación del Régimen Subsidiado se realizara mediante un **patrimonio autónomo** según lo determine el Ministerio. SERÁ MANEJADO POR EL MINISTERIO. Los departamentos, distritos y municipios administrarán el Régimen Subsidiado a través del seguimiento y control del aseguramiento de los afiliados al SGSSS dentro de su jurisdicción, SIN SITUACIÓN DE FONDOS.

De complemento, se acentúa la transformación de los subsidios de oferta a demanda. A partir del año 2010 el porcentaje de transformación se incrementará de manera progresiva de acuerdo con la gradualidad de la unificación de los planes obligatorios de salud entre el régimen subsidiado y contributivo que determine el Gobierno Nacional, **sin superar el 90%**. Es decir los subsidios de oferta que manejan directamente las secretarías de salud y que se giran directamente a los hospitales tienden a desaparecer, mientras se fortalecen los recursos de demanda que serán girados directamente a las EPS.

Atentado contra la autonomía profesional

Decreto 131 de 2010, “Por medio del cual se crea el Sistema Técnico Científico en Salud, se regula la autonomía profesional y se definen aspectos del aseguramiento del plan obligatorio de salud”

El Decreto busca que los estándares y las Guías de Atención Integral pasen a ser de obligatorio cumplimiento por parte de médico y odontólogos, lo cual interfiere con la autonomía en el ejercicio de estas dos profesiones. La autonomía profesional, es esa capacidad de autorregulación que genera el cúmulo de conocimiento, experiencia y racionalidad técnico científica y que conduce al profesional a tomar la mejor decisión en bienestar de su paciente.

El cumplimiento obligatorio de unas guías que dejarán de ser tales para convertirse en reglas rígidas, conducen a cercenar el libre desarrollo profesional y a prohibir pensar, coartando el ser profesional. Los estándares dejan de ser una orientación para convertirse en camisa de fuerza; lo que no es posible, porque una guía universal para todo el sistema no contempla las variaciones de modo, tiempo, lugar y desarrollo tecnológico tan diverso en nuestro país. Habrá guías de imposible cumplimiento en las condiciones de la mayoría de los municipios de categorías 4, 5 y 6. Al contrario, algunas IPS de las grandes ciudades superarán la tecnología planteada en las guías.

La autonomía hace referencia a la libertad que tiene una persona para establecer sus normas personales de conducta, es decir, la facultad para gobernarse a sí misma, basada en su propio sistema de valores y principios. El principio de autonomía no es más que el derecho moral al autogobierno y a la independencia intelectual.

Este Decreto al ser aplicado, producirá una avalancha de demandas civiles e incluso penales contra los profesionales de la salud y contra las IPS, lo que genera la práctica defensiva, no deseable, no científica y generalmente muy costosa.

Para males mayores, esta medida se complementa con sanciones a los médicos y odontólogos por salirse sin justificación de los estándares, es decir se crea el "DELITO DE OPINIÓN MÉDICA" punible con multa, y cuando esa conducta "ocasiona daño económico al Sistema". Ahora las supuestas fallas éticas se pagan con plata.

El Decreto 358/10, trató de remendar semejante barbaridad. No obstante, persisten las multas, y persiste la sanción penal con penas de prisión hasta de seis años para los médicos que "sin justa causa nieguen la atención inicial de urgencias".

¿Saneamiento fiscal de las ESE o privatización de la red pública?

Decreto 132, por el cual se establecen mecanismos para administrar y optimizar el flujo de recursos que financian el Régimen Subsidiado de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.

El clasificar el riesgo financiero de los hospitales, aunque el proyecto no lo señala explícitamente, anticipa la intención de liquidar, privatizar o por lo menos reestructurar aquellos hospitales que no demuestren equilibrio financiero, sin ningún otro tipo de consideración. No se toma en cuenta por ejemplo ubicación geográfica, necesidades de la población del área de influencia, responsabilidad social del estado frente a la salud como derecho en aquellas circunstancias en las cuales así el hospital de pérdidas financieras es indispensable para satisfacer las necesidades de salud de la población pobre y vulnerable de su área de influencia.

Se categorizará el riesgo de las ESE así:

- Empresas sociales de Estado **en riesgo bajo**: Aquellas entidades cuyo indicador de equilibrio financiero sea mayor o igual a 1,0
- Empresas sociales de Estado **en riesgo medio**: Aquellas entidades cuyo indicador de equilibrio financiero este entre 0.90 y 0.99.
- Empresas sociales del Estado **en riesgo alto**: Aquellas entidades cuyo indicador de equilibrio financiero sea menor a 0.90 o que no hayan superado el riesgo medio.

Cuando se trate de ESE en riesgo medio, el programa de saneamiento fiscal y financiero no podrá superar el 31 de diciembre del año en el cual se adopta.

Cuando se trate de ESE en riesgo alto, el programa de saneamiento fiscal y financiero no podrá superar dos (2) vigencias fiscales a partir del 31 de diciembre del año en el cual se adopta. Si se incumple el programa se deberán tomar una o más de las siguientes medidas:

- a) Acuerdos de **reestructuración** de pasivos.
- b) **Intervención** por parte de la Súpersalud.
- c) **Liquidación** o fusión de la entidad.

DECRETOS SOBRE EL POS

Decreto 128, por el cual se regulan las prestaciones excepcionales en salud

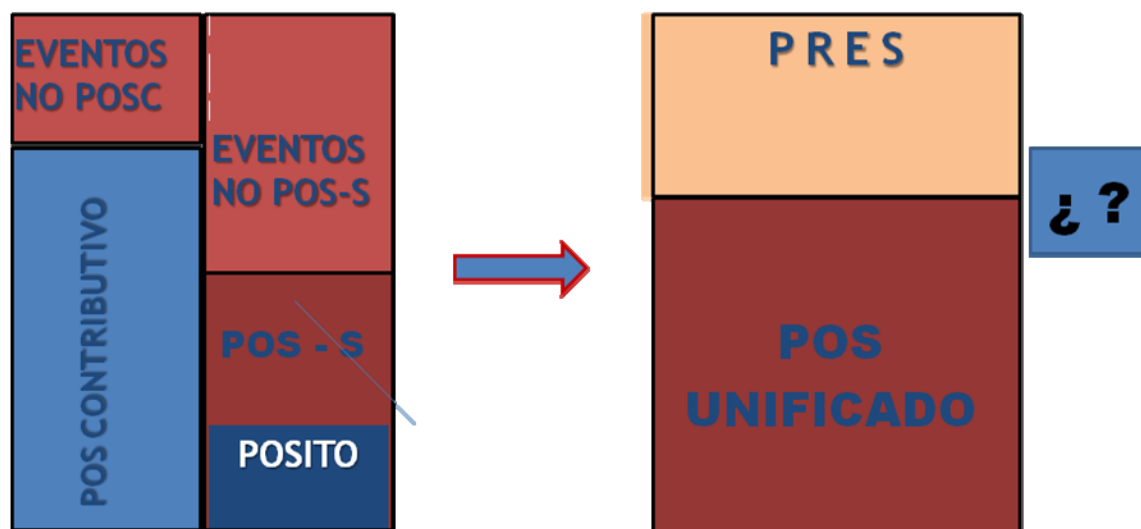
- ✓ Prestaciones Excepcionales en Salud (PRES) = Atenciones no incluidas en POS Contributivo que requieran afiliados tanto al POSS como al POSC, ordenadas por el medico tratante y autorizadas por el Comité Técnico de Prestaciones Excepcionales en Salud.
- ✓ Crea el FONPRES – Fondo de Prestaciones Excepcionales en Salud, el cual recaudara, ejecutará y controlará los recursos para cofinanciación de las PRES. Los recursos serán recaudados y manejados por el Ministerio.
- ✓ El FONPRES se financiara con recursos del IVA a la cerveza y a los juegos de suerte y azar.
- ✓ Las Prestaciones Excepcionales serán cofinanciadas entre el afiliado y de manera subsidiaria con recursos del FONPRES

No se necesita ser mago para entrever que la tendencia será al crecimiento de las prestaciones excepcionales en salud, que serán las patologías de alto costo, que a la postre serán financiadas con gasto de bolsillo de las familias colombianas.

Hemos diseñado una gráfica para ilustrar a la izquierda la situación antes de la emergencia: un POS Contributivo y unas actividades NO POS a cargo del FOSYGA. Un POS Subsidiado, más limitado, con mayor número de actividades NO POS, a cargo de las entidades territoriales, lo que genera la gran parte de la crisis.

Al lado derecho el escenario con los decretos de la emergencia: un POS UNIFICADO, que se prevé más pequeño que le POS Contributivo y unas prestaciones excepcionales crecientes a cargo de los ciudadanos. Por ello, afirmamos que la reforma es regresiva en salud.

Nueva estructura del POS.



Regresiva en Salud

36

Conclusiones

El paquete de decretos plantea la unificación del POS. Un único Plan de Beneficios es deseable, ha sido planteado desde que se formuló la Ley 100 de 1993 y lo ha ordenado la Corte Constitucional en diferentes fallos. No obstante, da la impresión que en el POS unificado se perderán beneficios en relación al POS contributivo y se ganarán en relación al subsidiado. Se nivela por lo bajo.

La reforma planteada en el paquete de decretos busca establecer límites muy precisos al POS unificado, sobretodo precisa que es lo que no cubre, sin resolver el problema de los eventos NO POS que seguirán presentándose. Al contrario se traduce la vocación de dejar la atención de las patologías poco comunes y de alto costo como prestaciones excepcionales, aniquilando la vocación natural del ASEGURAMIENTO que es la garantía de protección contra las contingencias de salud que se presenten a lo largo del ciclo vital.

Esta reforma propone eliminar el porcentaje obligatorio del 60% de contratación con la red pública establecida en la Ley 1122 de 2007, así como las actividades de promoción y prevención que podrán ser contratadas con el sector privado, en detrimento de lo público.

Finalmente, no vemos garantía de la SUFICIENCIA DE LA UPC. Este tema es cardinal y eje financiero del sistema. Si la UPC no es suficiente para garantizar los contenidos del plan de beneficios, o se quiebran los aseguradores que terminan trasladando ese riesgo a los prestadores o terminan negándose sistemáticamente atenciones y afectándose la calidad de los servicios. O sucede de todo y el sistema seguirá siendo inviable.

Por todo lo anterior, **insistimos que lo que hoy se necesita es una revisión de fondo y estructural al Sistema General de Seguridad Social en Salud. Reforma que deberá ser ampliamente debatida en el Congreso de la República.**

HERMAN REDONDO GÓMEZ MD