

La Asociación Colombiana de Economía de la Salud ante la Emergencia Social

La declaratoria de Emergencia Social en diciembre pasado y la expedición de una serie de decretos con fuerza de ley, por los cuales se introducen cambios y se generan nuevos recursos en el sistema de salud, han propiciado una serie de reacciones prácticamente unánimes entre la población, los profesionales de la salud y algunos gremios, respecto a la inconveniencia de estas medidas, a su carácter inconsulto y poco técnico, y a la incertidumbre que pesa entre los ciudadanos, quienes aumentan el temor de perder sus derechos a la atención en salud, y entre los médicos y otros profesionales, quienes sienten amenazado su ejercicio profesional.

Reconociendo el comportamiento inoportuno y desmedido del gobierno nacional, que lo ha llevado a dar marcha atrás en algunas de las medidas que generan las mayores reacciones entre la población y los profesionales de la salud, concretamente el pago de prestaciones con las cesantías en el primer caso y las sanciones económicas en el segundo, la Asociación Colombiana de Economía de la Salud – ACOES– considera que al margen del destino de estas normas en el Congreso de la República y en la Corte Constitucional, es fundamental abordar un debate de fondo sobre los temas que el gobierno ha querido reconocer y resolver, aunque lamentablemente con instrumentos poco apropiados.

Para ACOES, los decretos de la Emergencia Social traen dos conjuntos de medidas sobre los que debe conducirse el debate desde la perspectiva de la economía de la salud, en forma integrada con los planteamientos de otras disciplinas o enfoques. Se trata de la financiación y sostenibilidad del sistema, y de su institucionalidad. En cuanto al primer tema, ciertamente en el país se veía venir un colapso financiero producto especialmente del desbalance creciente entre la dinámica de los cobros por los servicios no incluidos en el POS, por una parte, y el aumento de los recursos, por la otra. Ahora bien, resulta paradójico que mientras se beneficia principalmente a la población del régimen contributivo, con recursos provenientes de sus cotizaciones (Fondo de Solidaridad y Garantía – Fosyga–), la solución planteada por el gobierno haya sido la de no hacer más uso de los recursos del Fosyga y acudir a unos nuevos, derivados del aumento del IVA a la cerveza y a los juegos de suerte y azar. Con esta medida, el recorte para financiar los servicios no incluidos en el POS sería enorme, desde dos billones de pesos en 2009 a un poco más de \$300 mil millones en 2010, y en el próximo año a cerca de \$800 mil millones.

Lo anterior suscita varios interrogantes y puntos críticos para un mayor estudio y debate. En primer lugar, si el gobierno busca no acudir más al superávit que anualmente se genera en el régimen contributivo para financiar las prestaciones no incluidas en el POS, el cual asciende a por lo menos un billón de pesos por año, esto significa que manteniendo alguna reserva para atender contingencias sería posible aumentar el contenido del POS o reducir la cotización. En segundo lugar, al buscar recursos nuevos provenientes de impuestos para atender las prestaciones que no están en el POS, se produce una gran contradicción que vulnera varios de los principios del sistema, en particular la equidad y la eficiencia, pues se acude a un aumento de recursos para financiar lo que ya por otra vía estaría financiado al menos en parte y que beneficia precisamente a la población que goza de la mayor cobertura de servicios.

Así las cosas, ACOES considera más apropiado y conveniente para el país que en primera instancia se brinde claridad sobre el tipo de gastos en los que están representados los cerca de dos billones de pesos destinados al pago de prestaciones no incluidas en el POS. Saber el número de personas beneficiadas, su estrato socioeconómico, la enfermedad y el tratamiento que reciben, entre otros datos para el análisis, puede servir para ilustrar la problemática y en tal caso encontrar evidencias que indiquen si este gasto es o no y en qué medida racional desde el punto de vista social, si es que existen tratamientos que pudieran sustituirse por otros de menor valor e igual efecto para los pacientes, e incluso si existen intereses o beneficios en esta cifra de parte de la industria farmacéutica u otros agentes del sistema. Estamos seguros que si al país se le informa mejor el detalle de estos montos se podrá tener una mejor interlocución y comprensión sobre la problemática del sistema y plantear soluciones de fondo que permitan la racionalización de este gasto.

Reconociendo que resulta imposible sostener un gasto de estas proporciones, en todo caso se llama la atención para evaluar la posibilidad de ampliar el POS del régimen contributivo, reconocer prestaciones no incluidas en el POS con cargo a los recursos que genera este régimen y definir un mecanismo de asignación para las prestaciones no incluidas, con la posible concurrencia de los afiliados. En cuanto a los recursos nuevos, de hacerse realidad, deberían destinarse exclusivamente a la afiliación de población al régimen subsidiado o a la igualación del plan de este régimen con el del contributivo.

El otro tema propuesto por ACOES, sobre la institucionalidad del sistema, guarda relación con el anterior y constituye una gran preocupación pues se considera que el gobierno ha introducido serias distorsiones que afectan la gobernabilidad y credibilidad sobre el sistema, como es evidente en las reacciones de diferentes actores y gremios. El hecho más destacado está representado por la adopción de un sistema paralelo al de la seguridad social, pues la creación del fondo de prestaciones excepcionales en salud –Fonpres– y del organismo encargado de su administración significa, ni más ni menos, que el tema de las prestaciones no incluidas en el POS <que no necesariamente son excepcionales> no hace parte de la lógica de la seguridad social y más bien se traslada a un esquema de asistencia y pago directo, en donde el ciudadano pide ayuda para complementar el pago de ese tipo de prestaciones. Esta medida significa un enorme retroceso, luego de quince años de logros importantes en la cultura de la seguridad social.

La creación de nuevas estructuras y reglas genera mayor incertidumbre sobre las capacidades de protección financiera del Estado para cubrir los riesgos financieros de los hogares, en especial de los más pobres, frente a contingencias de salud no incluidas en el POS. Estas aspiraciones son una evidencia que el gobierno considera no solo insuficientes los recursos para la financiación de la demanda sanitaria, sino que además atribuye la probable ineficiencia en la dinámica de la prestación de servicios a los excesos y la mala práctica de los médicos. Sin embargo, el gobierno deja reconocer un problema que es connatural a la forma como está diseñada la estructura y dinámica del sistema, esto es, los problemas de un sistema que segmenta las poblaciones y fragmenta las prestaciones. Es decir, un sistema cuyo principio de acceso de los ciudadanos a los servicios es el de “mérito reconocido” el cual obliga a identificar previamente el segmento poblacional al cual pertenece la persona que solicita servicios, para luego ser atendido: “Primero se pregunta y después se atiende”. Esta situación no es atendida en los decretos y mucho menos considerada como un fallo



estructural del sistema, que se corrige solo cuando el principio de acceso sea el de ciudadanía y no el de mérito reconocido.

Además de lo anterior, lo que hace aún más compleja la situación con la creación del sistema técnico científico en salud, el gobierno introduce un nuevo organismo similar a la Comisión de Regulación en Salud –CRES–, el organismo técnico científico, con funciones que en buena medida son insumos del trabajo que esta última debe realizar y además de una complejidad inconmensurable. En este sentido, una vez más cobra fuerza la necesidad de acordar un mecanismo legítimo y representativo que permita establecer límites justos sobre las prestaciones de salud, pero ello implica un trabajo muy concienzudo que involucre a la ciudadanía y las profesiones médicas. Resulta casi un imposible pretender administrar la pertinencia del método científico de la salud y la estandarización generalizada de las prestaciones, con la idea que un comité técnico científico hará lo que la sociedad no ha podido realizar en los siglos de desarrollo de las ciencias sociales, médicas y de la salud. Es entendido que el ámbito de las necesidades y las prestaciones presentan en la definición de los diagnósticos un nivel de incertidumbre muy amplio y éste es el pan de cada día en los sistemas de salud.

Con estas consideraciones, ACOES convoca a la reflexión y el planteamiento de alternativas para hacer viable el sistema de salud con instrumentos apropiados, consultando antecedentes y mandatos importantes como la sentencia T-760 de la Corte Constitucional, la cual ofrece una guía para hacer una programación de mediano y largo plazo respecto al plan de beneficios (POS) que queremos y podemos tener los colombianos, respetando el marco del derecho a la salud. ACOES realizará muy pronto una jornada académica y en octubre próximo tomará varios de estos asuntos en su segundo congreso. Finalmente, no puede perderse de vista que tal vez el principal reto que enfrenta el país en materia de salud se refiere al establecimiento de criterios para garantizar que los recursos existentes generen el mayor impacto en el estado de salud y la calidad de vida de la población, teniendo en cuenta el aumento de los costos y las opciones tecnológicas y de medicamentos.

Junta Directiva de ACOES: Jairo Humberto Restrepo (presidente), Diana Pinto (vicepresidenta), Álvaro Franco (Secretario), Gilberto Barón (vocal), Enrique Peñaloza (vocal).

Febrero 23 de 2010