

LA EMERGENCIA SOCIAL: ¿HACIA UN MEJOR SISTEMA DE SALUD?

Diego Palacio

Mauricio Santa María

Guillermo Perry

Marcela Prieto

Diana Pinto

Roberto Esguerra

María Teresa Forero

Humberto de la Calle



Konrad
Adenauer
Stiftung



FEDESARROLLO

Centro de Investigación Económica y Social

FEDESARROLLO

FUNDACIÓN PARA LA EDUCACIÓN SUPERIOR Y EL DESARROLLO

Fedesarrollo es una fundación privada, independiente, sin ánimo de lucro, dedicada a la investigación no partidista en los campos de economía, ciencia política, historia, sociología, administración pública y derecho. Sus principales propósitos son contribuir al desarrollo de políticas acertadas en los campos económico y social, promover la discusión y comprensión de problemas de importancia nacional, y publicar y difundir análisis originales sobre fenómenos económicos y sociopolíticos, nacionales y latinoamericanos que sirvan para mejorar la calidad de la educación superior.



El Consejo Directivo es responsable de vigilar por la adecuada marcha de la administración de la institución y de trazar y revisar los objetivos generales de la fundación. La administración de los programas, del personal y de las publicaciones corre por cuenta del Director Ejecutivo, quien es el representante legal de la fundación. El Director y el Editor de Coyuntura asesorados por un comité interno de publicaciones tienen la responsabilidad de determinar qué trabajos se publican en Coyuntura Económica o en forma de libros o folletos de la institución. La publicación de un trabajo por Fedesarrollo implica que éste se considera un tratamiento competente de un problema y por lo tanto un elemento de juicio útil para el público, pero no implica que la fundación apoye sus conclusiones o recomendaciones.



Fedesarrollo mantiene una posición de neutralidad para garantizar la libertad intelectual de sus investigadores. Por lo tanto, las interpretaciones y las conclusiones de las publicaciones de Fedesarrollo deben considerarse exclusivamente como de sus autores y no deben atribuirse a la institución, los miembros de su Consejo Directivo, sus Directivos, o las Entidades que apoyan las investigaciones. Cuando en una publicación de Fedesarrollo aparece una opinión sin firma, como es el caso del Análisis Coyuntural en las Revistas de la Institución, se debe considerar que ésta refleja el punto de vista del conjunto de Investigadores que están colaborando en la Institución en el momento de la publicación.

DEBATES DE COYUNTURA ECONÓMICA Y SOCIAL






















La emergencia social:
¿hacia un mejor sistema de salud?

Diego Palacio
Mauricio Santa María
Guillermo Perry
Marcela Prieto
Diana Pinto
Roberto Esguerra
María Teresa Forero
Humberto de la Calle

calendario ferial 2010

www.corferias.com

Semana Internacional de la Moda

ene - feb	 <p>BODIES real + fascinante</p>	 <p>XXI International Footwear & Leather Show</p>	 <p>CÍRCULO DE LA MODA DE BOGOTÁ</p>	 <p>II salón de la moda corferias 2010</p>	 <p>Salón Futuro 09'10</p>
	Del 31 de enero al 17 de mayo	Del 16 al 19 de febrero		Del 16 al 21 de febrero	
feb - mar	 <p>VITRINA TURÍSTICA ANATO 2010</p>	 <p>10ª FERIA TECNOLÓGICA E INDUSTRIAL FORESTAL - MADERA - AUBERLE Bogotá, C. Colombia - Mayo 1 al 6 de 2010</p>	 <p>avanza2010 Feria para el empleo y la educación</p>	 <p>ecopetrol Asamblea Ecopetrol</p>	
	Del 24 al 26 de febrero	Del 3 al 6 de marzo	Del 4 al 7 de marzo	25 de marzo	
abril	 <p>6ª FERIA DE JOVENES EMPRESARIOS EIB CAMARA Bogotá</p>	 <p>FEEL 2010 Feria Internacional del Entrenimiento Latin American Bogotá, D.F. - Colombia www.feel.org.co</p>	 <p>IV Expomarketing 2010 Actualizar es tu mejor estrategia</p>	 <p>meditech 2010 feria internacional de la salud</p>	
	Del 8 al 11 de abril	Del 14 al 15 de abril	Del 14 al 16 de abril	Del 20 al 24 de abril	
abr - may	 <p>FADJA COLOMBIA Feria de Alimentos y Bebidas de Colombia</p>	 <p>II babies & kids 2010 feria de los futuros papás, los bebés y los niños</p>	 <p>EJO Exposición Internacional del Cuero e Insumos Maquinaria y Tecnología</p>	 <p>imaginna diseño 2010 la plataforma de la innovación</p>	
	Del 21 al 22 de abril	Del 27 de abril al 2 de mayo	Del 11 al 13 de mayo	Del 12 al 17 de mayo	
jun - jul	 <p>II fima Feria Internacional del Medio Ambiente corferias 2010</p>	 <p>VI alimentec corferias 2010</p>	<p>XXVIII Bogotá internacional espectacular</p>	 <p>Campus Party™ Colombia</p>	<p>Car audio</p>
	Del 2 al 5 de junio	Del 8 al 12 de junio	Del 24 al 27 de junio	Del 28 de junio al 4 de julio	Del 2 al 4 de julio
julio	<p>Expovinos</p>	 <p>X feria de las colonias corferias 2010</p>	 <p>BICENTENARIO de la Independencia Más Colombia</p>	 <p>unaga UNION NACIONAL DE ASOCIACIONES GANADERAS COLOMBIANAS</p>	 <p>minería 2010 corferias Bogotá Colombia</p>
	Del 8 al 10 de julio	Del 15 al 25 de julio	Del 15 al 25 de julio	Del 15 al 25 de julio	Del 29 al 31 de julio



Para ofrecerle un mejor servicio Corferias ahora administra

jul - ago	 EXPO Novias	 XXII International Footwear & Leather Show	 VI Sala Logística de Las Américas	 23ª FERIA INTERNACIONAL DEL LIBRO DE BOGOTÁ	 IX belleza y salud corferias 2010
	Del 30 de julio al 1 de agosto	Del 3 al 6 de agosto	Del 4 al 6 de agosto	Del 11 al 23 de agosto	Del 26 al 29 de agosto
sep - oct	 XXVII feria del hogar corferias 2010	 EXPOGESTION EL GRAN FORO DEL CONOCIMIENTO	 V GRAN SALÓN INMOBILIARIO MAS OPORTUNIDADES PARA SU MEJOR INVERSION	 II expo inversión colombia 2010	
	Del 2 al 19 de septiembre	Del 22 al 24 de septiembre	Del 23 al 26 de septiembre	Del 23 al 26 de septiembre	
Feria Internacional de Bogotá					
octubre	 XXVIII feria internacional de bogotá exposición industrial corferias 2010	 Iacaire Asociación de Cafeteros	 ES EFFICIENCY SECURITY	 6ª EXPO METALURGIA ANDI	
		 5ª EXPO ENERGIA	 2ª EXPO ALEMANIA 2014-2015-2016-2017 (Germania tiene la palabra)	 COLOMBIAPLAST EXPOEMPAQUE 2010	
Del 4 al 8 de octubre					
oct - nov	 Exp Estudiante	 artBO FERIA INTERNACIONAL DE ARTE DE BOGOTÁ 2010	 V gastronomía corferias 2010	 XII salón internacional del automóvil corferias 2010	
				Del 13 al 17 de octubre	Del 20 al 25 de octubre
nov - dic	Car audio	 63ª feria nacional cebu corferias 2010	 XX Expoartesánias	 BUREAU VERITAS Certification CC231090	
				 ufi The International Association of the Exhibition Industry	
Del 18 al 21 de noviembre	Del 24 al 28 de noviembre	Del 7 al 20 de diciembre	<p>Carrera 37 No. 24 - 67 Bogotá, Colombia - Corriente: (571) 381 0000/30 Fax: (571) 428 2622 - 344 5503 Email: info@corferias.com CORFERIAS SE RESERVA EL DERECHO DE MODIFICAR ESTE CALENDARIO Programación sujeta a cambios - mayo de 2010.</p>		
 corferias del Pacífico	 Feria de Regiones 2010 El País de Flandes, Comunidad Valenciana y Aragón. 2010 Departamento de Flandes, en el País de Flandes	 educando 2010 La Red de la Educación Superior	 Expo inversión Perú 2010 Un mundo de oportunidades	 EXPOINDUSTRIA 2010 Feria Internacional de Negocios, Equipos, Inversión y Servicios para la Industria Industrias que crean Industrias	
Del 6 al 8 de agosto	Del 26 de agosto al 2 de septiembre	Del 14 al 15 de octubre	Del 25 al 27 de noviembre		

directamente sus parqueaderos y reduce en un 40% las tarifas.

FEDESARROLLO

Calle 78 No. 9-91

Tels.: 325 97 77

Fax: 325 97 70

A.A.: 75074

<http://www.fedesarrollo.org.co>

Bogotá, Colombia

Edición

Natalia Millán

Redacción de textos

Carlos Alberto Castañeda

José Luis González

Claudia Quintero

Adriana Sabogal

Artes y diseño

Formas Finales Ltda. | formas.finales@gmail.com

Tel.: 478 50 37

Bogotá, D.C.

La Imprenta Editores S.A.

Calle 77 No. 27A-39

Bogotá, D.C.

Impresa y hecha en Colombia

Printed and made in Colombia

Contenido

Presentación	9
Emergencia social: aseguramiento en salud, recursos del sistema y protección al usuario <i>Diego Palacio</i>	11
El sistema de salud, la equidad, las finanzas públicas y la emergencia social: ¿vamos por el camino correcto? <i>Mauricio Santa María</i>	14
La emergencia social y el financiamiento de la salud <i>Guillermo Perry</i>	18
Aspectos legales e institucionales en relación a la constitucionalidad de los decretos de emergencia social <i>Marcela Prieto</i>	21
¿Cómo racionalizar el gasto en el sistema de salud? <i>Diana Pinto</i>	24
Autonomía médica vs. regulación médica <i>Roberto Esguerra</i>	28
Impacto y expectativas de los departamentos frente a la declaratoria de emergencia social <i>María Teresa Forero</i>	31
Aspectos jurídicos de la declaratoria de emergencia social en salud <i>Humberto de la Calle</i>	33

Presentación

Pocas veces hemos tenido la oportunidad de sumar esfuerzos con el Instituto de Ciencia Política y la Fundación Konrad Adenauer Stiftung para tratar un tema de tanta importancia como el que hoy nos convoca y que lamentablemente uno creería no está siendo tratado de la manera más conveniente. En Fedesarrollo y en el Instituto de Ciencia Política buscamos fomentar el debate para mejorar el diseño y la implementación de la política pública y este es en últimas el objetivo de este foro, La emergencia social: ¿Hacia un mejor sistema de salud?

En esta oportunidad, se ha congregado un grupo de expertos que sin apasionamientos podrá ofrecer un foro donde las cosas no serán vistas como blancas ni negras. Se espera que el resultado de este debate sea proporcionar ideas, razones y motivos para que los que tienen que tomar las decisiones se queden con lo bueno, reformen lo malo y descarten lo feo.

El debate se divide en las siguientes presentaciones: En primer lugar, el Ministro de la Protección Social Diego Palacio presentará los hechos que inspiraron

la promulgación de los decretos de emergencia social y un panorama sobre la situación actual del sistema de salud en materia de cobertura, recursos y protección al usuario.

En segundo lugar, el Director adjunto de Fedesarrollo, Mauricio Santa María discutirá la desfiguración en el tiempo de las buenas intenciones de la Ley 100 y las serias falencias del sistema de aseguramiento actual; además expresará su opinión sobre si los decretos de emergencia atacan los problemas que hace algún tiempo caracterizan al sistema de salud de nuestro país.

En tercer lugar, Guillermo Perry, ex Ministro de Hacienda y actual investigador asociado de Fedesarrollo, con base en estudios previos se concentrará en el financiamiento del sistema, las medidas tributarias de los decretos y los aspectos que motivaron la declaratoria.

Finalmente, la directora ejecutiva del Instituto de Ciencia Política Marcela Prieto hablará de un punto

complementario a la labor de Fedesarrollo: los aspectos legales e institucionales de la constitucionalidad de los decretos, y los trámites que deben cursar para ser trámite del ordenamiento jurídico.

Adicionalmente, nos acompañan varios expertos en el tema: Diana Pinto, investigadora asociada de Fedesarrollo, el doctor Roberto Esguerra, Presidente

de la Junta Directiva de la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas, quien es probablemente la persona con más experiencia en el país en el sector de la salud, María Teresa Forero, directora ejecutiva de la Federación Nacional de Departamentos, ex Ministra de Salud, y finalmente el ex Vice-presidente Humberto de la Calle, abogado constitucionalista.

Roberto Steiner
Director Ejecutivo de Fedesarrollo

Emergencia social: aseguramiento en salud, recursos del sistema y protección al usuario

Diego Palacio¹

El país debe hacer la discusión sobre la emergencia social en dos frentes. El primero, si se comparten o no las reformas, el alcance de las mismas y si éstas son o no suficientes. El segundo frente corresponde a una reflexión que el país poco ha profundizado y es, ¿qué pasaría si no se toman estas medidas?

El sistema necesita medidas de fondo, algunas de ellas de choque como las que se han implementado en el marco de la emergencia. Ningún colombiano se debe oponer al aumento de recursos, la racionalización de estos, así como a destrabar los que ya han sido girados al sistema, hecho que estaba empeorando los problemas de liquidez. Tampoco deben ir en contra de la creación de instrumentos que busquen la reducción de abusos (como en el tema de medicamentos o dispositivos, entre otros), la creación de mecanismos adicionales que ayuden a luchar contra la corrupción, a aumentar la cobertura

nacional en el régimen subsidiado que actualmente cuenta con 22 millones de beneficiados, así como la posibilidad de modificar los planes de beneficio que se le ofrecen tanto al régimen contributivo como al subsidiado con el fin de lograr mayor efectividad y eficiencia en la prestación de servicios, generando un gran impacto a nivel social y económico.

Este es un tema complejo y sensible en la sociedad, pues además el sistema administra una gran cantidad de recursos; de allí la importancia de la participación de otros actores externos al sistema como Fedesarrollo, el comité intergremial y el surgimiento de espacios como éste para generar una amplia discusión al respecto. En palabras de Luis Carlos Villegas: "Después de un análisis completo de la totalidad de los decretos, tenemos medidas muy buenas, buenas y malas, pero que sumadas las muy buenas y las buenas superan con creces a las medidas que no nos gustan".

Los actores son necesarios e importantes para que opinen y ayuden a la construcción del sistema; estos

¹ Este documento es un resumen de la presentación de Diego Palacio, Ministro de la Protección Social, elaborado por Claudia Quintero.

posibilitan la realización de una lectura integral donde se puede afirmar que hoy estamos más lejos de una crisis de la que podíamos estar anteriormente. Sin embargo, no se puede pretender una emergencia social en la que todos ellos estén contentos, pues existen múltiples intereses de por medio.

Sobre el caso del Plan Obligatorio de Salud (POS), es importante aclarar la confusión que existe entre la población sobre el mensaje dado a la opinión pública respecto a que este plan se va a disminuir. Por el principio de progresividad de los derechos fundamentales, la Constitución no permite que existan disminuciones de algunos beneficios que ya han sido apropiados e incorporados por parte de la población. El gobierno sabe muy bien que estas reducciones no son posibles, pero al mismo tiempo sabe que es necesaria la existencia de estudios que permitan aplicar principios de costo efectividad, por lo cual la importancia de contar con un mecanismo juicioso y serio que le permita evaluar para determinar, dentro de sus condiciones, qué se puede o no incorporar en el POS.

Mirando hacia atrás se puede afirmar que, en primer lugar, todos sabían que no eran decisiones fáciles. Segundo, hubiera sido mucho más fácil para el gobierno no tomar ninguna decisión de fondo y simplemente conseguir más recursos para el sistema, como lo han hecho otros gobiernos con respecto a otros temas. No se quiso limitar la intervención del Estado; eso no hubiera sido responsable ni con el país, ni con el gobierno, ni con los actores del sistema, pues más que conseguir recursos se necesitan medidas de fondo para optimizar el flujo de los recursos ya existentes y administrarlos de manera más racional y eficiente, como las tomadas bajo la figura de la emergencia social.

Por otra parte, para poder encontrar estas fuentes internas se necesitaba obligatoriamente tocar temas estructurales y operativos de funcionamiento del sistema sin dejar el aseguramiento como elemento central al cual el país le ha venido apostando. Es interesante, en el marco de este foro, poder complementar la visión de esta reforma con las discusiones, preguntas y críticas que puedan existir, pero con la convicción que puede haber discusión sobre la forma pero no sobre el fondo de la misma.

En cuanto a la preocupación sobre la necesidad de actualizar el POS, el gobierno comparte esta inquietud; no obstante, antes del año 2006 no existían los instrumentos que permitieran hacer una buena actualización: El último estudio de carga a la enfermedad se había hecho en el año 1989 y en el año 2007 se realizó un estudio a nivel regional, identificando las cargas de enfermedades para crear sobre éste un mecanismo sistemático de la actualización del POS.

Muchas personas piensan que debemos echar el sistema para atrás, ante lo cual uno se pregunta, ¿por qué será que en Colombia siempre pensamos no en arreglar y construir sino en crear algo nuevo? No lo dejamos consolidar, este es un sistema que lleva 17 años, que apenas está en construcción, por lo que exige estar en permanente cuidado para mirar cómo lo podemos ir adecuando. Tenemos que buscar afanosamente los mecanismos que nos permitan ir modulando y actualizando aquellas dificultades, pero sin entrar en la discusión de eliminar el modelo de aseguramiento. Es clara la necesidad de ponerle límites a los servicios que el sistema de aseguramiento puede prestar: sin embargo esto no es una tarea fácil en la práctica.

Así como han existido fallas para detectar problemas, el sistema ha mejorado, ha venido ampliando la cobertura, se ha incrementado la oferta de servicios de salud, la calidad de los mismos, de capacidad tecnológica y la separación de las fuentes de financiación del POS. Ahora bien, la discusión va por buen camino, pues ya no sólo se trata de mayor cobertura, sino de buscar un equilibrio entre la calidad de la atención que reciben los usuarios y la necesidad de racionalizar los recursos.

En cuanto a ¿por qué esta reforma no se llevó a cabo por medidas ordinarias sino excepcionales con la figura de emergencia social?, existen varias dificultades en realizar reformas con medidas ordinarias; un ejemplo claro es que el proyecto de ley de los juegos de suerte y azar duró cuatro años en el Congreso sin posibilidad de salir adelante. El ejecutivo, a diferencia del legislativo o del académico del tema, debe buscar no sólo lo ideal sino lo posible; de esta manera, la emergencia social permite un avance. Que el gobierno se haya quedado corto en algunas cosas es posible, pero hay progresos importantes y todas las medidas tienen su respectiva causalidad.

Adicionalmente, se ha planteado el tema del costo desmedido del gasto no POS. ¿Por qué se incrementó fuertemente en tan corto tiempo? Lo que se puede manifestar es lo certificado por las Entidades Promotoras de Salud (EPS) del régimen subsidiado y las mismas gobernaciones, y por ejemplo en el caso de Antioquia entre el año pasado y este año, el déficit que tenía la Gobernación por servicios no POS pasó

de 7 mil millones de pesos a 120 mil millones. En general, es importante reconocer que no todos los instrumentos con los que se cuentan hoy existían hace uno o dos años, lo cual evidenció la falta de información actualizada del sistema.

Se debe buscar la manera de optimizar el funcionamiento del sistema de salud, cómo prestar más calidad y oportunidad en la atención, pero también hay que entender la evolución que Colombia ha tenido, pasando de una epidemiología de un país en vía de desarrollo a una carga de la enfermedad muy cercana a la de un país desarrollado. Es decir, se ha evolucionado de forma importante y eso exige la movilización de la población frente al comportamiento cotidiano, pues las actividades orientadas hacia la prevención hacen parte de una forma de vida que tienen que asumir directamente los ciudadanos.

Finalmente, al evaluar las medidas se cree que gran parte de éstas eran necesarias aunque tal vez no son suficientes; pero eso hace parte de otra discusión. Que se podrían haber hecho más cosas o de forma diferente es claro, pero no existe la menor duda que se necesitaban medidas de fondo. Bienvenido el debate, en el cual no sólo participen las entidades al interior del sistema. En foros como éste donde entidades externas son analistas, evaluadoras, estudiosas del sistema lo puedan calificar, pues el sistema de salud se encuentra integrado con la economía, con la superación de la pobreza en Colombia y el bienestar de la sociedad y es por eso que estos espacios enriquecen enormemente la discusión.

El sistema de salud, la equidad, las finanzas públicas y la emergencia social: ¿vamos por el camino correcto?

Mauricio Santa María¹

Esta presentación se centra en tres temas importantes: i). Los principales problemas del sector salud; ii). Las propuestas de Fedesarrollo sobre el tema de la salud; y iii). ¿Qué han hecho los decretos de emergencia social para mejorar el panorama financiero nefasto del sector? ¿Es el camino correcto?

En 16 años de la Ley 100 no hay duda de la mejoría en cobertura y acceso a servicios en salud para las personas de bajos recursos, pero es innegable que la estructura y su financiamiento presentan cuatro graves problemas hoy en día.

- El modelo de aseguramiento planteado en la Ley 100 de 1993 se ha desvirtuado:

El Plan Obligatorio de Salud (POS) no está bien definido ni delimitado. Existe un contrato de aseguramiento que no es transparente. Tanto sus caracte-

terísticas y los incentivos perversos que genera este modelo, como el activismo judicial, generan costos que inicialmente no se preveían. En efecto, el gasto de los eventos no POS se duplicó en 2009 (\$900.000 millones) y el gasto en recobros por eventos no POS se multiplicó por quince entre 2002 y 2008, lo que generó en 2009 un aumento en el déficit de los departamentos. Estos costos, la falta de efectividad y la desactualización del POS han minado el equilibrio entre ingresos y egresos del sistema.

Por otro lado, el sistema al estar financiado por impuestos a la nómina crea una carga sobre el empleo formal en un país donde el 60% de la población es informal. Se ha observado que el empleo informal ha aumentado en particular para los trabajadores cuenta propia.

Paradójicamente, esta categoría desde mediados de los años noventa ha sido la categoría que más empleo ha generado, mientras que el número de trabajadores asalariados ha permanecido relativamente constante.

¹ Este documento es un resumen de la presentación de Mauricio Santa María, Director Adjunto de Fedesarrollo, elaborado por Adriana Sabogal.

El hueco fiscal se ha acrecentado por el activismo judicial de la Corte Constitucional como por ejemplo la Sentencia T-760 de 2008 que demanda más recursos para igualar los planes de beneficios, la importancia que se ha dado a los comités técnico científicos y la meta de alcanzar una cobertura de salud universal.

No se puede pretender tener al mismo tiempo un sistema de salud financiado, en parte, con impuestos a la nómina, una economía donde la formalidad aumente y un plan ilimitado de beneficios para todo el mundo.

Otro gran problema del sistema de aseguramiento en salud en Colombia es que la contratación por capitación en el régimen subsidiado convierte a las EPS en costosos intermediarios. En efecto, las EPS del régimen subsidiado reciben una Unidad de Pago por Capitación (UPC) por cada afiliado; luego las EPS contratan a las IPS para que otorguen un número determinado de servicios a sus afiliados. De aquí se desprenden dos resultados diferentes: i) las IPS y los hospitales asumen el riesgo financiero frente a los riesgos de salud de esta población; y ii) se restringe el acceso de los usuarios a los servicios contratados entre las EPS y las IPS.

- ❑ A pesar de los grandes avances en términos de cobertura del sistema (aproximadamente 90% de la población está hoy cubierta), se observa un desbalance en la cobertura, ya que un 60% de la población se encuentra en el régimen subsidiado frente a un 40% en el régimen contributivo. Este fenómeno pone en riesgo la sostenibilidad financiera del sistema.

Este desbalance genera un círculo vicioso donde la informalidad y los problemas de financiamiento se profundizan, ya que los incrementos en cobertura incrementan las necesidades en recursos fiscales, o sea que incrementan la carga a la nómina generando una reducción de la base de aportantes y a su vez la reducción de la base de aportantes genera menores recursos para el sistema. Por otro lado, los incrementos en cobertura implican un cambio en los incentivos que genera informalidad y por ende, menos aportantes al financiamiento del sistema. Hay que resaltar que los incentivos son importantes. En la Encuesta Social Longitudinal de Fedesarrollo (2007-2008), más del 40% de las personas encuestadas no están dispuestas a perder los beneficios del régimen subsidiado por un trabajo formal.

- ❑ Por último, todo se complica aún más cuando se observa la necesidad de igualar los Planes Obligatorios de Salud (POS), ya que la igualación produciría un déficit estructural de más de 1% del PIB.
- ❑ En adición a los problemas anteriormente descritos, existe un grave problema de información dentro del sistema. Por ejemplo, en realidad hoy en día en el sistema hay 37 millones de afiliados y no 41 millones.

Fedesarrollo ha realizado diferentes propuestas para resolver algunos de los problemas diagnosticados en el sector salud. Es necesaria una reforma estructural que establezca dos pilares: un primer pilar solidario financiado por impuestos generales que garantice el derecho a la salud a todos los colombianos y un segundo pilar contributivo, similar al

existente actualmente. El hecho de que el primer pilar se financie por medio de impuestos generales disminuiría los incentivos a la informalidad y sería más equitativo.

Por otro lado, es necesaria una actualización del POS respondiendo a características y necesidades de la población, y su posterior actualización periódica. Una vez se haya delimitado y actualizado el POS, es necesario crear mecanismos para reforzar su aplicación y cumplimiento, tal vez mediante una ley estatutaria que asegure su aplicación.

De igual forma, Fedesarrollo cree que es necesario encargar la administración del régimen subsidiado a los departamentos, para que ellos regulen los flujos de servicios y dinero necesarios para su funcionamiento y además aprovechen las economías de escala que se generan. En el mismo sentido, se propone la eliminación del pago por capitación como forma de contratación, ampliar las fuentes de ingresos por medio de impuestos generales y por último, una reforma del mercado laboral que oriente los incentivos al empleo formal, como forma de ampliar los ingresos por cotización y así, reducir la presión sobre la situación financiera del sector salud.

Dentro de este contexto, ¿qué hicieron los decretos de emergencia social? Fedesarrollo comparte de manera general los lineamientos de la reforma y el espíritu de ésta, ya que se establecen por primera vez mecanismos explícitos y límites reales a la prestación del servicio de salud, a través del régimen de prestaciones excepcionales y la definición de un POS que consulte los temas epidemiológicos y

características importantes de la población con un plazo máximo de seis meses para su definición.

Por otro lado, Fedesarrollo cree que las medidas tributarias generarán más recursos para aliviar la situación financiera del sector. La regulación de la contratación por capitación propuesta en los decretos de emergencia social disminuirá el riesgo de las IPS. En adición, la obligación de revisar las competencias de los entes territoriales permite discutir la conveniencia o no de la administración del régimen subsidiado por parte de los municipios.

Y aunque Fedesarrollo comparte la mayoría de las reformas propuestas por los decretos, tiene dudas respecto a diferentes aspectos, tales como: el funcionamiento del Comité de prestaciones excepcionales, los mecanismos para determinar la capacidad de pago de los individuos que solicitan prestaciones excepcionales, el uso de los recursos del Fondo de Prestaciones Excepcionales en Salud (FONPRES), la definición y actualización del POS, entre otros.

Se observa que el Comité de prestaciones excepcionales aunque se crea como un mecanismo para la racionalización de las prestaciones no POS o excepcionales, parece no ser la medida adecuada, ya que puede generar más burocracia y los retrasos en la implementación pueden generar consecuencias nefastas en la prestación del servicio de salud. En esta misma línea, los mecanismos que se otorgan al Comité para determinar la capacidad de pago del solicitante de tratamientos excepcionales, no parece clara ni viable. Fedesarrollo se interroga sobre por qué no se utilizan preferiblemente herramientas existentes, tales como el SISBEN. En cuanto

a que los recursos del FONPRES sean destinados para la financiación de los servicios excepcionales no parece adecuado, ya que, la priorización estará determinada por el momento en el que se demanden los servicios.

En cuanto a la definición y actualización del POS, resulta crucial hacer claridad sobre el nivel al cual se unificarán los planes de beneficios, ya que, la igualación en el nivel contributivo implica recursos adicionales cercanos a 1% del PIB (con los recursos adicionales que surgirán con los decretos de la emergencia social no alcanza para la igualación del POS). Adicionalmente, resulta preocupante la responsabilidad de la Comisión de Regulación en Salud (CRES) en la actualización del POS, ya que su

capacidad institucional es muy limitada. De igual forma, hay que estudiar con detenimiento el mecanismo de control de precios a los medicamentos propuesto en la emergencia social.

En todo caso, Fedesarrollo considera que quedan cosas en el aire; por ejemplo, el problema de información del sistema y la escasez de los recursos del sistema de seguimiento siguen sin solución. Los problemas del sector merecían medidas profundas y el tema de la reforma a la salud apenas comienza. Es importante que ya se hayan comenzado a tomar medidas aunque éstas fueron un poco tomadas a la carrera, pero el debate continúa y debe abordarse de manera oportuna para no caer en mayores problemas en un futuro cercano.

La emergencia social y el financiamiento de la salud

Guillermo Perry¹

Esta presentación se hará basándose en tres aspectos fundamentales: unos aspectos estructurales que la reforma de la emergencia social no toca; unos aspectos emergentes que aparecieron gravemente en los últimos tres años y que se concentraron en una emergencia social en los departamentos; y luego, se mira en algún detalle las modificaciones fiscales que se realizaron a través de los decretos.

Los economistas colombianos no cayeron en cuenta que la Ley 100 de 1993 no era viable financieramente y que tenía un problema de incentivos. Existen dos graves problemas estructurales: i) existe un desbalance ya que muy pocos pagan, subsidiando la salud de la gran mayoría, para que todos tuvieran acceso a un mismo servicio de salud; y ii) existe un problema financiero en el sector que se agravará cuando se haga efectiva la igualación del Plan Obligatorio de Salud (POS) contributivo y subsidiado, -dependiendo

de dónde se haga esta igualación por incentivos políticos-. En adición, parece una aberración no haberse dado cuenta de los incentivos perversos de financiar el sistema de salud con el cobro de impuestos al trabajo formal, ya que esto ha aumentado la informalidad, aunado a la existencia de un salario mínimo elevado. Este un problema de fondo que la reforma no soluciona, ya que vamos a seguir financiando el sistema con impuestos al trabajo formal.

Por otro lado, existen dos aspectos emergentes: aumento en la exigencia de pagos que no estaban contemplados ni calculados en el sistema tales como: los servicios y tratamientos no POS y sus recobros que deben ser pagados en parte por los departamentos. Los departamentos no tienen los recursos financieros para responder por estos gastos, ya que las transferencias del Sistema General de Participaciones han venido cayendo, mientras que las exigencias que sobre ellos pesan no han disminuido.

Los gastos excepcionales han aumentado en parte por el activismo judicial de la Corte Constitucional,

¹ Este documento es un resumen de la presentación de Guillermo Perry, Investigador Asociado de Fedesarrollo, elaborado por Adriana Sabogal.

sus interpretaciones sobre el derecho a la salud y el aprendizaje que han tenido los pacientes con el proceso de tutelas. El problema es que la Corte Constitucional ha incurrido en una incoherencia de fondo en el tema de la salud ya que, en la Sentencia en la cual declaró constitucional la Ley 100, dijo que el Congreso de la República y el Gobierno tienen derecho a organizar la prestación del servicio de salud como un sistema de aseguramiento. Lo que implica que se acepta que se asegure a los ciudadanos contra ciertos riesgos y otros no, pero luego, la Corte comenzó a vincular la salud con derechos fundamentales como el de la vida, el de la dignidad, el del libre desarrollo de la personalidad, y cualquier prestación de salud se volvió exigible como parte del contrato de seguro, cuando en realidad no lo era. Y esta es una contradicción de fondo que algún día habrá que resolver.

Los desbalances financieros y las excesivas responsabilidades cargadas a los departamentos hacen que parezca razonable pensar en la elaboración de los decretos de emergencia social. Los recursos que tienen los departamentos para financiar la salud son los impuestos a cigarrillos, tabacos, alcoholes y juegos de azar. Estos decretos buscan, entre otros, atacar la falta de recursos para financiar la salud a nivel departamental. Se observa que las modificaciones realizadas a los impuestos departamentales generarán recursos adicionales que aliviarán, en el corto plazo, el déficit departamental, aunque se hubiera podido optimizar y obtener un recaudo aun mayor. Es totalmente razonable poner impuestos a los cigarrillos, tabacos y alcoholes, ya que estos elementos generan cargas adicionales al sistema de salud. Los juegos de azar también pueden generar externalidades negativas, por ende es racional cobrar impuestos.

Los recaudos por cigarrillos y tabaco han mostrado ser relativamente estables en el tiempo, por lo cual es una fuente importante para los departamentos, aunque han demostrado no crecer mucho. Fedesarrollo recomendaba unificar las tarifas de los cigarrillos, como se hizo, con la diferencia de que se unificó a un nivel inferior, mientras que se había propuesto unificar al nivel máximo. La gradualidad de ir aumentando las tarifas a lo largo del tiempo también tiene sentido.

En el 2009, la Misión de Departamentos junto con Fedesarrollo, elaboraron un estudio promovido por la Federación Nacional de Departamentos en donde se presentan los problemas crecientes de financiamiento de la salud en los departamentos. En gran medida este estudio fue la base para decretar la emergencia social y en él se encuentran algunas de las propuestas que se retomaron en la emergencia social.

En cuanto a las bebidas alcohólicas, en Colombia se le ha dado un tratamiento diferencial a la cerveza aun siendo un alcohol. Es cierto que la cerveza ha venido aumentando en consumo y en recaudo más que los licores. Esta Misión Departamental propuso dejar dos tarifas de las cinco existentes actualmente, pero que funcionen por grado alcohólico, ya que el daño a la salud depende del grado alcohólico. La propuesta ideal que propuso Fedesarrollo era una tarifa por 250 c.c., incluyendo la cerveza y cambiando la forma en que ésta se grava. Adicional a esto, se quería por razones de equidad un impuesto ad-valorem del 30% para valores superiores a 75 mil pesos. Más adelante en Fedesarrollo, se pensó en vez de tener un impuesto ad-valorem, recuperar esas rentas a través de un IVA

de 16% incluyendo la cerveza. El Gobierno en la emergencia social tomó un IVA (la alternativa 1, que era la que menos recomendaba la Misión), pero dejó por fuera la cerveza, aunque para compensar le puso un IVA a la cerveza del 16%.

Por otra parte, el monopolio rentístico de los licores y juegos de azar a nivel departamental es un reducto de la colonia. En la Constituyente del 91 se quería eliminar, pero hubo tanto lobby que sobrevivieron estos monopolios, que hoy en día ni son rentísticos, ni son monopolios. Adicional a esto generan en su mayoría pérdidas, son arbitrarios y obsoletos, por lo cual se debería pensar en eliminarlos. Esta es otra reforma estructural que queda pendiente.

En la parte de los juegos de azar, las loterías cada vez dan menos y la mitad de las loterías no son arbitrios rentísticos; dan pérdidas. Estos monopolios son el clientelismo total en cuanto a asignación de licencias de loterías y corrupción, lo que genera un desangre a los recursos de la salud. Por tanto, la propuesta de Fedesarrollo era mejorar controles, por lo cual la propuesta de la emergencia social de poner el IVA del 16% es completamente razonable. Pero quedan cosas importantes por hacer todavía, como los monopolios de los juegos de azar. Se debería pensar en hacer una lotería nacional para aprovechar economías de escala. Estas modificaciones a los impuestos que financian la salud a nivel departamental, según la emergencia social, generan recursos adicionales por 514 mil millones de pesos. Pero si se hubiera hecho la reforma como propuso la Misión Departamental y Fedesarrollo, los recaudos habrían sido tres veces más importantes (alrededor

de 1'562.675 millones de pesos). En parte porque recuperaban un impuesto general a las bebidas azucaradas y gaseosas, también por ser productos que afectan la salud y que generan cargas adicionales al sistema de salud.

En conclusiones sobre esta parte, la emergencia social tiene cosas buenas, malas y feas.

Lo bueno: Se arbitran recursos importantes para los problemas emergentes; los problemas estructurales del sistema no se tocan. Son reformas importantes mas no sabemos si son suficientes. Todo depende de cómo siga siendo la dinámica un poco imprevisible de los eventos no POS que han afectado el sistema. Los gravámenes a las bebidas alcohólicas, cigarrillos y juegos de azar van en la dirección correcta pero todavía hay cosas que mejorar. La unificación de las tarifas de cigarrillos es conveniente, los controles del IVA sobre los juegos de azar son convenientes.

Lo malo: No se resuelven problemas estructurales, pero seguramente estos no se podían resolver por emergencia; lo malo es que no se hayan resuelto en ocho años o más de saber los problemas estructurales existentes. Es malo que no se unifiquen los tributos de la cerveza con los de las otras bebidas alcohólicas. Igualmente es malo que el Gobierno no haya cuestionado sobre la necesidad de eliminar los monopolios rentísticos que no generan rentas para la salud sino pérdidas.

Lo feo: Usar la emergencia social para bajar la tributación a algunos productores. Es algo que no tiene presentación.

Aspectos legales e institucionales en relación a la constitucionalidad de los decretos de emergencia social

Marcela Prieto¹

Partiendo de la declaratoria de emergencia social, se cita un párrafo del Decreto 4975 23 de diciembre de 2009, donde se define la salud como un derecho autónomo, que requiere por parte del Estado la garantía de su goce efectivo para todos los habitantes del territorio nacional y que es susceptible de limitaciones, con sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad.

Se quiere comenzar por unas consideraciones que tocan tangencialmente algunos de los puntos tratados por los otros expositores. Evidentemente se requiere una reforma estructural del sistema de salud. En esto todo el mundo está de acuerdo, mas no en la manera cómo se viene haciendo. Apelar al estado de emergencia social, estaría justificado si, y sólo si, éste resuelve los problemas graves, inminentes e inesperados, que están relacionados con la sostenibilidad financiera del sistema. Por otro lado, los

problemas relacionados con corrupción, eficiencia del sistema o los precios de los medicamentos, estos pueden solventarse a través de medidas ordinarias, de donde hay que analizar cuáles problemas ameritaban apelar a la emergencia social y cuáles se hubieran podido resolver mediante medidas ordinarias. Así mismo, apelar al argumento de costo-eficiencia debilita en sumo grado los argumentos que justifican la emergencia social (esto hace referencia a la Sentencia C-122 de 1997). Otras de las consideraciones importantes son la poca consulta de los decretos con la población interesada, la no utilización de la vía regular del Congreso para su discusión, el incumplimiento de la obligación de actualizar el Plan Obligatorio de Salud (POS) todos los años por parte del Ministerio de la Protección Social, con lo que se pone en evidencia que ésta era una situación previsible y responsabilidad del Gobierno.

Se quiere hablar de la norma rápidamente, y se hace alusión al artículo 215 de la Constitución. El Presidente, con firma de todos sus ministros, puede declarar un estado de emergencia social

¹ Este documento es un resumen de la presentación de Marcela Prieto, Directora Ejecutiva Instituto de Ciencia Política, elaborado por Adriana Sabogal.

cuando sobrevengan hechos que perturben el orden económico, social y ecológico del país o que constituyan grave calamidad pública. Mediante tal declaratoria se pueden dictar decretos con fuerza de ley, destinados exclusivamente a conjurar la crisis y a impedir la extensión de sus efectos. Este último podría ser un argumento para soportar la declaratoria del estado de emergencia. De esta manera se puede de forma transitoria crear decreto o modificar los existentes. En el caso de los decretos de emergencia social, cabe la aclaración que el Congreso puede volver permanentes las medidas fiscales temporales que se tomaron para solventar el déficit del sistema de salud.

Se deben utilizar herramientas a disposición y la emergencia social se debe usar en última instancia, ya que el abuso de estas medidas puede llevar a debilitar el estado de derecho, debilitar el sistema mismo de toma de decisiones.

Hay tres actores en juego: el Presidente y sus ministros, el Congreso y la Corte Constitucional. Cabe resaltar que sobre el Presidente y sus ministros recae una responsabilidad importante en caso en que no se presente ninguna de las causas previstas y lo serán también por cualquier abuso cometido en el ejercicio de las facultades que la Constitución otorga al Gobierno durante la emergencia. En el Congreso, en esta instancia cuando no se discutió la reforma en su seno, sólo se puede pronunciar sobre la pertinencia y oportunidad de las reformas, mas no tienen efectos vinculantes, sólo se pronuncia sobre la conveniencia o no de los decretos. Y la Corte Constitucional debe referirse a la constitucionalidad no sólo de los decretos legislativos sino de la declaratoria también, tanto en la forma como en el fondo (Sentencia C-004

de 1992). Es en esta etapa en la cual la Corte puede ya sea tumbiar los decretos o simplemente escoger los buenos y quitar lo malo y lo feo.

Se debe hacer particular énfasis en el concepto de eficiencia, ya que existe la regla de subsidiaridad, específicamente aquella por la cual se determina en qué circunstancias se debe apelar a estados de emergencia, que dice que no se puede declarar emergencia con un argumento de eficiencia y su precedente se sienta en la Sentencia C-122 de 1997. El principio de eficiencia no puede sobreponerse al principio de subsidiaridad. Si la crisis no puede ser prevista, se deben usar mecanismos extraordinarios, pero si es previsible y se da por negligencia, mal manejo u omisión, no deben usarse mecanismos de emergencia. La crisis del sector salud parece ser generada por malas decisiones de un Gobierno.

El Gobierno se defiende diciendo que no cuenta con mecanismos para identificación adecuada de situaciones de abuso de demanda de servicios; los servicios no POS no fueron vinculados en los cálculos y hay un riesgo en el equilibrio sistema y en la prestación del servicio de salud, lo cual es válido y puede justificar la utilización de herramientas extraordinarias. Pero lo que no se puede utilizar para pasar una emergencia social es el problema de la ética de la profesión médica, la ética de los pacientes, elementos de costo-eficiencia, los eventos no POS, creación de mecanismos para regular las prestaciones excepcionales y las regulaciones de precios de medicamentos. Para estos problemas sí se deben usar herramientas ordinarias, hay que hacer uso del estado de derecho. Entonces todos estos elementos conllevan a una reforma estructural sin que se limiten a eventos que estrictamente jus-

tifiquen la toma de decisión de apelar a un estado de medidas extraordinarias.

Se dejan sobre la mesa preguntas para los panelistas del debate, partiendo de la base en que todos están de acuerdo en que las reformas eran necesarias, pero, ¿sería esta la mejor forma de hacerlas? ¿Por qué acudir a medidas extraordinarias? ¿Por qué no hacerlo a través del Congreso? ¿Por qué no hacerlo mediante mecanismos de diálogo participativo? ¿Qué tan sobrevinientes son los hechos que llevaron

a tomar estas medidas? ¿Acaso no fue el Presidente Uribe el ponente de la propia Ley 100? ¿La Sentencia T-760 de 2008 de la Corte Constitucional fue sobreviniente? ¿Qué tan constitucionales son los posteriores decretos legislativos? En caso de que así lo fuera, ¿por qué buscar hacer una reforma estructural al sistema si lo verdaderamente inminente era la consecución de recursos? ¿Acaso aspectos relacionados con corrupción o eficiencia del sistema no se podrían solucionar a través de medidas ordinarias?

¿Cómo racionalizar el gasto en el sistema de salud?

Diana Pinto¹

Antes de iniciar la presentación es conveniente hacerse la siguiente pregunta: ¿Cuánto debe pagar el sistema de salud por un medicamento que prolongue la vida de una persona un año? Ahora, se plantea lo siguiente: suponga alguien tiene un cáncer de riñón y puede morir en uno o dos años, existe un medicamento llamado Sunitinib que puede alargarle la vida por seis meses a un costo de más o menos 180 millones de pesos. El sistema de salud debe pagar por este tratamiento que a pesar de no garantizarle vivir lo que viviría normalmente, sí se la alargaría por lo menos seis meses. ¿Se pagarían los 180 millones? ¿Se pagarían 320 millones? ¿Se pagarían 1000 millones? Si en algún punto se encuentra con que después de determinada cifra comienza a dudar si pagar o no, es porque se considera que el valor de la salud sí tiene límites.

Hace algún tiempo, el National Institute for Clinical Excellence (NICE) del Reino Unido se refirió

al medicamento para el cáncer que se mencionó anteriormente y afirmó que el límite aceptable era de 30 mil libras, lo cual supera el costo del medicamento. Además de esto, el NICE considera que este medicamento no puede ser financiado con fondos públicos. Estas declaraciones trajeron consigo algunos inconvenientes puesto que los medios tomaron esto en sus manos y comenzaron a señalar a NICE como unos "burócratas tacaños que sentencian a muerte a los pacientes", e incluso una esposa de un paciente señaló que "son unos desalmados, ¿acaso la vida tiene precio?". Sin duda alguna, estas decisiones son difíciles de tomar tanto desde el punto de vista político, profesional, como ético. Tomar la decisión de que alguien morirá antes del tiempo que lo hubiera hecho si la decisión que se hubiese tomado fuera diferente no es nada fácil.

Sin embargo, este es el tipo de decisiones que deben tomarse cuando los recursos son escasos y el bien colectivo se enfrenta con el bien social. En Colombia en las últimas semanas se han evidenciado este tipo de debates, por lo tanto, resulta pertinente quitarle el

¹ Este documento es un resumen de la presentación de Diana Pinto, Investigadora Asociada de Fedesarrollo, elaborado por Carlos Alberto Castañeda.

apasionamiento al tema y abordar la discusión sobre ¿cómo racionar el sistema de salud? Lo primero que se debe señalar es que este es un tema ciudadano, que va más allá de que se sea economista, médico, jurista, etc., y es un tema en el que definitivamente, como se dice coloquialmente, "hay que tomar el toro por los cuernos". Independientemente del sistema que se adopte, de que los decretos sigan adelante o no, es algo que se debe enfrentar ya mismo. En un principio hay que plantear que la vida no tiene precio y que es necesario proveer todas las posibles acciones que generen mejoras en salud, etc., pero también se debe ser consciente de la necesidad de que exista una regulación.

En este sentido, el objetivo de esta ponencia, más que dar a conocer una opinión, es brindar algunos puntos de referencia acerca de cómo se lleva a cabo un proceso de racionamiento justo. Esto con la esperanza de que se tengan algunos elementos de juicio para debatir las implicaciones no sólo del decreto 128 sino también de los demás decretos que tienen que ver con el tema. De este modo, la presentación está organizada de la siguiente manera: primero se comienza mostrando la experiencia de algunos países que han sido capaces de "decir no"; después se presentan las opciones que se le ofrecen a los pacientes a quienes se les niega el servicio; y se termina trayendo un ejemplo concreto para una enfermedad de alto costo en Colombia.

Retomando algunos estudios que se refieren a la experiencia de trece países -principalmente de Europa aunque se incluye también a Australia- en cuanto a cómo ha sido manejado el tema del racionamiento en salud, se destacan algunos puntos que no fueron incluidos en los decretos de emergencia social.

Primero está el establecimiento de organismos independientes del gobierno, los cuales juegan un rol de consejería, regulatorio o decisorio en cuanto a la financiación de intervenciones en salud con recursos públicos. De entrada los decretos que se tomaron forman unos organismos que se encuentran maniatados en cuanto a la posibilidad de emitir conceptos de manera independiente y además existe alguna evidencia de que no están conformados por entidades que no tengan intereses en el tema. Un ejemplo de la existencia de este tipo de comités es Australia, en donde existe un comité farmacéutico que evalúa la eficacia, seguridad y costo efectividad de medicamentos que no están cubiertos en los beneficios del sistema. Este comité se complementa además con un comité de precios que utiliza precios de referencia para recomendar inclusiones o exclusiones de los beneficios del sistema.

Otro elemento común a la mayoría de estos países es la determinación de criterios para la priorización de recursos con el concurso de la ciudadanía. Por ejemplo, en Israel existen algunos de los criterios con los cuales se decide si se financian o no intervenciones en salud: estos criterios incluyen no solo análisis de costo efectividad, sino también muchos que tienen que ver con la equidad, la solidaridad, etc., valores que provienen de la ciudadanía misma². Lo anterior podría verse como que en estos países

² Los criterios que se utilizan en Israel, incluyen, entre otros:

- Tecnologías salvavidas con recuperación total.
- Efectividad en prevenir mortalidad y morbilidad.
- Tamaño población beneficiada.
- Carga financiera sobre el paciente y la sociedad.
- Ausencia de alternativas.
- Mejora en la longevidad y la calidad de vida.
- Beneficio neto mayor que el costo a corto o largo plazo.

se mantiene una verdadera rectoría, es decir una búsqueda del bien colectivo a partir de los mecanismos que establecen para priorizar, y además de esto buscan generar ganancias en la eficiencia, lo que muchas veces resulta incluso en que no sea necesario racionar.

De este modo, existen políticas en las que para algunos medicamentos se restringe la prescripción a la posibilidad de respuesta de los pacientes. Al respecto, existen criterios clínicos que nos permiten saber si un paciente se va a beneficiar o no de la aplicación de un determinado medicamento y se prioriza a aquellos que sí se beneficiarían con la aplicación del mismo. Un ejemplo concreto de este tipo de políticas es Canadá, en donde para el suministro de Sunitinib, que como se dijo anteriormente es un medicamento para el tratamiento del cáncer de riñón, se utiliza este tipo de análisis para determinar si se beneficia o no a un determinado paciente. Otra opción es centralizar la atención de aquellas enfermedades de alto costo, o aquellas enfermedades para las cuales no existe un procedimiento estándar en centros de excelencia. Con esto, de un lado se garantiza que los tratamientos se realizan de manera óptima y de otro lado que se obtengan los mejores resultados posibles; este es de nuevo el caso de Canadá con el tratamiento del cáncer. También existe la posibilidad de realizar negociaciones de beneficios con la industria farmacéutica; por ejemplo en el Reino Unido se negocian precios por resultados, es decir si un medicamento de altísimo costo no muestra los resultados esperados, la industria se compromete a bajar el precio hasta que se llegue a una relación precio-efectividad razonable para los parámetros del Reino Unido.

Finalmente, es importante destacar que estos países ofrecen opciones para los pacientes. Esto no quiere decir que vayan a financiar todo y que el sistema va a salvar la vida a todos, pero sí existen mecanismos por medio de los cuales aquellos pacientes a los que definitivamente el sistema les dice que no, pueden buscar opciones en otros lugares. Al respecto, se podría mencionar que todos estos países aplican el mecanismo de copagos para aquellos medicamentos para los cuales existen topes, es decir en ningún país del mundo se brinda todo, siempre se exige algún tipo de responsabilidad ciudadana con el sistema. Entre estas opciones se encuentra la cofinanciación equivalente a beneficios bajo un sistema público, en la cual por ejemplo a un paciente de cáncer se le ofrece lo mismo que le hubiera desembolsado el pos por el medicamento y este paga el excedente, es decir al menos se le reembolsa lo que ha pagado al sistema público de salud. Existen también otras opciones como son los programas de "terapias por compasión" financiados por la industria, promoción de fundaciones que reciben recursos de la industria o donaciones, e incluso participación en experimentos clínicos.

De este modo, para tener elementos de juicio acerca de lo que distingue los procesos de racionamiento justo, se encuentra que son procesos que se distinguen por la honestidad, es decir la racionalidad de las decisiones se encuentra claramente establecida, la transparencia -que se refiere a que la racionalidad de las decisiones es conocida por el público-, la humildad -que hace referencia a la existencia de espacios para el cuestionamiento-, apelación y aprendizaje y la legitimidad entendida como la existencia de acuerdos sociales.

Para terminar, se puede hacer el ejercicio de ponerse por un momento en los zapatos del regulador. A continuación se muestra a qué se enfrentaría en el caso de los medicamentos no POS, tomando una enfermedad rara, de origen genético, para la cual sólo existe un tratamiento disponible pero cuya efectividad es dudosa; esta enfermedad es conocida como enfermedad de Gaucher. El tratamiento puede mejorar ostensiblemente la salud de un niño que padece esta enfermedad, pero es un solo caso. De este modo se puede encontrar que en el Fosyga el costo total de la terapia es equivalente a 306 millones de pesos por paciente al año. ¿Cuál es el costo de oportunidad de financiar esta enfermedad? Por un paciente que se financie el tratamiento para esta enfermedad, podríamos financiar 711 pacientes en el régimen contributivo o 1.264 en el régimen subsidiado. ¿Financiaría usted este tratamiento?

Para responder a la pregunta planteada, se deben cuestionar varias cosas. ¿Se quiere maximizar las ganancias del sistema de salud? ¿Se quiere maximizar el bien colectivo? ¿Este tratamiento pasa la prueba costo-efectividad? La Organización Mundial de la Salud (OMS) dice que para Colombia el umbral para que un tratamiento sea considerado muy costo efectivo es si este tiene un valor menor a 6 millones de pesos, costo efectivo si se encuentra entre 6 y 19 millones de pesos y no es costo efectivo si es mayor a 19 millones de pesos.

Alternativamente, se puede decidir aplicar la regla del rescate; si se observa la foto del niño antes y después del tratamiento, es muy conmovedor y es natural en el ser humano querer tener solidaridad

con aquellos que consideramos vulnerables. En este sentido pareciera bastante obvio aplicar la regla del rescate. Sin embargo siempre hay alguien que paga. Aplicar la regla del rescate de los 306 millones de pesos por paciente puede significar que se olviden aquellos anónimos que no tienen acceso al sistema. Antes de decir no, lo que debe hacer el sistema es buscar opciones de eficiencia para los pacientes. Por ejemplo, en un estudio de Fedesarrollo se encuentra que las dosis de medicamento por kilo para la enfermedad Gaucher que se suministran en Colombia están muy por encima de las de América Latina. La dosis recomendada podría encontrarse entre 15 y 45 unidades por kilo, y en este rango sólo se encuentra el 7% de los pacientes en Colombia, el resto de los pacientes reciben dosis sumamente elevadas. Esto indicaría que por medio de unas buenas guías de práctica, este aspecto puede ser mejorado.

Finalmente es importante hacer referencia al precio de los medicamentos. Por ejemplo, el NICE se pronunció hace algún tiempo y dijo que mucha gente los tildaba de bárbaros por el hecho de tratar de imponer límites al acceso, pero nadie se cuestiona el por qué de los medicamentos tan costosos. ¿Qué pasa con las políticas de negociación de precios? El mensaje final es que no se puede ser como el avestruz; ningún sistema de salud tiene la capacidad de financiar toda la demanda de servicio de salud de su población, toda decisión tiene un costo de oportunidad y ni la ciencia ni la economía liberará a la sociedad del dolor de escoger. En este sentido, surge la posibilidad de acuerdos sociales que nos pueden ayudar a la construcción de un proceso más justo.

Autonomía médica versus regulación médica

Roberto Esguerra¹

El tema de la salud es uno que daría para muchísimas reflexiones, pero por cuestiones de tiempo esta presentación se enfoca en un tema específico de gran importancia. Sin embargo, no se puede dejar de mencionar antes las tremendas dudas en cuanto a la operatividad de ciertas medidas, entre las que se encuentran las prestaciones extraordinarias como lo mencionaba antes el doctor Santa María. Es difícil imaginar cómo se va a hacer operativo este sistema dado que, por ejemplo, los pacientes más pobres, más viejos, etc. tendrían todos que acudir a un solo sistema en el cual se les atendería de acuerdo al orden de llegada de cada uno para ver quién les hace el tratamiento o quién les despacha ciertos medicamentos. Es bastante difícil entender cómo va a funcionar un sistema como este. Es necesario ponerse en el lugar de los ciudadanos, y en especial en el lugar de los más viejos y de los más pobres

que en últimas serán los más afectados con este tipo de medidas.

Además de esto, es imposible resistirse a la tentación de hacer -con todo respeto- un comentario desde el punto de vista de un médico a un tema que corresponde a los economistas. Aunque todos estén de acuerdo en que deben existir más recursos para la salud, cuando se analizan las cifras de una manera objetiva se tiene que aceptar que Colombia se encuentra entre los países que más inversión como porcentaje del PIB realizan en el sector de la salud. Al hacer una división entre el número de personas del país, da que Colombia invierte cerca de 750 mil pesos al año por persona; en total, se obtiene entre 35 y 38 billones de pesos al año, lo que le daría al país la posibilidad de igualar el POS por lo alto, dado que la UPC del régimen contributivo oscila alrededor de los 500 mil pesos al año. Esto incluso daría la posibilidad de incrementarla cerca de 25%. Pero también se genera la duda de si los recursos destinados para la salud están realmente llegando a los usuarios. Lo otro que se debe señalar rápidamente

¹ Este documento es un resumen de la presentación de Roberto Esguerra, Presidente de la Junta Directiva de la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas, elaborado por Carlos Alberto Castañeda.

es que esta emergencia social puede generar algo muy positivo para el país y es la conciencia en los ciudadanos de la importancia que tiene el sistema de salud y la necesidad de una reforma estructural del sistema, una reforma planeada al futuro y estructurada con mucho cuidado.

Para entrar en materia, es indispensable referirse a un solo tema que puede no haber sido tratado con el suficiente cuidado y sobre el cual desgraciadamente los ciudadanos han sido desinformados y por tanto no alcanzan a comprender la importancia que tiene. Este es el de la autonomía profesional de los médicos. Como todos saben, las profesiones corresponden a un contrato social en el cual los individuos cumplen con una labor determinada en la sociedad; este contrato social tiene pesos y contra pesos (concesiones y obligaciones). Para poner un ejemplo concreto, una concesión es darle el monopolio del uso de un conocimiento especializado a un grupo de individuos; este monopolio se otorga mediante el establecimiento de una licencia profesional, es decir, sólo aquellas personas que tienen aquella licencia pueden hacer uso de este conocimiento especializado. Pero este uso del conocimiento trae consigo también una serie de obligaciones, entre las cuales se encuentra el utilizarlo de manera altruista para el bien de la sociedad, comprometerse a aportar a ese conocimiento mediante la investigación y la educación de personas que quieran en un futuro ejercer esa profesión.

Otra concesión que hace el estado es que no sólo les da el monopolio del uso del conocimiento, sino que les da la libertad intelectual de utilizar ese conocimiento de la manera que ellos consideren que es la mejor posible; eso es autonomía profesional.

La autonomía profesional es entonces la libertad de utilizar un conocimiento especializado de la manera más conveniente para los individuos que requieran de ese conocimiento. Todo esto a cambio de ciertas obligaciones que el estado le impone; estas obligaciones son las obligaciones de la autorregulación. Es decir, se tiene la libertad de usar el conocimiento de la manera que se considere más conveniente, pero se tiene la obligación de autorregularse. Pero en estos decretos se confunden los términos; por ejemplo la descripción que hace el decreto 131 acerca de la autonomía es la siguiente: "entiéndase por autonomía de las profesiones médicas y odontológicas la prerrogativa que la sociedad le confiere para autorregularse". Es decir, se confunde la autonomía con su contrapeso que es el deber de autorregularse.

De este modo, este decreto es exactamente lo contrario a lo que debe ser la autonomía profesional, y en todo su discurso con la explicación que brinda del mismo se confunde a la opinión pública diciéndole que lo que están haciendo es devolverle a la profesión médica su autonomía, lo que no es cierto. De hecho si se toca este punto, la autonomía profesional existe en Colombia desde hace mucho tiempo, desde que se estableció la Ley 23 de 1981 (ley de ética médica) la cual conforma los tribunales de ética médica que son conformados por médicos y que está encargado de la autorregulación ética y profesional de los médicos, de manera que esta autonomía a la que se refiere el decreto 131 no es algo nuevo, y más aún no se refiere a la autonomía, se refiere al deber de la profesión médica de autorregularse. En cuanto a los comités de ética médica, para los que no son médicos es conveniente explicar que los médicos además de tener que asistir a los tribunales civiles deben asistir a los tribunales

médicos que también imponen sanciones cuando el hecho así lo amerite.

Pero esto no termina allí, estos decretos plantean una nueva infracción al ordenamiento jurídico colombiano, lo que denominan como "causar daño al Sistema General de Seguridad Social en Salud", que según estos decretos es lo que los médicos causarían cuando se salen de los estándares establecidos por los decretos, lo cual los haría merecedores de multas por incurrir en esta nueva infracción que no existía en el ordenamiento jurídico colombiano. Esto tiene muy atemorizados a los médicos, ya que no están dispuestos a correr el riesgo de ser sancionados con unas multas elevadas por recetar medicamentos que no están incluidos en el POS, que es una de las cosas

que podría pasar. Estas consecuencias en últimas las sufre el paciente ya que los médicos no van a correr estos riesgos. Además, dado que los dineros del sistema seguridad social son de orden fiscal (son dineros públicos) hay quienes argumentan que no solo se podría correr en la infracción antes mencionada, sino que se podría caer en el delito de peculado. Al respecto, se podría mencionar que en ningún país del mundo los médicos son los reguladores de los costos del sistema de salud; esa labor le concierne al Estado. Los médicos son los responsables de la buena atención de los pacientes y el Estado es el que decide hasta donde cubre con los recursos que tiene, pero no puede el Estado descargar la obligación de la regulación de los costos en una profesión que es totalmente ajena a la regulación del sistema.

Impacto y expectativas de los departamentos frente a la declaratoria de emergencia social

María Teresa Forero¹

Las discusiones en torno al modelo de seguridad social se remontan a la década de los noventa, abor-dándose primero el tema de pensiones y posterior-mente el de salud. Desde entonces, era bien sabido por todos que se necesitaba una reforma estructural a ambos sistemas. En este contexto, los mandatarios de los departamentos han venido manifestando su preocupación por la creciente presión fiscal que han experimentado estos entes territoriales intermedios para financiar diferentes políticas sociales, especial-mente, las relacionadas con el tema de salud.

Asimismo, en materia de salud se han venido am-pliando las competencias de los gobiernos departa-mentales sin que se garantice fuentes adicionales de recursos; estas incluso, han venido disminuyendo en términos reales, como en el caso de las transferencias territoriales. Por esta razón, la Federación Nacional de Departamentos contrató con Fedesarrollo algunos

años atrás la realización de un estudio para mejorar la base de recursos y presentar una propuesta de ordenamiento territorial al gobierno nacional; sin em-bargo, hasta el momento no ha sido posible tramitar un proyecto de ley en este aspecto, a través del cual se defina claramente las competencias departamentales tal como se hizo ya para los municipios.

El 19 de noviembre de 2009 en la vigésimo cuarta asamblea anual de departamentos, el Presidente de la República le comunicó a los gobernadores la decisión de declarar el estado de emergencia social con el objetivo de recaudar mayores recursos para financiar las competencias departamentales en salud ante la incapacidad de los gobiernos departamentales para asumir el pago de los eventos por fuera del Plan Obligatorio de Salud (no POS), de tal forma que se venía configurando una crisis que estaba ad portas de estallar. En la misma reunión, los gobernadores en un acto de solidaridad entregaron al gobierno nacio-nal 1,2 billones de pesos, provenientes de recursos recibidos por el Sistema General de Participaciones (SGP), para la creación del Fondo de Prestaciones

¹ Este documento es un resumen de la presentación de María Teresa Forero, Presidente Federación Nacional de Departamentos, elaborado por José Luis González.

Excepcionales en Salud (FONPRES), fondo que se encargará de cubrir los gastos no POS de las personas de bajos recursos.

Aunque los gobiernos departamentales son conscientes que los problemas que afronta el sistema de salud colombiano son estructurales y que requieren medidas más profundas que los alivios decretados con la emergencia social, su preocupación se centra ahora en el limbo constitucional que representa las medidas tomadas por el gobierno nacional para conjurar la crisis. Tras haber entregado todos los recursos con que contaban los departamentos para asumir los gastos no POS, no se sabe cómo se cubrirán estos gastos en caso que los decretos no prosperen y no sean refrendados por el Congreso una vez se cumplan los seis meses en que los mismos tienen de vigencia.

En esta misma asamblea anual de gobernadores del año 2009, más que criticar y hacer reclamos al gobierno central, se dieron propuestas y alternativas para lograr una financiación más adecuada del gasto departamental en Salud. Se propuso, por ejemplo, un aumento en el impuesto al consumo de cerveza, para el cual se había calculado un recaudo cercano

a los 550 mil millones de pesos; sin embargo, con las medidas tomadas en el decreto 127 de 2010 se recaudarán sólo 330 mil millones por este concepto.

Respecto a los impuestos a los cigarrillos, ya se había discutido en el 2008 que existieran dos rangos diferentes para el pago de impuestos: uno para los que costaban hasta dos mil pesos y otro mayor para los que superaran este valor. Así, se esperaba recaudar alrededor de 330 mil millones de pesos adicionales; ahora, con la tarifa uniforme nivelada por lo bajo para los cigarrillos, sólo se recaudarán 130 mil millones.

Por último, se agradece al gobierno nacional por haber asumido una preocupación y a los departamentos por haber entregado 1,2 billones de pesos del SGP para asumir los costos no POS. Los gobernadores siempre buscaron equilibrar por lo alto el derecho fundamental a la salud, en cuanto a la igualación de los planes de beneficios del régimen contributivo y subsidiado; sin embargo, les preocupa que este proceso se haga en detrimento de los recursos de los entes territoriales sin que estos tengan alternativas para lograr su adecuada financiación.

Impacto y expectativas de los departamentos frente a la declaratoria de emergencia social

Humberto de la Calle¹

Está probado que en algún momento todos van a morir. Este es un aspecto que cobra relevancia en el trasfondo del sistema de salud colombiano, pues ninguna persona se resigna a estar enferma; en esta medida, el gobierno tocó una fibra sensible de la sociedad cuando emitió los decretos de emergencia social.

En primer lugar, el sistema de salud colombiano afronta un problema de carácter sociológico, pues lo que se propuso en la Ley 100 se ha venido degradando con el paso del tiempo, al punto que el sistema hoy está cerca de colapsar. En segundo lugar, se enfrenta un serio problema de tipo político debido a que el gobierno no fue al Congreso para aprobar las leyes, a pesar que este es el sitio para discutir las. En esta medida, los ciudadanos nos estamos quedando sin representación, y para las cortes, una reforma a la justicia sin contar con el aval del Congreso puede llegar a ser ilegítima.

En una democracia representativa, la legitimidad de una reforma depende de si esta pasa por el Congreso o no, pues es a través de este mecanismo que se escucha la voz de los que no tienen la posibilidad de hablar. Sin embargo, hoy nadie confía en el Congreso y se tienen dudas que una reforma de esta magnitud pase tal y como está planteada originalmente. Por esta razón puede afirmarse que existe una crisis de representación política.

En cuanto a la emergencia social, lo primero es distinguir los instrumentos de análisis de la declaratoria y segundo, analizar las medidas concretas que se tomaron en estos decretos. En el caso de la declaratoria, esta debe examinarse de acuerdo a las circunstancias que justificaron el estado de excepción y en el de las medidas, estas deben juzgarse una por una. Si la declaratoria de emergencia social llega a ser exequible, seguramente habrá sentencias posteriores tumbando algunos instrumentos y dejando otros.

¹ Este documento es un resumen de la presentación de Humberto de la Calle, Ex Vice-Presidente de la República y Abogado Constitucionalista, elaborado por José Luis González.

De acuerdo con el decreto 4975 de 2009, la declaratoria del estado de emergencia social se justifica

a partir de la existencia de hechos sobrevinientes como el aumento extraordinario de los gastos por fuera del Plan Obligatorio de Salud (no POS) en medicamentos y servicios de salud, que además de ser inequitativo al estar dirigido a un número reducido de afiliados, no es proporcional o consistente con las cifras de atención a cerca de 18 millones de asegurados. Adicionalmente, se argumentan dificultades en la liquidez de las carteras de Entidades Promotoras de Salud (EPS) e Instituciones de Prestación de Servicios (IPS) junto con problemas de corrupción, insuficiencia de mecanismos de vigilancia y control al sistema, ineficiencias en la gestión de la información y el flujo de recursos. En este sentido, en el decreto se presenta una mezcla de situaciones sobrevinientes, agravamiento relativamente súbito de problemas antiguos y cuestiones estructurales del sistema; hecho que muy seguramente representarán problemas cuando la Corte evalúe si la declaración de emergencia social es exequible o no.

A pesar de que las condiciones expuestas en el decreto 4975 no se ajustan todas a un hecho de carácter sobreviniente, también es cierto que esta no es la única razón que puede justificar la declaración del estado de emergencia social. Existen antecedentes, como en la Sentencia C-122 de 1999 en la que se argumentan hechos o circunstancias que se agravan y que a pesar de ser lógicas y predecibles, los instrumentos ordinarios con que contaba el gobierno eran insuficientes para evitar su agudización; asimismo, por ejemplo, en la sentencia C-447 de 1992, donde ante las fallas vinculadas a la estructura de la gestión y operación del sistema responsable de suministrar la energía se decretó el estado de emergencia social. Por lo tanto, la jurisprudencia de la Corte Constitucional ha aceptado en anteriores

ocasiones que el agravamiento acelerado de situaciones crónicas de lugar a la declaración del estado de emergencia social.

Cuando la Corte Constitucional declara exequible la Ley 100 de 1993, da vía libre al sistema de aseguramiento en el país; hecho que no es contradictorio con la expansión del gasto no POS. Por otro lado, ha mantenido en el tiempo la tesis que la salud no es un derecho absoluto, aunque sí se vuelve un derecho fundamental por conexión con otros derechos como el de la vida. Es así como la revisión de los planes de beneficio estaba prevista en el sistema, de tal forma que estos deberían ser actualizados en el tiempo. Finalmente, la Corte Constitucional ha reiterado que el sistema de salud debe ser sostenible, de modo que acepta y comparte el hecho que existan limitaciones en el POS, siempre y cuando estas sean discutidas y conocidas por la ciudadanía.

A través de la Sentencia T-760 de 2008, la Corte reitera la obligatoriedad de la unificación de los planes de beneficios que había sido establecida por la Ley 100 de 1993, así como el logro de la meta de cobertura universal en salud, haciendo énfasis de nuevo en la necesidad de hacer el sistema sostenible. Si bien es cierto que se han presentado excesos por parte de los jueces, la Sentencia T-760 ha sido un modo de racionalizar recursos, en la medida que ha dado claridad a los jueces y demás agentes del sistema para la toma de decisiones.

Dado que no ha existido una ley estatutaria que guíe las decisiones de los jueces en materia de salud, considerando aspectos como la sostenibilidad o priorización de recursos, estos se han visto enfrentados a casos individuales en los cuales priman de-

rechos como el de la salud o la vida, sin considerar cuántos niños se mueren en el Chocó por falta de vacunas o diarrea. Por lo tanto, aunque las decisiones emitidas por la Corte tienen un impacto adverso sobre las finanzas del sistema, estas gozan de cierta racionalidad, más allá de la situación particular de cada juez. Otros de los puntos sobre los que la Corte ha llamado la atención en la Sentencia T-760 son los siguientes:

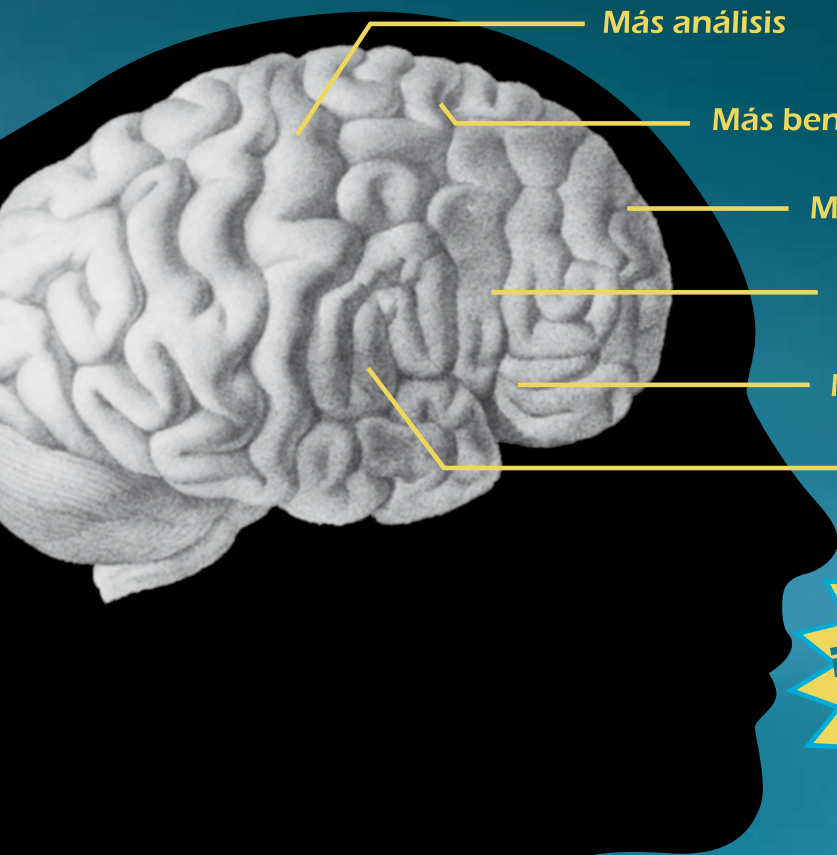
- ❑ Unificación de regímenes, de forma inmediata para niños, los cuales tienen derechos prevalentes.
- ❑ Definición con certeza de los planes de beneficios.
- ❑ Ampliación de competencias a los comités técnico científicos, pues gran parte de las tutelas corresponden a medicamentos o tratamientos que no fueron entregados.
- ❑ Diseño de planes de contingencia a recobros.
- ❑ Creación de sistemas para evaluar el desempeño de las EPS.

Para el caso particular de los decretos de emergencia social, se ha hablado de la necesidad de derogar en el Congreso algunas medidas contempladas en estos; sin embargo, es importante tener en cuenta que un decreto de ley no puede ser corregido por un decreto reglamentario. Adicionalmente, la llamada al Congreso implica la formulación y aprobación de una nueva ley en reemplazo de la anterior, de modo que llevar a cabo la derogación de medidas por esta vía será un proceso que tardará tiempo.

Afrontar los problemas estructurales que exhibe el sistema de salud colombiano requiere de una amplia discusión y acuerdo por parte de la sociedad colombiana, tal como sucedió con la formulación de la Ley 100 de 1993, que a pesar de generar múltiples críticas gozó de un alto grado de consenso entre los agentes del sistema. En este sentido, los aspectos positivos que han surgido con la declaración de la emergencia social han sido opacados por un aluvión de opiniones encontradas y la pérdida de consenso.

Esta es una oportunidad valiosa para ampliar la discusión y repensar el sistema de salud que se quiere y que pueden tener todos los colombianos.

AHORA SOMOS MÁS que una herramienta



Más análisis

Más beneficios

Más información

Más alianzas

Más capacitación

Más compromiso

**¡SUSCRÍBASE
YA!**

¡Aproveche
nuestra tarifa 2010
\$70.000
suscripción anual!

REVISTA

+ MisiónPyme
SU HERRAMIENTA DE GESTIÓN EMPRESARIAL *5 años*

www.misionpyme.com

Calle 87 No.19C-59 Oficina 301 · PBX: (1) 257 3075 · suscripciones@misionpyme.com

TODOS DICEN QUE LO PEOR DE LA RECESIÓN YA PASÓ

Lo que casi nadie sabe es
cómo será el 2010



(Una entrega física y 3 actualizaciones via internet)

- Tres escenarios de crecimiento económico para 2009-2013
- Perspectiva de crecimiento regional colombiano
- Comercio con Venezuela y Ecuador
- Análisis del mercado cambiario
- Proyecciones sectoriales

Informes:

Tel. (571) 3259777 Ext. 340 / 365

e-mail:comercial@fedesarrollo.org.co

