

Emergencia Social en Salud, lo que la polémica no ha permitido ver

Social Emergency in Health Care, what the controversy has obscured

Emergência Social em Saúde, o que a polêmica não tem permitido ver

Julio César Castellanos Ramírez*

* Director general, Hospital Universitario San Ignacio, Pontificia Universidad Javeriana. Correo electrónico: jccastellanos@javeriana.edu.co

*Tan malo es no creer a nadie
como creer a todos
Publio Siro (85-43 a.C)*

En medio del intenso debate mediático que ha desencadenado la expedición de los decretos de emergencia social, en especial por lo dispuesto en los decretos-ley 128 y 131 de 2010, desde la óptica del Hospital Universitario preocupa que la discusión se centre en esos dos textos y no se haga seguimiento a aspectos críticos y favorables para el sistema de salud y los pacientes, que ocurren simultáneamente y no son de menor importancia que las normas mencionadas, cuya aguda discusión es plenamente justificada.

La urgencia

Mientras se debaten los decretos de emergencia, cuya plena vigencia y estructura en el sistema se estará consolidando hacia finales de junio del año en curso, si el control constitucional y legislativo no dispone otra cosa, los hospitales continuamos afectados por los factores y las consecuencias de los determinantes que el Gobierno Nacional aplicó para emitir el decreto de emergencia social, pues los recursos no fluyen y desde octubre del año 2009 se aumentó la mora en los pagos por parte de la mayoría de los administradores, o pagadores como se les conoce hoy (entes territoriales, Fosyga y EPS), lo que agrava la iliquidez que los prestadores tenemos. De permanecer este aumento en la rotación de cartera, que es en general de más de 90 días (tres meses), y con el Fosyga y el sector público a más de 180 días (seis meses), la situación de las clínicas y hospitales será muy crítica en el corto plazo para poder cubrir sus obligaciones financieras, de nómina y pago a proveedores.

El Acuerdo 8º de la Comisión de Regulación en Salud (CRES), en su fecha de expedición

y entrada en vigencia deja testimonio del grado de improvisación con que se maneja este alto organismo del sistema, puesto que fue expedido el 29 de diciembre de 2009 y entró en vigencia el 1º de enero de 2010. Dicho acuerdo creó un nuevo POS que ahora no sabemos hasta cuándo estará vigente, en virtud de los decretos-ley de emergencia social. En resumen: este acuerdo, que da origen a un proceso de unificación y aclaración del POS vigente, al cambiar la codificación del mismo y modificar el contenido y las definiciones, además corrige algunas zonas grises, pero crea unas nuevas. Desde 1994 (15 años) hablamos el lenguaje del MAPIPOS, establecido en la Resolución 5261 de 1994, y con el cual en medio de múltiples dificultades hemos aprendido a manejar y hacer funcionar la relación entre administradores y prestadores. En el citado Acuerdo 8º desaparecen definiciones aclaratorias (interconsultas, tiempo de controles pre y post operatorios y otros) y hay una poco precisa clasificación de los niveles de complejidad; no obstante, el Acuerdo tiene a su favor el hecho de incrementar el contenido y la cobertura del POS (en nuestra revisión incluye 5.832 nuevos procedimientos) y terminar la polémica sobre insumos y elementos no POS, dejando un proceso claro para generar los recobros de lo no incluido en el Plan Obligatorio.

Adicionalmente, consideramos que es hora de intervenir la generación y el aumento de especialidades y subespecialidades, reglamentadas, incluidas en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. En un foro reciente sobre el tema de educación médica, se identificó que mientras en los países desarrollados las especialidades y las subespecialidades médicas superan apenas el medio centenar, en Colombia tenemos más de 150, y ello se debe a la reglamentación emanada del Ministerio de la Protección Social. Esta tendencia, aunada a la falta de evaluación de la tecnología en salud que se introduce



en el sistema, produce grandes asimetrías entre regiones y genera costos que se podrían evitar y racionalizar con un manejo adecuado de este tema.

Al final, los usuarios y las usuarias, razón de ser de nuestro sistema de salud y de nuestras instituciones, seguirán siendo atendidos, en cuanto sus necesidades de salud serán independientes de los cambios de codificación y redacción del paquete de servicios, pero este acuerdo exigirá una modificación de procesos, de lenguaje, y adecuaciones operativas en nuestras instituciones de las áreas de admisiones, autorizaciones, facturación, cuentas médicas, auditoría y cartera, en lo relacionado con glosas, y nos tememos que iniciará un nuevo camino de discusiones con los administradores de los regímenes de beneficios para resolver en el día a día lo que la norma no fue precisa en aclarar: las zonas grises de nomenclatura, contenidos y coberturas específicas. El ente rector de la seguridad social en Colombia pretendía que todo esto se hiciera en dos días, al final del año pasado.

Como si fuera poco lo anterior, la misma CRES, el 30 de diciembre expidió el Acuerdo 9^o que fija el incremento de la unidad de pago per cápita del sistema para el año 2010, así: para el régimen contributivo en 3,84%, y para el régimen subsidiado en 2,5%. Adicionalmente, cambió los ponderadores de los grupos de edad que ajustan esa UPC en razón de la zona geográfica y la edad de los afiliados. El resultado es que a todas las EPS nos han dicho que la UPC efectiva, en vez de aumentar, decreció, y por tanto, los ingresos son significativamente menores este año, comparado con el anterior, por lo cual en las negociaciones nos indican que en el presente año no pueden aumentar las tarifas, e incluso se solicitan rebajas en algunos procedimientos. Por esto, durante su intervención en este foro, le solicité al

señor ministro que se pronunciará sobre este punto, en cuanto esta situación, aunada a lo comentado anteriormente, genera una grave crisis en el sector prestador, que de consolidarse producirá una urgencia crítica para atención de la salud de los colombianos y las colombianas, en la medida que los pacientes enfermos o lesionados se *atienden en hospitales y no en oficinas de administración y revisión de cuentas, planes y procesos.*

Lo positivo de los decretos-ley

Esta emergencia social consta de un cuerpo de 15 decretos-ley, dos expedidos en 2009 y 13 en el 2010. Los tres primeros de este año pasaron casi desapercibidos por la opinión pública, y los últimos 10, gracias a los señalados decretos 128 y 131, desencadenaron la intensa polémica.

Como es función de la mirada académica hacer balances imparciales y justos posibles, mi ponencia trae al foro y destaca los aspectos positivos para los pacientes y el Sistema de Seguridad Social en Salud que contienen todos y cada uno de los decretos. Hago la acotación en razón a la limitación del tiempo que el foro nos impuso. Sólo presento los que considero más generales y relevantes.

Año 2009

1. *Decreto 4975.* Es el que decreta la emergencia social; sin comentarios.
2. *Decreto 4976, liquidación de contratos.* Establece las normas para que los contratos de aseguramiento de los entes territoriales se liquiden y los recursos disponibles se destinen a la financiación de los eventos no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud de la población afiliada al régimen subsidiado, generando pagos a las IPS. Además, dispone que de manera extraor-

dinaria y por una única vez, los departamentos y el Distrito Capital destinen a la financiación de la atención de la población pobre y vulnerable no asegurada y no POS recursos no aplicados del 25% de las rentas cedidas del año 2009. Se estima una liberación de recursos por un monto entre 540 y 640 miles de millones de pesos.

Año 2010

1. Decreto 073, sobre aportes patronales.

Dispone que los excedentes patronales que aportaron los empleadores públicos del sector salud, que no se han integrado al flujo de recursos del sistema y reposan en aseguradoras, fondos de pensiones y cesantías y el Fosyga, se destinen para la atención de población pobre no asegurada y eventos no POS, de servicios prestados a partir del 1° de enero de 2006, con pago ágil a las IPS. Se estima una liberación de recursos de entre \$500 y \$600 miles de millones. Una suma importante que nos recuerda que el sector público cada vez tiene más contratistas y menos empleados, aspecto crítico para un país en desarrollo, en cuanto uno de los pilares del desarrollo es la creación de empleo formal, y más cuando se tiene un sistema de salud orientado al aseguramiento, con eje en el régimen contributivo.

2. Decreto 074, sobre accidentes de tránsito.

Crea el Fonsat como pagador único para las coberturas de este seguro, con las mismas normas sobre relaciones entre prestadores y pagadores. Se hace ampliación de coberturas: de 10 a 15 SMLDV para movilización y transporte de víctimas y adicional de 600 SMLDV para gastos médicos, quirúrgicos y hospitalarios. Esperemos que ese nuevo órgano supere las dificultades del actual Fidufosyga, mismas que lo han erigido en el principal deudor del sector, en lo que a la extrema rotación de cartera se refiere, y que la

reglamentación supere las dificultades que hoy tenemos sobre la certificación de la condición de víctima.

3. Decreto 075, sobre solución controversias.

Genera mecanismos legales que permiten soluciones expeditas a los conflictos que se presentan entre los actores del SGSSS. Aunque algunos lo consideran más centrado en el manejo de la relación Fosyga-EPS, considero que las IPS podemos acceder a ello, y es muy ágil comparado con los procesos actuales.

4. Decreto 126, sobre vigilancia y control.

Inspección, vigilancia y control para la lucha contra la corrupción.

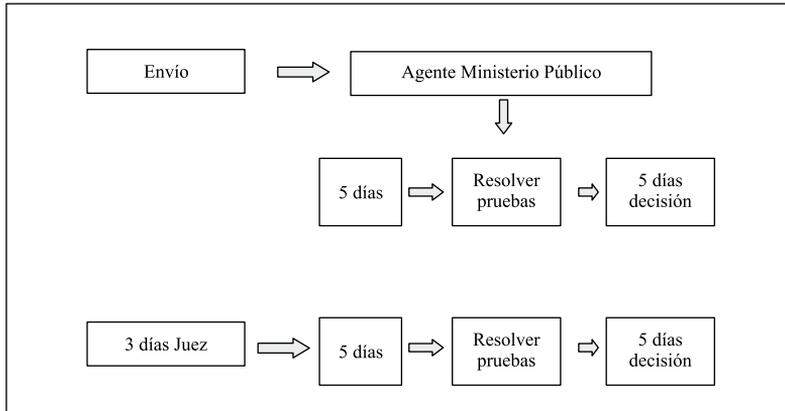
a. Se fijan controles específicos a los precios y márgenes de los medicamentos y insumos médicos. Sobre este punto, debido a los usos y costumbres de los actores del sistema, se ha generado la práctica de que se rebajan las tarifas de consultas, estancias y procedimientos médicos, para buscar los excedentes y la sostenibilidad de los hospitales en la intermediación en insumos y medicamentos. El Hospital Universitario San Ignacio ratifica su postura al respecto: los hospitales son centros de atención médica y no droguerías o farmacias, por lo cual debemos establecer tarifas adecuadas para nuestros servicios misionales que nos permitan sostenibilidad y excedentes, con un pago justo a nuestros médicos y colaboradores en general. Es deseable un escenario de hospitales financieramente exitosos, en los cuales el valor adicional de un medicamento o suministro que se cobra en el sistema sólo corresponda al costo básico de manejo y aplicación del mismo.

b. Establece para las EPS que deben resolver las quejas de los usuarios en 15 días (ver gráfica 1).

c. Establece que el pago de las multas se debe hacer con el patrimonio personal del infractor, sin la acción de repetición que regía hasta ahora.



GRÁFICA 1



Fuente: el autor.

5. *Decreto 127, sobre impuestos.* Se aumenta el gravamen sobre cervezas, cigarrillo y licores. Se establece que del recaudo por consumo de licores, vinos, aperitivos y similares, una vez descontado el IVA, los departamentos destinarán el 8% para la unificación de los planes de salud (POS) de los colombianos. Se estiman recursos adicionales para el año 2010 por \$514 miles de millones y para el 2011 por \$828 miles de millones. Aunque existe el riesgo percibido por los sectores económicos de que el Ejecutivo asuma el papel del Legislativo, de poner o modificar impuestos, estas medidas son de carácter transitorio, por dos años. Al respecto, a pesar de las críticas, es evidente y reconocido que el exceso en el consumo de licor afecta la salud del consumidor y a la sociedad, por los actos irresponsables que cometa la persona bajo el efecto del mismo. Por lo tanto, consideramos altamente positiva esta decisión y esperamos que una vez se presente al Congreso, el proyecto de ley respectivo se vuelva permanente.
6. *Decreto 128, sobre el POS.* Aunque algunos voceros oficiales insistan que la polémica se genera en un problema de comprensión de lectura de muchos de nosotros, no encontré nada positivo para destacar con los criterios anotados al comienzo de este punto.
7. *Decreto 129.* Controla la evasión y la elusión en las cotizaciones, de empleadores y trabajadores, para lo cual se verificarán ingresos mediante el cruce de todas las bases de datos disponibles. Es altamente positivo que todos le juguemos limpio al país.
8. *Decreto 130, sobre juegos de suerte y azar.* Se da un plazo máximo de un año para cobrar premios ganados en las loterías y juegos de azar. Pasado ese tiempo, todos los recursos por premios no cobrados se destinarán a la unificación de los planes de salud (POS). Se establecen normas sobre giros directos a los fondos de salud seccionales por parte de los juegos de azar. Así mismo, se emiten pautas para la comercialización y la administración de las loterías, así como para un control específico a la ilegalidad y a la fiscalización de estos juegos. Se definen sanciones y se regula el monopolio rentístico en estas áreas. Se espera liberar recursos por \$101 miles de millones.

9. *Decreto 131, sobre el Sistema Técnico-Científico en Salud.* El mismo comentario del Decreto 128.

10. *Decreto 132, flujo de recursos del Plan Obligatorio de Salud Subsidiado.* Fija pautas para optimizar el flujo de recursos del régimen subsidiado de salud. Crea un patrimonio autónomo para los recursos del régimen subsidiado en salud, que girará directamente a las EPS de las regiones. Los municipios sólo harán seguimiento al aseguramiento de sus afiliados. Esto agiliza el flujo de recursos y mejora las condiciones de administración y prestación para este régimen.

11. *Decreto 133, sobre la relación entre pagadores y prestadores*

a. Establece reglas más ágiles, convenientes y alcanzables para la facturación y el pago.

b. Sólo se podrán capitar los servicios de baja complejidad, delimitando de manera clara los roles de EPS y de IPS, en cuanto si una EPS capita todos sus niveles, transfiere el riesgo y la administración del POS a los prestadores, y esto hace que sobre la administradora.

c. Aunque el objetivo de facilitar la prestación de algunas actividades especializadas por médicos generales en zonas críticas es importante para el país, su redacción lo deja muy amplio, por lo cual es clave una buena reglamentación.

d. Impone racionalizar el gasto y los servicios de los hospitales públicos y que se proceda a sanearlos fiscalmente. Es importante para un país tener hospitales públicos bien administrados, sin corrupción, eficientes y eficaces.

e. Se establece que una vez aumentada la UPC hay 30 días para reajuste de las tarifas con las IPS.

f. Lamentamos que no se haya incluido la obligatoriedad para el Fosyga de hacer

un pago tan ágil a todos los demás actores del sistema. Se generó la emergencia por problemas del flujo de recursos, y éstos siguen siendo lentos con sus pagos y hay muchos comentarios que de lo que han cobrado las EPS hay mucho glosado, pero como dice el viejo refrán “sólo el que paga sabe lo que debe” y sin pagar maneja en bonos y fiducia recursos que todos colocamos para la seguridad social y que no fluyen.

12. *Decreto 134, sobre el Presupuesto General de la Nación.* Se adicionan al presupuesto de rentas y recursos de capital del Presupuesto General de la Nación cerca de \$559 mil millones, con destino a la cuenta ECAT del Fosyga. Ese dinero irá al Fonpres y al presupuesto de la CRES.

13. *Decreto 135, sobre sustancias psicoactivas.* Se distribuye hasta el 30% de los recursos del Fondo para la Rehabilitación, Inversión Social y Lucha contra el Crimen Organizado (Frisco), para programas de prevención, mitigación y superación y desarrollo institucional, en el marco de una política nacional de reducción del consumo de sustancias psicoactivas. Este es el decreto que ha pasado más desapercibido, pero que considero más positivo, puesto que asigna al sector salud, para el manejo de los problemas de farmacodependencia, esta suma de recursos que usualmente se utilizaba para el tema de represión del delito.

Finalmente, me uno al llamado que hace el doctor Francisco Henao en su ponencia para que la Universidad, las sociedades científicas, Asociación Colombiana de Facultades de Medicina (Ascofame), Asociación Colombiana de Facultades de Odontología (ACFO) las asociaciones de pacientes, gobernadores, alcaldes y demás estamentos de la sociedad, estemos vigilantes y contribuyamos positivamente mediante el estudio y la elaboración juiciosa de los decretos reglamentarios, o la



solicitud de derogatoria de los que no sean convenientes en la reforma del Sistema Nacional de Seguridad Social en Salud, que es necesaria pero que debe quedar bien sopor-tada y redactada para beneficio fundamental de los enfermos, actuales o potenciales, es decir, de todos los colombianos.

No podemos cometer la irresponsabilidad de comentar nuestros desacuerdos en corrillos y de manera informal. Hay que dejar constancia escrita formal de ellos para que los

responsables del sistema tengan los insumos para hacer una regulación más adecuada de la seguridad social en salud, de la cual formamos parte todos y cuyo devenir siempre nos afectará, y en definitiva, causará dificultades en los procesos de atención administrativa y asistencial a nuestros usuarios. Es mejor que con nuestra participación busquemos una mejor salud para todos y todas, aunque no sea tenida en cuenta, que dar la espalda a la situación y esperar a ver qué pasa.