



## LO BÁSICO DE LA EMERGENCIA SOCIAL

### 1. ANTECEDENTES

Antes de 1993, el aseguramiento en el sistema de salud colombiano estaba diseñado para lograr la cobertura de la mayor parte de la población trabajadora. Sin embargo, en la práctica solo brindaba protección a cerca del 50% de los trabajadores asalariados, a través de entidades de previsión social y el Seguro Social, con diferentes esquemas de afiliación, cotización, cobertura familiar y beneficios. Como resultado, la cobertura de aseguramiento en salud de la población total era menor del 20%. Las personas que no tenían ningún tipo de aseguramiento y las familias de los trabajadores sin protección parcial eran atendidas por la red pública con problemas de acceso y oportunidad en la prestación de los servicios de salud<sup>1</sup>.

Como resultado de lo anterior se inició una reforma que se materializó en la Ley 100 de 1993, con la aprobación del Sistema General de Seguridad Social en Salud<sup>2</sup> (SGSSS). Dicha ley determinó que los ciudadanos deberían estar afiliados al sistema a través de los regímenes contributivo o subsidiado<sup>3</sup>, los cuales tenían planes de beneficios diferentes. Así mismo, estableció que el SGSSS debía crear las condiciones para que todos los habitantes del territorio nacional en el año 2001, tuvieran acceso a un Plan Obligatorio de Salud (POS) y para que en forma progresiva se unificaran los planes de salud de los dos regímenes<sup>4</sup>.

Las metas previstas en la mencionada ley –de igualación de coberturas y planes de beneficios, de ingresos y gastos del sistema–, se estimaron sobre supuestos de crecimiento de la economía y de capacidad del mercado laboral<sup>5</sup> que no se cumplieron (PIB, empleo, salario real)<sup>6</sup>. Se

---

<sup>1</sup> *La Reforma de la Seguridad Social en Salud*. Tomo 1: Antecedentes y Resultados. Ministerio de Salud. Santafé de Bogotá, 1994.

<sup>2</sup> Los elementos básicos del consenso lo constituyen: la aplicación del principio de solidaridad consignado tanto en la Constitución de 1991 como en la Ley 100 de 1993, y la adopción de un modelo de competencia regulada (Ramírez, 2006).

<sup>3</sup> Al régimen contributivo se afilian las personas con vinculación laboral o trabajadores independientes con capacidad de pago. Estas personas realizan un aporte al sistema (cotización) asociado a su nivel de ingreso para acceder al plan de beneficios (Plan Obligatorio de Salud Contributivo). Al régimen subsidiado se afilian las personas sin capacidad de pago ni vinculación laboral y que reciben un subsidio por el valor del plan de beneficios (Plan Obligatorio de Salud Subsidiado).

<sup>4</sup> Artículo 162 de la Ley 100 de 1993.

<sup>5</sup> Los supuestos fueron los siguientes: crecimiento económico real del 5% anual (1995-2001); crecimiento del empleo asalariado del 3,5% anual; crecimiento del empleo independiente del 2,1%; y crecimiento real de los ingresos promedios del Sistema de 1,8% anual; en: *La Reforma de la Seguridad Social en Salud*. Tomo 1: Antecedentes y Resultados. Ministerio de Salud. Santafé de Bogotá, 1994, pág. 147.

<sup>6</sup> Las personas con capacidad de pago se deben afiliar al régimen contributivo, aquellas que no lo hagan son consideradas evasoras. No obstante, la Ley 1122 de 2007 contempló la afiliación mediante subsidios parciales de quienes no califican como



esperaba que cerca del 70% de la población total tuviera capacidad de pago y se afiliara al régimen contributivo, y que el 30% restante fuera beneficiaria del régimen subsidiado. La relación hoy es de cerca el 40% en régimen contributivo y el 60% en régimen subsidiado.

Así, la crisis de finales de los años noventa, el posterior aumento del desempleo y de la informalidad a niveles cercanos al 60%, unido a la falta de controles efectivos sobre la evasión y elusión, las fallas de regulación en aspectos relacionados con la operación y comportamiento de los agentes del sistema de salud; así como las debilidades del Sistema de Inspección, Vigilancia y Control, imposibilitaron cumplir las metas previstas. Esta situación generó una presión sobre el financiamiento del sistema, en especial sobre la subcuenta de compensación del FOSYGA, que administra el régimen contributivo, que contaría con menos contribuyentes. Por lo tanto, el financiamiento de los servicios de salud de la población no afiliada al régimen contributivo recae sobre las finanzas públicas tanto del orden nacional como del orden territorial.

Al respecto, el Gobierno nacional ha realizado grandes esfuerzos fiscales para garantizar el derecho a la salud de la población a través del régimen subsidiado. Así, con una inversión de cerca de 3,1 billones de pesos anuales, se han financiado 11,5 millones de afiliados adicionales al régimen subsidiado respecto a la meta prevista para el año 2001<sup>7</sup>. Actualmente ha financiado 23,8 millones de cupos, aunque la meta es contar con 24,5 millones de personas afiliadas al régimen subsidiado.

## 2. ¿QUÉ ORIGINÓ LA EMERGENCIA?

### Dos fueron las razones:

1. *El incremento o desbordamiento del gasto en la prestación de los servicios de salud no contenidos en el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Contributivo - No POS Subsidiado (No POS-S), que hacen parte del Plan del Régimen Contributivo.* Dichos servicios están a cargo de las entidades territoriales y se prestan a la población asegurada en el régimen subsidiado. Este gasto se financia con el Sistema General de Participaciones (1,2 billones), un porcentaje de las rentas cedidas (0,8 billones), recursos propios territoriales y otras fuentes no

---

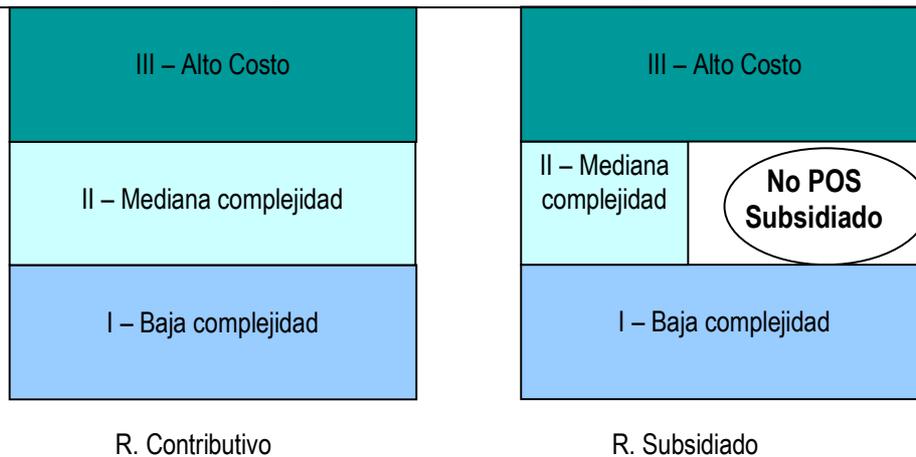
potenciales beneficiarios de régimen subsidiado mediante subsidios plenos, que cuenten con alguna capacidad de pago, pero insuficiente para cotizar regularmente el valor correspondiente para acceder al régimen contributivo.

<sup>7</sup> Según los supuestos de la reforma que estableció la Ley 100, se esperaba que para 2001, 13 millones de personas estuvieran afiliadas al régimen subsidiado y 32 millones al régimen contributivo.



recurrentes como el FAEP (0,18 billones)<sup>8</sup>, ECAT (0,1 billón) y el Programa de Reorganización, Rediseño y Modernización de Redes de Prestación de Servicios de Salud (1 billón). El gráfico 1 muestra la estructura de los regímenes contributivo y subsidiado, y se destaca el componente No POS-S al que se hace referencia.

**Gráfico 1. Comparativo prestaciones incluidas en el Régimen Contributivo y Subsidiado**



- Las entidades territoriales contratan estos servicios No POS-S con las instituciones prestadoras de servicios de salud tanto públicas como privadas. Sin embargo, las entidades territoriales no han desarrollado mecanismos para identificar y controlar adecuadamente situaciones de: abuso en la demanda de esos servicios, inducción indebida de la demanda, sobredimensionamiento de la oferta, sobrecostos; además, tampoco se conoce la frecuencia de dichos servicios.
- Los departamentos y el Distrito Capital informaron al Gobierno nacional un incremento en la demanda de servicios y medicamentos no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud en el Régimen Subsidiado. Esta situación ha sido reiterada por los gobernadores en distintos escenarios; no obstante, las entidades territoriales no han enviado información precisa que permita constatar el valor real del gasto No POS de sus territorios
  - Según el reporte de 32 departamentos y 4 distritos, en 2009, el déficit corriente por prestación de servicios de salud se duplicó frente al de 2008, al pasar de \$409.187 millones a un valor estimado de \$885.237 millones, cifras que reflejan un crecimiento del 116%.

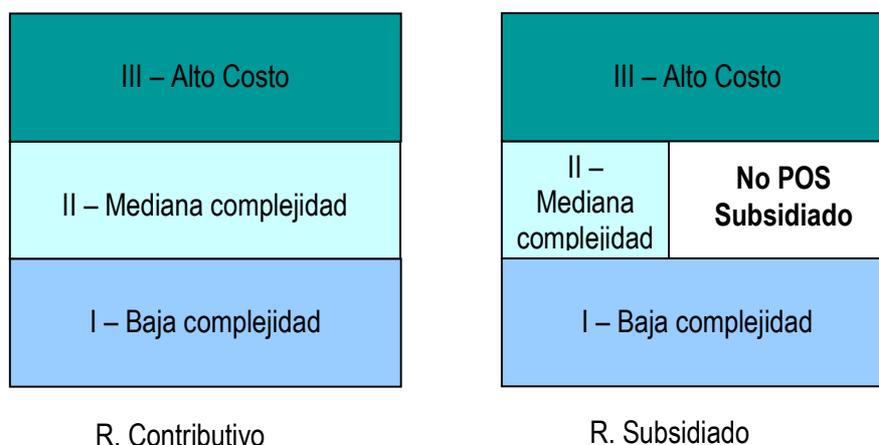
<sup>8</sup> A la fecha se han comprometido y se girarán cerca de 0,09 billones de pesos.

- Esta situación ha generado un efecto financiero negativo sobre las EPS e IPS. De acuerdo con la información reportada por Gestarsalud –entidad que agremia a las EPS del régimen subsidiado–, en marzo de 2009, sus entidades asociadas tenían cuentas por cobrar a las entidades territoriales por servicios No POS que ascendían a \$3.726 millones y en septiembre del mismo año dichas cuentas alcanzaron un monto de \$37.226 millones, lo cual representa un incremento del 899% durante el periodo de marzo a septiembre.
- Para el caso de las IPS, un estudio de la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas, a junio de 2009, señala que de una muestra de 115 instituciones las cuentas por cobrar a las entidades territoriales sumaban \$529.000 millones, de los cuales el 59% presentaba un atraso mayor a 90 días.

2. *El incremento o desbordamiento del gasto en la prestación de los servicios de salud no contenido en el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Contributivo No POS contributivo (No POS), a cargo del FOSYGA.* Cabe señalar que en la concepción inicial el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) no debía suministrar medicamentos y servicios no incluidos en el Plan de Beneficios del Régimen Contributivo. El gráfico 2 muestra la estructura de los regímenes y el componente del No POS del régimen contributivo.

**Gráfico 2. Prestaciones No POS del régimen contributivo**

↑      **No POS**      ?      ↑  
**Contributivo**





- Estos servicios No POS contributivo se han hecho exigibles vía tutela, que parten de la prescripción del médico tratante. Los jueces se han “hecho parte del SGSSS” vía el mecanismo de la tutela, debido a que el acuerdo social de tener un límite no se cumplió, y a que el SGSSS no cuenta con un mecanismo para dirimir cuando se requiere o no prestar un servicio no contenido en el POS-C. En consecuencia, la percepción de la ciudadanía es que el país cuenta con beneficios ilimitados y que se tiene acceso a la última tecnología, sin que se verifique su costo efectividad, y pertinencia en forma técnica-científica.
- Actualmente los servicios No POS contributivo son financiados a través del mecanismo de recobro por parte de las Entidades Promotoras de Salud ante el Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA) de la cuenta de compensación. Dado que el SGSSS nunca previó la demanda de esos servicios No POS, la actual situación pone en riesgo la sostenibilidad del régimen contributivo.
- Se ha presentado un crecimiento acelerado de la demanda de servicios, en los costos y medicamentos no incluidos en los Planes Obligatorios de Salud, amenazando la sostenibilidad financiera del sistema.
- Por ejemplo, el número de recobros presentados al FOSYGA por eventos No POS se incrementó en el 239%, al pasar de 835.000 en 2007 a cerca de 2.000.000 en 2009. En términos monetarios, se presentó un incremento del 280%, se pasó de pagar cerca de \$626.000 millones en 2007 a \$1,85 billones en 2009. Esto amenaza la estabilidad de la cuenta que financia hoy el aseguramiento de los aproximadamente 18 millones de personas afiliadas al régimen contributivo.
  - Adicionalmente, pocas personas se benefician de esos recursos, situación que afecta la equidad del sistema. En efecto, en 2009, 376.000 personas afiliadas al régimen contributivo, obtuvieron beneficios No POS, por un valor aproximado de \$1,8 billones, con cargo al FOSYGA (\$4,8 millones por persona, en promedio), mientras que el aseguramiento para los cerca de 18 millones de afiliados en este régimen es del orden de los 10 billones de pesos (\$550.000 por persona, aproximados).
  - Algunos ejemplos de estos servicios No POS son las cirugías estéticas, *by pass* gástrico, tratamientos y medicamentos procedimentales sin evidencia científica, dispositivos excesivamente costosos, como audífonos de \$40 millones de pesos



que cumplían la misma función de uno de \$4 millones, pero que eran más estéticos, e inclusive viajes, implementos de deporte, jugos, pañales, etc.

- A escala regional, se encontró que en algunas zonas del país un alto porcentaje de niños viene recibiendo la hormona del crecimiento, lo cual estaría sugiriendo que por alguna razón los niños son excesivamente bajos en esa región. Los estudios internacionales señalan que este tratamiento resulta efectivo, en sólo un 10% de los niños que lo reciben.
- Cabe señalar que el médico tratante, mediante el acto médico (el diagnóstico, el procedimiento y el tratamiento) induce gasto en el sistema. Por ejemplo, se han encontrado evidencias en las que el médico tratante fórmula medicamentos de “marca” (más costosos), sin tener en cuenta los medicamentos contenidos en los planes de beneficios (genéricos menos costosos pero con efectividad). En algunos casos, se ha detectado que los incentivos para recetar medicamentos los están generando los propios laboratorios farmacéuticos, a través de beneficios personales que otorgan a los médicos que los ordenan (viajes, asistencia a congresos, etc.).
- El aumento en la cobertura, que afilió a 39 millones de colombianos al sistema, hizo que el gasto en salud llegara al 8% del PIB: Una cifra muy parecida a lo que gastan los países europeos en salud.

Por los elementos expuestos anteriormente, el 23 de diciembre de 2009, mediante el Decreto 4975, el Gobierno nacional declara el Estado de Emergencia Social.

### **3. ¿QUÉ BUSCA LA EMERGENCIA?**

- Crear unas reglas de priorización para la destinación de los recursos y asegurar la racionalización del gasto. Regular las atenciones No POS contributivas, buscar nuevas fuentes de financiación –cigarrillos, cerveza, licores y juegos de suerte y azar–, fuentes diferentes a las actuales con el fin de no afectar la sostenibilidad del régimen contributivo. Igualmente, busca definir un tope máximo de este tipo de gasto mediante la creación del Fondo de Prestaciones Excepcionales en Salud (FONPRES). Este gasto está dirigido a financiar la prestación de los servicios de salud de la persona cuando esté en riesgo inminente la vida (prestaciones excepcionales). Es decir, ya no se financian atenciones estéticas y se define un manejo prioritario de los servicios No POS contributivos que demanden los usuarios y lleguen a ser financiados por el FONPRES.



Se crea el Fondo de Prestaciones Excepcionales en Salud (FONPRES), de cuyo consejo de administración el DNP es miembro. La financiación del Fondo está a cargo del impuesto sobre las ventas a la cerveza y a los juegos de suerte y azar.

- Crear una nueva institucionalidad dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud para el acceso, administración y financiación de las prestaciones excepcionales en salud. Así mismo, se crea el Organismo Técnico Científico, que, entre otras funciones, tendrá a su cargo la generación de doctrina médica, de tal forma que los jueces puedan tomar decisiones informadas sobre los derechos de los ciudadanos, los problemas dentro del sistema y sobre lo que no forma parte del plan de beneficios del régimen contributivo.
- Optimizar los recursos existentes y generar nuevos con el fin de evitar la desfinanciación del sistema, cubrir los déficits existentes, garantizar la continuidad en la prestación de los servicios de salud en el ámbito de los servicios No POS y No POS-S y unificar los planes. Los nuevos recursos se originan en la explotación de los monopolios de juegos de suerte y azar y licores, vinos y aperitivos, así como los provenientes de los cigarrillos y tabaco elaborado, las cervezas, sifones y refajos.
- Esos recursos nuevos para las prestaciones excepcionales en salud (No POS) son los siguientes:
  - Se aumenta la tarifa del impuesto sobre las ventas aplicable a las cervezas así:
    - Entre el 1 de febrero y el 31 de diciembre de 2010 pasa del 11% al 14%.
    - A partir del 1 de enero de 2011 se pasa a la tarifa general del 16%.
  - Se incrementa la tarifa del impuesto sobre las ventas aplicable a los juegos de suerte y azar del 5% a la tarifa general del 16%.

**Tabla 1. Efecto de la decisión en materia de impuestos para la atención de prestaciones excepcionales en salud. Cifras en miles de millones.**

2010	Escenario actual		Decisión		Recaudo adicional
	Tarifa	Recaudo	Tarifa	Recaudo*	
Cerveza	3%	81	14%	274	193
Juegos de suerte y azar	5%	126	16%	271	146
<b>Recaudo total</b>		<b>207</b>		<b>545</b>	<b>339</b>

Fuente: DIAN y MHCP

\* Los cálculos incluyen la reducción en la demanda con elasticidad del precio unitario ante el aumento de precios inducido por el cambio de tarifas.



- Los nuevos recursos para la unificación del POS son los siguientes<sup>9</sup>:
  - Se unifica la tarifa del impuesto al consumo de cigarrillos y tabaco elaborado. Para el año 2010 el 21% del recaudo bruto deberá destinarse a la salud y a partir del 1 de enero de 2011 será del 24%. La tarifa unificada quedará así:
    - 2010: \$650 por cada cajetilla de 20 cigarrillos
    - 2011: \$700 por cada cajetilla de 20 cigarrillos
  - A partir del 1 de febrero de 2010, las tarifas del impuesto al consumo de licores, vinos, aperitivos y similares, por cada unidad de 750 centímetros cúbicos o su equivalente, serán las siguientes:
    - Para productos de hasta 35 grados de contenido alcoholimétrico: \$256 por cada grado
    - Para productos de más de 35 grados de contenido alcoholimétrico: \$386 por cada grado.

**Tabla 2. Efecto de la decisión en materia de impuestos para la unificación de los planes de beneficios. Cifras en miles de millones.**

2010	Recaudo actual	Decisión	Recaudo adicional
Cigarrillos	446	562	115
Licores	964	1.024	60
<b>Recaudo total</b>	<b>1.410</b>	<b>1.586</b>	<b>175</b>

Fuente: MHCP

- Se liberan recursos para que las entidades territoriales paguen deudas atrasadas. Por ejemplo, se podrán utilizar los excedentes de contratos en liquidación pero no pagados, contados como la sumatoria de los déficits corrientes durante el periodo 2006-2009; los aportes patronales y las rentas cedidas.
- Asegurar que los recursos destinados a la salud estén dirigidos efectivamente a atender las prioridades definidas en el plan de beneficios. Para esto, es necesario que la actuación del médico tratante sea regulada y se autorregule el ejercicio de su profesión.

<sup>9</sup> De manera excepcional, estos recursos podrán destinarse a la financiación de las prestaciones no incluidas en el Plan de Beneficios del Régimen Subsidiado, únicamente en el evento en el que la totalidad de los recursos destinados para dichos servicios, llegaren a agotarse.



En tal sentido, se determina que las sociedades científicas definan estándares como líneas de referencia para el acto médico. Para respetar la autonomía médica, se prevé que dichos estándares no sean obligatorios; sin embargo, los médicos que sin justa causa se aparten de ellos, podrán ser evaluados, en primera instancia, por sus pares y posteriormente por el Tribunal de Ética Médica, ente que podrá imponer sanciones pecuniarias de entre 10 y 50 SMLMV.

- Fortalecer las actividades de Inspección Vigilancia y Control en la asignación, flujo, administración y gestión de los recursos del Sistema.
- Fortalecer los mecanismos de control a la evasión y a la elusión de las obligaciones parafiscales y demás rentas que financian el sector.
- Fortalecer la Comisión de Regulación en Salud, para que las decisiones que inciden en los contenidos de los Planes Obligatorios de Salud, y/o en el equilibrio financiero de los regímenes contributivo y subsidiado, se armonicen con los principios constitucionales que regulan el Sistema. Esto es definir y aclarar el POS.

#### 4. ¿QUE ESTÁN DICIENDO DE LA EMERGENCIA?

Los decretos han generado malestar tanto en algunos gremios como en la población, por ello, se presentan algunos de los comentarios recogidos de los medios:

#### **DESDE LA POBLACIÓN**

<b>Comentarios</b>	<b>Posible respuesta</b>
La población manifiesta que los beneficios actuales del POS se van a disminuir, en general el acceso a especialistas.	La Emergencia Social lo que busca es, tal y como lo planteó la Corte Constitucional, revisar y actualizar el Plan Obligatorio de Salud y no disminuirlo.  Lo que se plantea es hacer una revisión del POS, que en cualquier caso es para mejorarlo –actualizarlo incluir nuevas tecnologías costo-efectivas y excluir las obsoletas–; la base de revisión será el plan que actualmente tienen los colombianos, tanto en el régimen contributivo como en el subsidiado. El nuevo plan mejorará el servicio de atención a los ciudadanos.



Comentarios	Posible respuesta
	<p>En diciembre de 2009 la CRES hizo una actualización del POS contributivo y subsidiado aclarando algunas zonas grises<sup>10</sup> e incluyó algunos beneficios: por ejemplo, los audífonos, algunos tipos de marcapasos, el lente intraocular.</p> <p>Así mismo, desde octubre de 2009 se unificaron los planes de beneficios de los niños menores de 12 años, es decir todos los menores de esa edad sin importar en qué régimen se encuentren tienen los beneficios del POS contributivo.</p> <p>Adicionalmente, la actualización del POS debe consultar a la Ciudadanía. Los mecanismos de esa participación los define el Ministerio de la Protección Social.</p>
<p>Manifiestan que van a tener que pagar más y que se verá afectada su capacidad de pago.</p> <p>Las personas tendrán que pagar los servicios de salud con las cesantías y pensiones, afectando sus posibles pensiones.</p>	<p>Los pagos adicionales solo serán para aquellos servicios que estén por fuera del POS contributivo –prestaciones excepcionales en salud, que se atenderán cuando esté en inminente riesgo la vida del paciente–; y solo para las personas de mayor capacidad económica, nunca para los estratos bajos. Para estos copagos de prestaciones excepcionales en salud se podrán utilizar, entre otros, los recursos de pensiones voluntarias, no el saldo en el Fondo de Pensiones Obligatorias; y el auxilio de cesantías. Estas últimas se utilizarán solo cuando el usuario haya suplido sus necesidades de vivienda y educación y las de su familia.</p> <p>Además, lo que se busca es generar mecanismos de control, por ejemplo evitar que los medicamentos se cobren de manera exagerada. Para citar un caso, en el tratamiento anual para el SIDA el sistema de salud colombiano paga 3.500 dólares mientras que Brasil paga 1.200 dólares.</p>
<p>Se elimina la tutela y no se podrá acceder a servicios No POS.</p>	<p>La tutela es un mecanismo judicial que en ningún caso desaparece; así como tampoco las prestaciones excepcionales. Lo que se hace es generar otros mecanismos para que las personas accedan a dichos servicios de manera racional para el sistema, a través de una nueva institucionalidad y dedicando para ellos recursos finitos.</p>

<sup>10</sup> Término empleado para referirse al conjunto de actividades, procedimiento o intervenciones insuficientemente definidos respecto de su inclusión o no dentro del POS. Producto de esta asimetría de información para el conjunto de agentes (EPS, IPS, ciudadanos, entes de vigilancia y control y organismos judiciales), se derivan reclamaciones por vía administrativa o judicial para dirimir las.



Comentarios	Posible respuesta
	<p>Estos recursos harán unidad de caja en el FONPRES (impuestos sobre las ventas cerveza y juegos de azar) y las prestaciones excepcionales se financiarán hasta que se agoten dichos recursos.</p> <p>Para financiar dichas prestaciones en la población sin capacidad de pago se generaron nuevos recursos provenientes de los licores, los cigarrillos y los juegos de suerte y azar. Para el efecto se modificaron tributos nacionales y así elimina la presión que había sobre los recursos del FOSYGA y de las entidades territoriales.</p> <p>Se modifican tributos del nivel territorial para proveer recursos a las entidades territoriales para atender las prestaciones que no están incluidas en el Plan de Beneficios del Régimen Subsidiado pero sí en el contributivo. Estas son las que se encuentran en la actualidad en la brecha que hay entre el POS subsidiado y contributivo y que debe ir reduciéndose a medida que avance la unificación.</p>
<p>Pacientes de alto costo (sida, insuficiencia renal, cáncer y otras patologías crónicas) dicen que “van a morir enfermas y sin ningún patrimonio”.</p>	<p>Actualmente los pacientes de sida e insuficiencia renal tienen todos los procedimientos y tratamientos cubiertos por el POS; y como se mencionó anteriormente el POS tendrá una actualización para mejorarlo pero no se ha cambiado ni se pretende disminuirlo.</p> <p>Si bien, para el caso del cáncer y algunas patologías crónicas no están incluidos todos los servicios, el paciente en todo caso puede acceder a prestaciones excepcionales siempre que el médico demuestre que agotó todos los servicios del POS y que se requiere dicho servicio para salvar la vida del paciente.</p> <p>Si el médico tiene los soportes científicos necesarios, el comité técnico de prestaciones excepcionales aprobará la prestación del servicio, y previo un análisis de la capacidad de pago se decide si el paciente paga, total o parcialmente, o simplemente no paga por el servicio.</p> <p>Para el análisis de la capacidad de pago se tendrá en cuenta la siniestralidad y el costo de la enfermedad; es decir, si una</p>



Comentarios	Posible respuesta
	persona tiene un patrimonio establecido, pero el costo de la enfermedad es tal que tendría que vender todo su patrimonio, este paciente podrá ser financiado por el FONPRES.

### **DESDE LOS GREMIOS**

Comentarios	Posible respuesta
<p>Las mayores inconformidades <u>provienen de los médicos</u>; la Academia Nacional de Medicina expidió un comunicado en el cual dice que los decretos son un “grave atentado contra la medicina como ciencia y profesión. Atentado que nunca se había registrado en esta ni en ninguna otra nación democrática”.</p> <p>Afirmó que el Gobierno no los consultó y que debido a esto, los decretos no pueden ser aceptados por el cuerpo médico.</p>	<p>El Gobierno nacional promueve, de acuerdo con los decretos expedidos en el marco de la Emergencia Social, mecanismos de autorregulación y regulación profesional respetando la autonomía de los médicos.</p> <p>Para esto, se establece que los estándares o guías serán fijados por las mismas organizaciones científicas y académicas a las que hace referencia el decreto con fuerza de ley. En ningún caso el Gobierno nacional impondrá dichos estándares.</p> <p>La principal ventaja es que el usuario sabe a qué tiene derecho (oportunidad, procedimientos, etc.). Esto está hecho en función del paciente.</p>
<p>Consideran un exceso establecer multas para quienes receten procedimientos por fuera de lo establecido en el estándar.</p>	<p>Los estándares son indicativos, en las mismas condiciones en las cuales se han implementado en otros países del mundo. Solo serán obligatorios aquellos estándares que las sociedades científicas decidan. En todo caso, el médico puede apartarse del estándar cuando lo considere pertinente y la evidencia científica así lo soporte. En el evento en el que un médico se aparte de alguno de los estándares, sin justa causa y sin evidencia científica, el caso será revisado en primera instancia por sus pares y posteriormente por el Tribunal de Ética Médica, ente que podrá imponerle sanciones.</p> <p>Para facilitar el proceso, el Organismo Técnico Científico (OTC) será el encargado de mantener actualizada toda la información sobre tratamientos médicos.</p>
<p>No se podrán ordenar servicios adicionales a los pacientes, ni</p>	<p>Los médicos podrán seguir ordenando a sus pacientes dependiendo de los estándares establecidos por ellos</p>



Comentarios	Posible respuesta
medicamentos, ni procedimientos	<p>mismos. Si se identifica un paciente que requiere una prestación excepcional, el médico puede ordenar el servicio y el comité técnico evaluará los soportes del médico, que en caso de contar con evidencia científica serán aprobados.</p> <p>Con esta nueva institucionalidad lo que se busca es subsanar la amenaza sobre la sostenibilidad financiera del sistema y garantizar el derecho a la salud. Actualmente, los servicios No POS, están beneficiando a unos pocos en detrimento de la mayoría. Por ejemplo, el per cápita del régimen contributivo es \$550.000 pesos, el del No POS es de \$4,8 millones anual.</p> <p>Esta situación menoscaba los recursos del Sistema y puede evitar que se cumplan los objetivos de universalización y unificación. Así, se pretende evitar que el sistema siga pagando cirugías estéticas, <i>by pass</i> gástrico, tratamientos y medicamentos procedimentales sin evidencia científica, dispositivos excesivamente costosos, como audífonos de \$40 millones de pesos que cumplían la misma función de uno de \$4 millones, pero que eran más estéticos; e inclusive viajes, implementos de deporte, jugos, pañales, etc. A escala territorial, se han encontrado regiones en donde un porcentaje alto de niños viene recibiendo la hormona del crecimiento, lo cual estaría sugiriendo que por alguna razón los niños son excesivamente bajos en esa región. Hay que recordar que los estudios internacionales señalan que ese tratamiento sólo resulta efectivo en cerca de un 10% de los niños que lo reciben.</p>