

Escuela de
**Economía
y Finanzas**

La salud en Colombia: logros, retos y oportunidades.

Jesus A. Botero Daniel S. Medina

Asistentes de investigación: Matheo Arellano y Carolina Echeverri.

19 de Mayo de 2021

Grupo de Estudios en Economía y Empresa (GEE)
Escuela de Economía y Finanzas
Universidad EAFIT

Agenda

- Resultados del sistema
 - Avances
 - Retos y tareas pendientes.
- Sostenibilidad financiera.
 - Tendencias.
 - El tema de la eficiencia.
 - Proyecciones básicas.
- Contratación en el SGSS

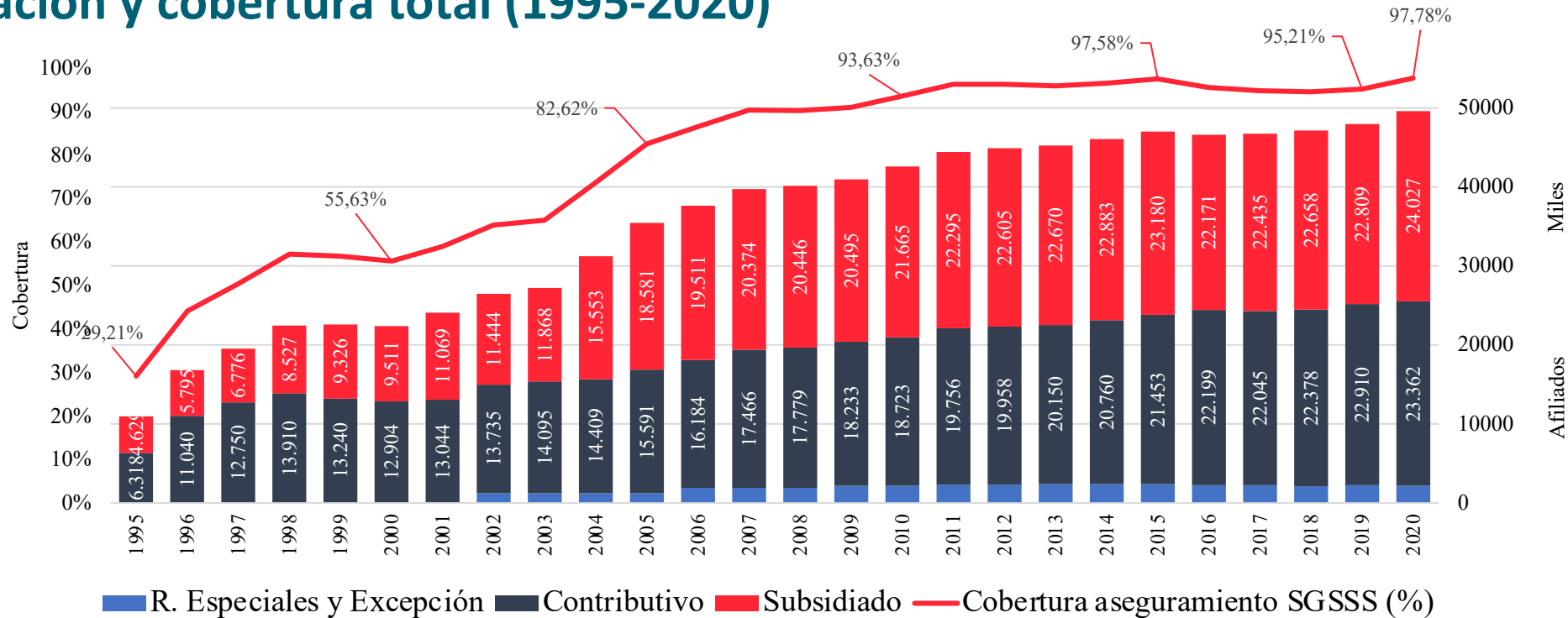
Resultados del sistema

Resultados del sistema: avances

- Después de su promulgación en 1993, la reforma de la salud en Colombia ha representado un avance importante en la atención de la salud de los colombianos.

Resultados del sistema: avances

Afiliación y cobertura total (1995-2020)



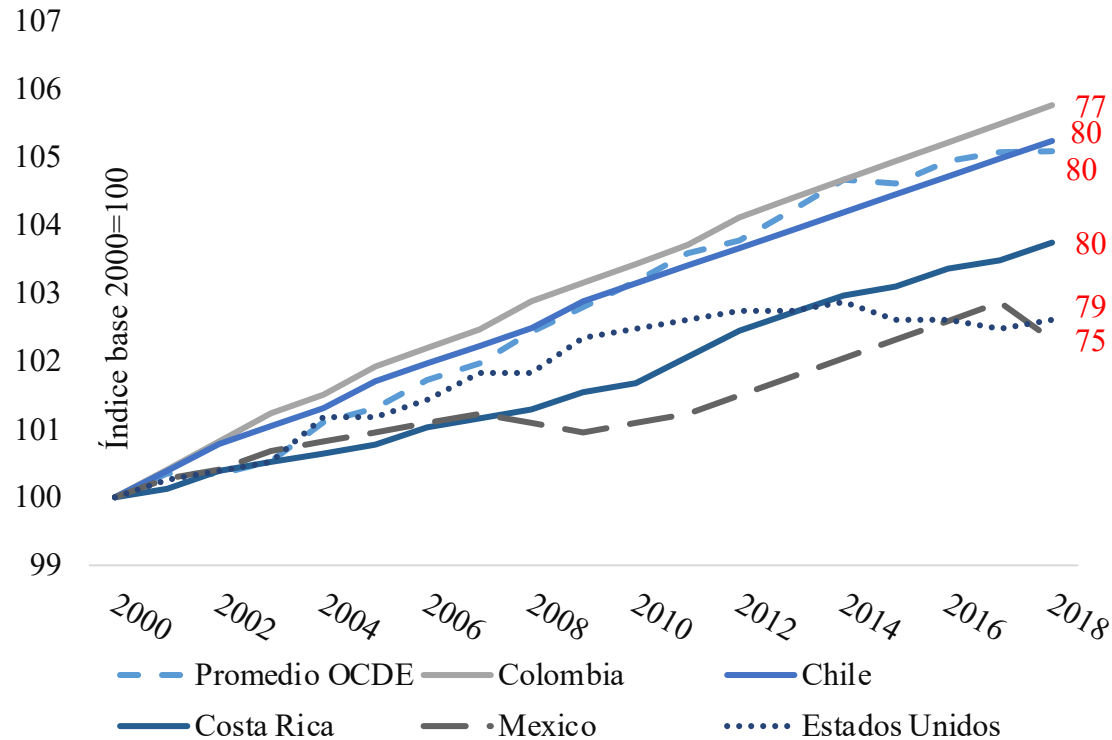
Fuentes: Serie anual de afiliación a nivel nacional (BDUA) y Estimación y proyección de población DANE (Censos 2005 y 2018).
Cálculos Dir. Aseguramiento - MSPS

- El contributivo ha aumentado en los departamentos más densos, y ha disminuido principalmente en el norte del país.
- La razón subsidiado/contributivo viene cayendo desde su mayor pico en 2006 (1.2), en 2020 se ubicó en 1.02.

Resultados del sistema de salud

Índice de expectativa de vida

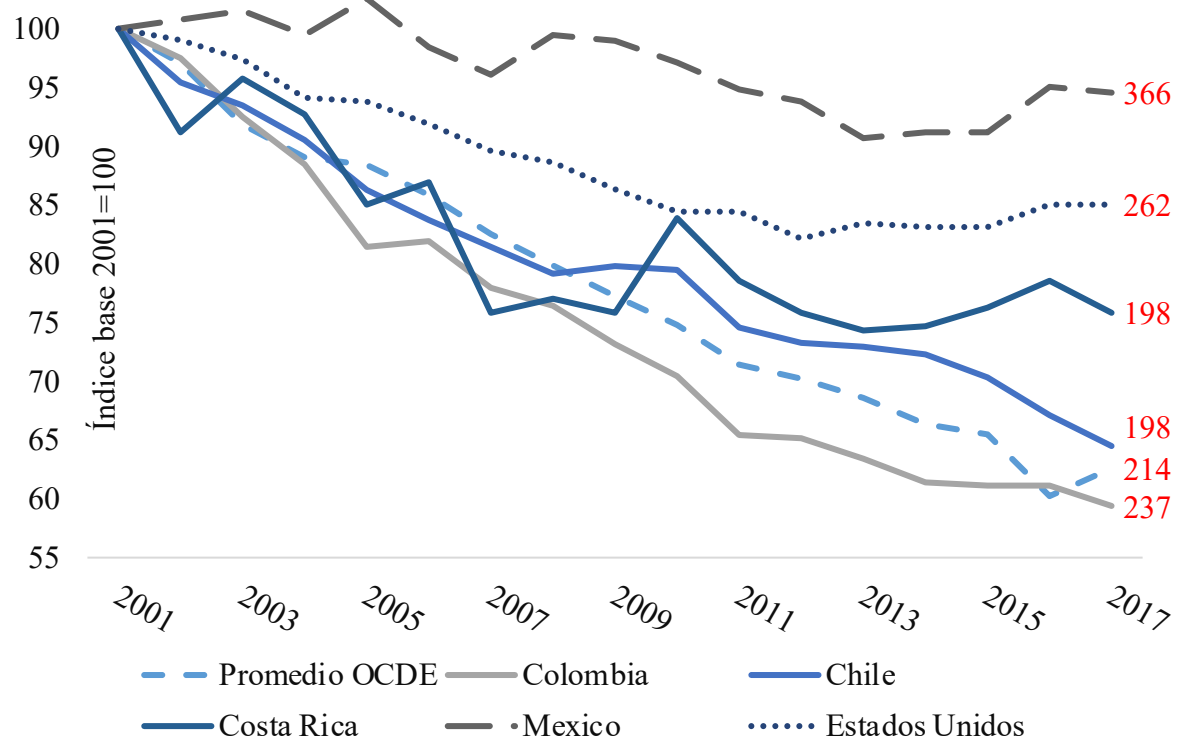
Años promedio desde el nacimiento (en rojo 2018)



Fuente: OECD.Stats.

Índice mortalidad evitable (prevenible + tratable)

Muertes por cada 100.000 habitantes (en rojo 2017)

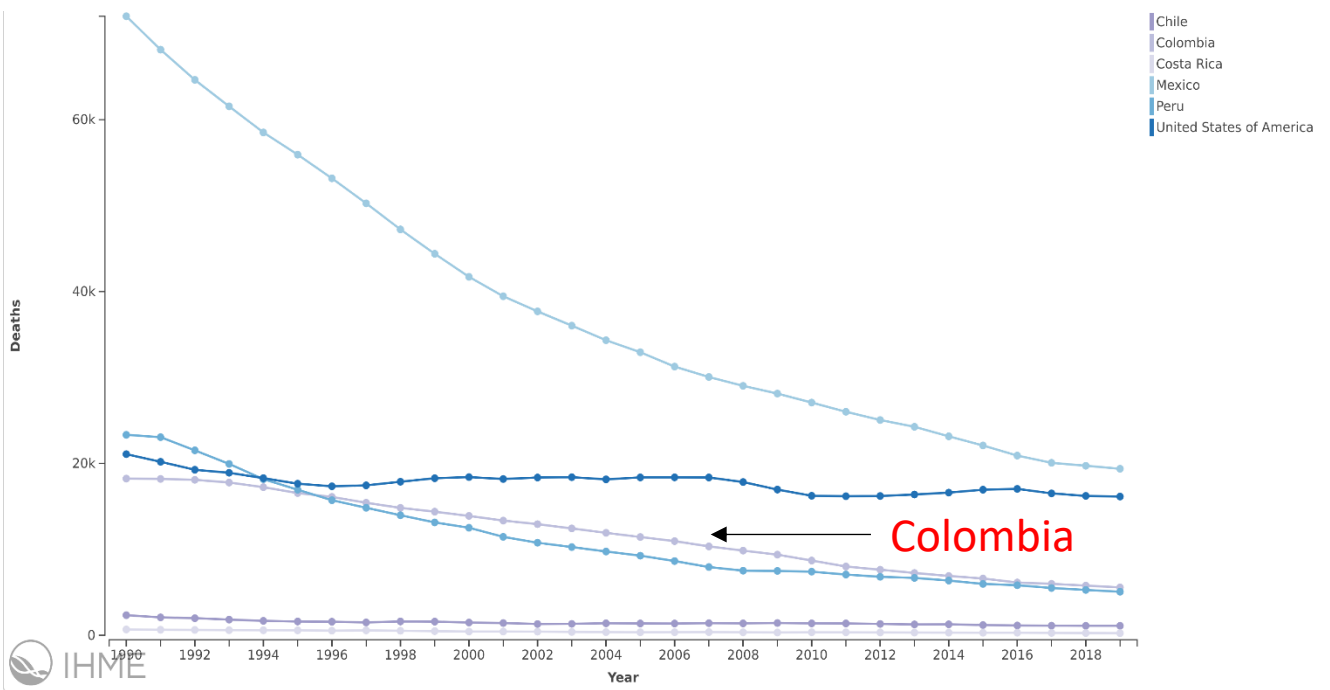


Fuente: OECD.Stats.

- En 18 años tiene mejor crecimiento en expectativa de vida (68 → 77 años, 6%) y la mortalidad evitable se ha reducido sustancialmente (389 → 237 m., -41%), con respecto al promedio OCDE, y algunos países – pares.

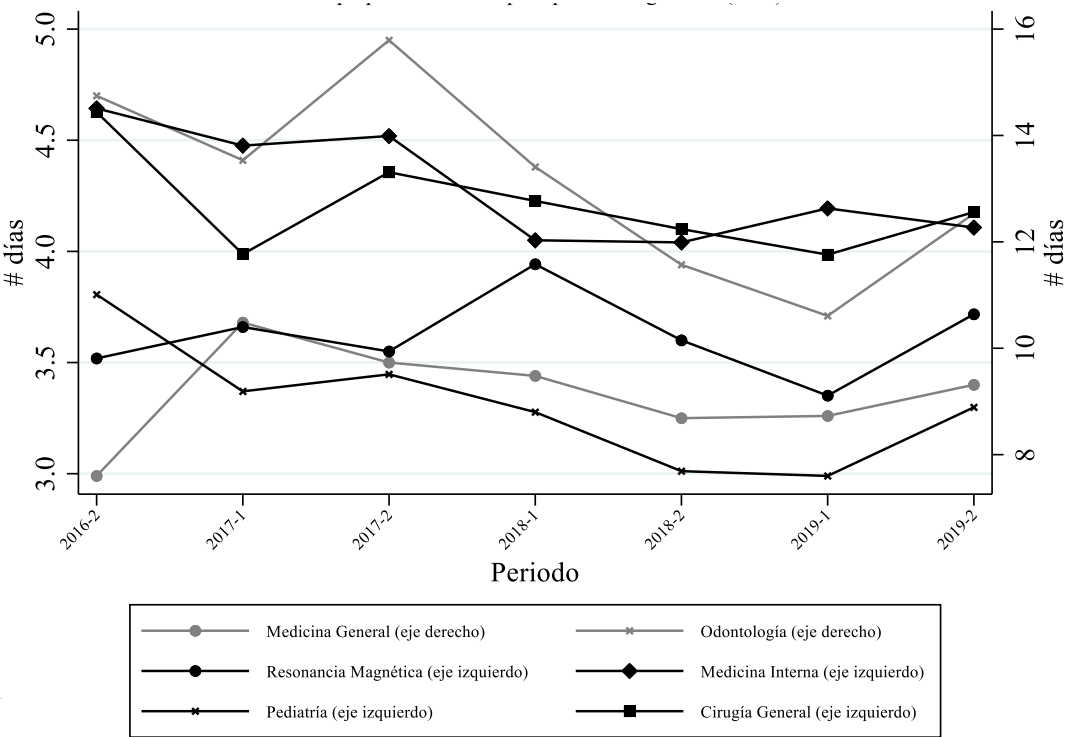
Resultados del sistema de salud

Muertes por malnutrición infantil y materna



Fuente: IHME.

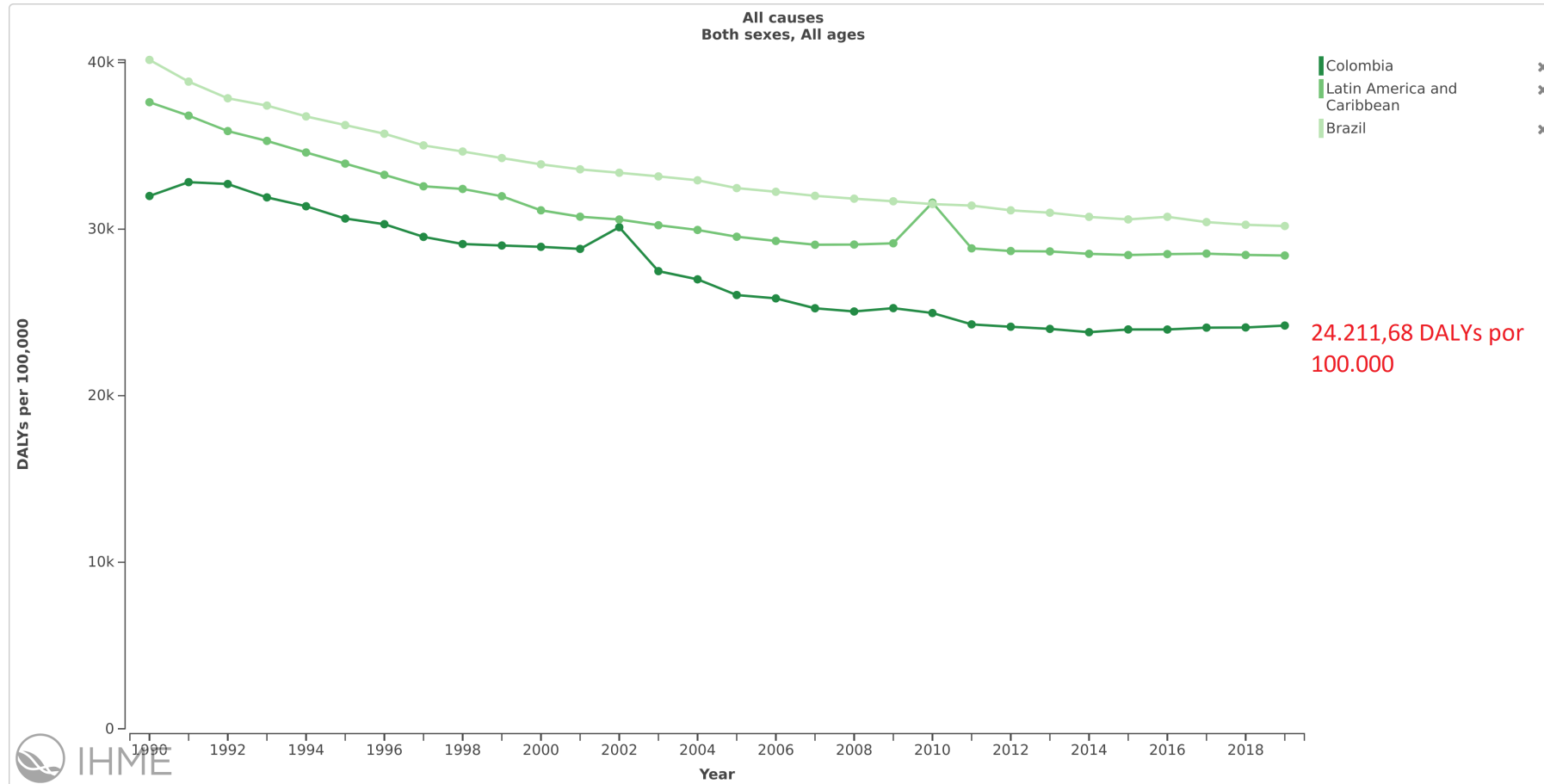
Tiempo promedio de espera para la asignación de citas



Fuente: Indicadores de Calidad en Salud. SISPRO (MOCA).

Resultados del sistema: avances

Años de vida perdidos por incapacidad o enfermedad, DALY's.
Años por cada 100.000 (en rojo Colombia 2019)

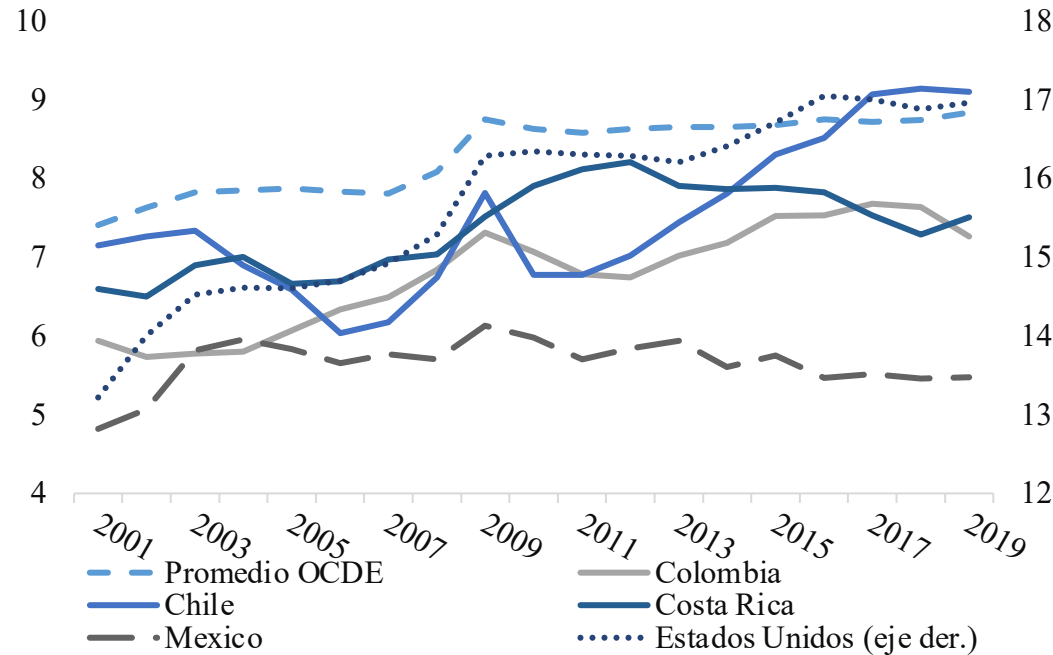


Resultados del sistema: avances

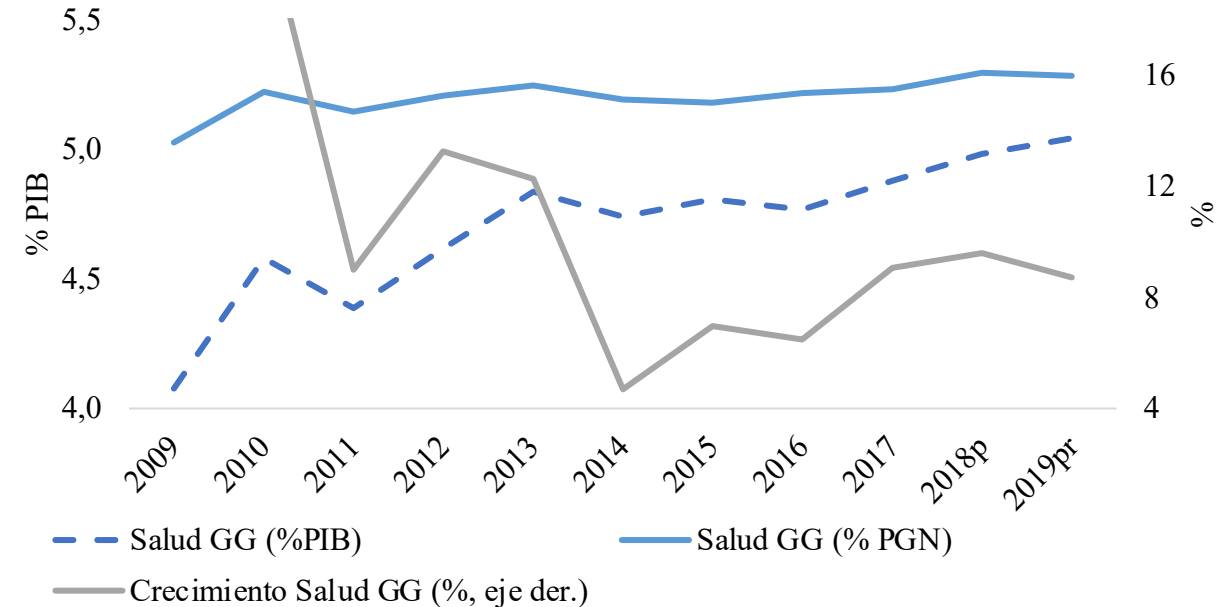
- Y ello se ha logrado con un esfuerzo económico relativamente moderado, en comparación con el que se lleva a cabo en otros países, como los de la OECD, y con gastos de bolsillo así mismo moderados, lo que facilita el acceso a los servicios

Resultados del sistema: avances

Gasto en Salud como porcentaje del PIB en países de la OECD (2017) y evolución



Fuente: OECD.Stats.

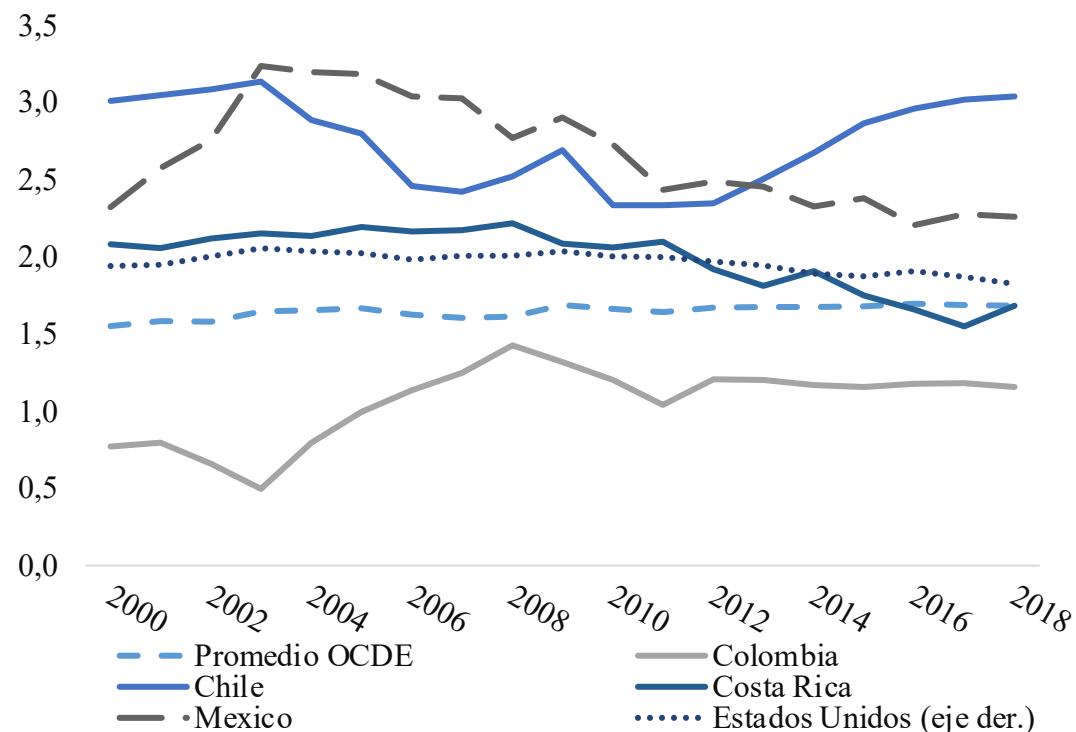


Fuente: Dane, cuentas nacionales.

- El gasto en salud en Colombia con % PIB comparado con OCDE, es relativamente bajo. Sin embargo, el ritmo de crecimiento ha sido relativamente alto en los últimos años, ganando 2 p.p. de 2012-2019. En cuanto al gasto del GG (% PGN), este ha aumentado 1.7 p.p. en el mismo periodo.

Resultados del sistema: avances

Gasto del Bolsillo en Salud como porcentaje del PIB en países de la OECD



Fuente: OECD.Stats.

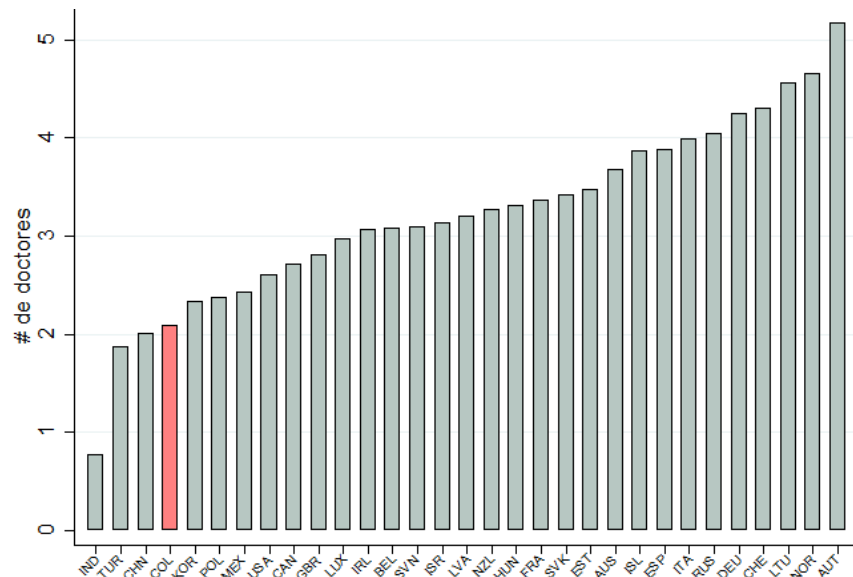
- El gasto de bolsillo en Colombia es muy bajo comparado con la OCDE y otros pares. Esto es uno de los resultados más importantes del SGSSS, pues protege a los de más bajos recursos de grandes gastos individuales para su atención.
- Sin embargo, esto también puede implicar que se puede estar subsidiando hogares de ingresos altos. Por ejemplo, un trabajo reciente de García-Ramírez et al. (2020), encuentra que el sistema genera desigualdad pro-ricos en utilización de los servicios en personas mayores de 60 años.

Resultados del sistema: retos y tareas pendientes.

- Falta, sin embargo, mucho camino por recorrer, y es claro que, como sociedad, no estamos satisfechos con lo que hemos logrado: hay falencias importantes en capacidad instalada, en acceso, tanto individual como regional (que se reflejan, el primero, en el uso del mecanismo de tutelas y el segundo en disparidades considerables entre regiones), y en logros, especialmente en algunas patologías, que presentan resultados pobres frente a estándares internacionales.

Capacidad instalada

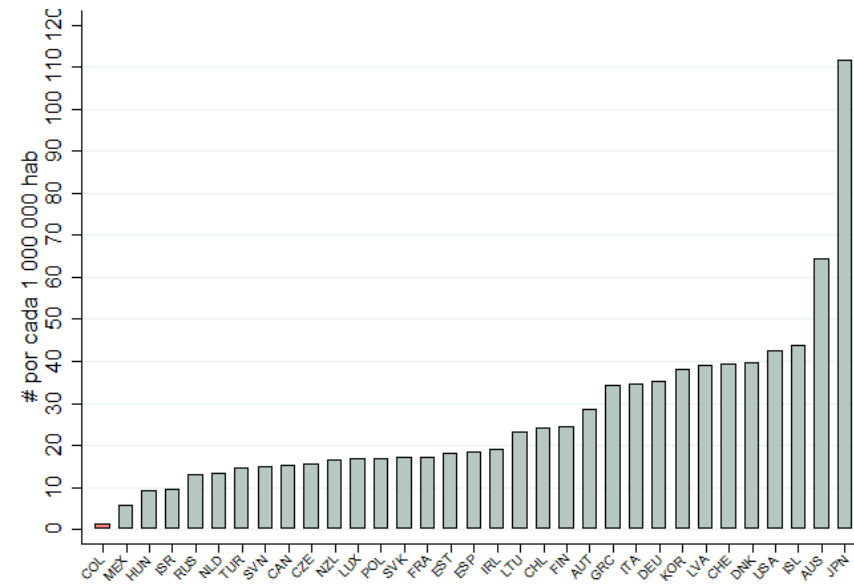
Número de Médicos por cada mil habitantes en países de la OCDE (2017)



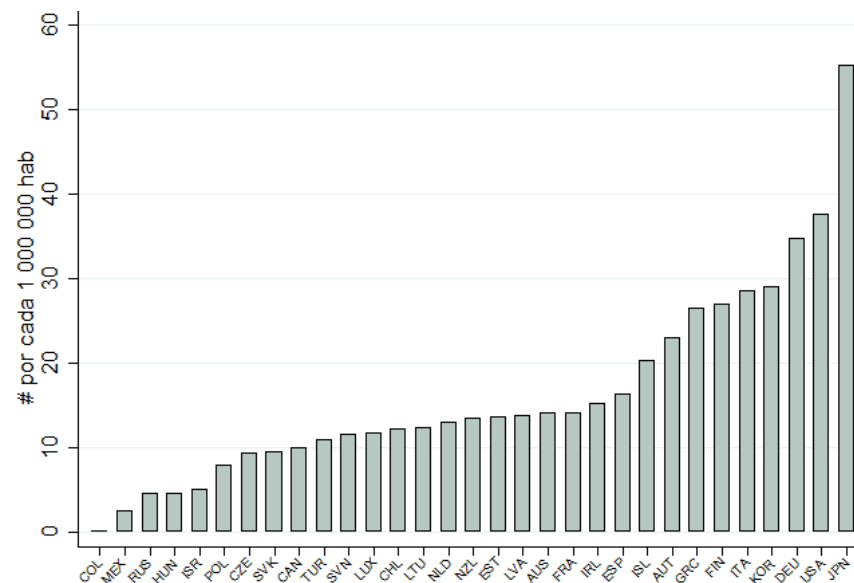
- Uno de los grandes retos que tiene el sistema es mejorar su capacidad instalada. Según las cifras el sistema está en deuda en este asunto con respecto a la mayoría de países de la OCDE.

Fuente: OECD.Stats.

Tomografías computarizadas por cada millón de habitantes (2017)

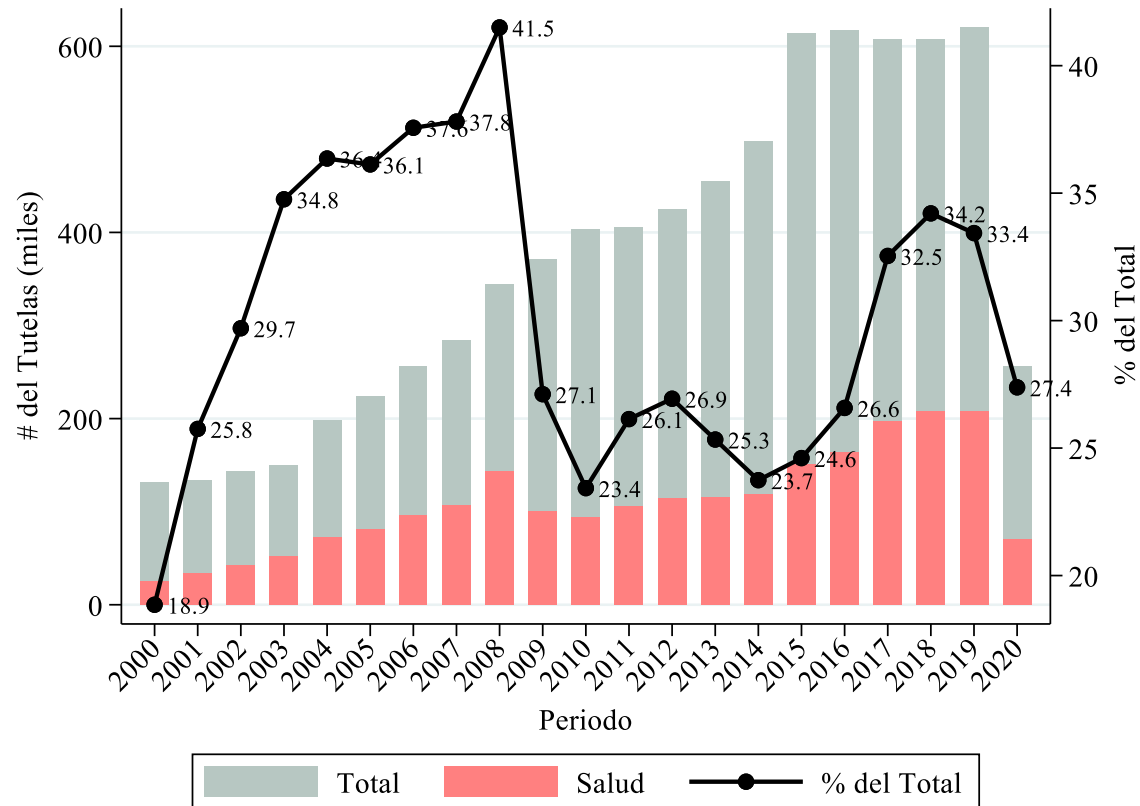


Unidades de Resonancia Magnética por cada millón de habitantes (2017)



Resultados del sistema: retos y tareas pendientes.

Evolución del número de tutelas totales y de salud

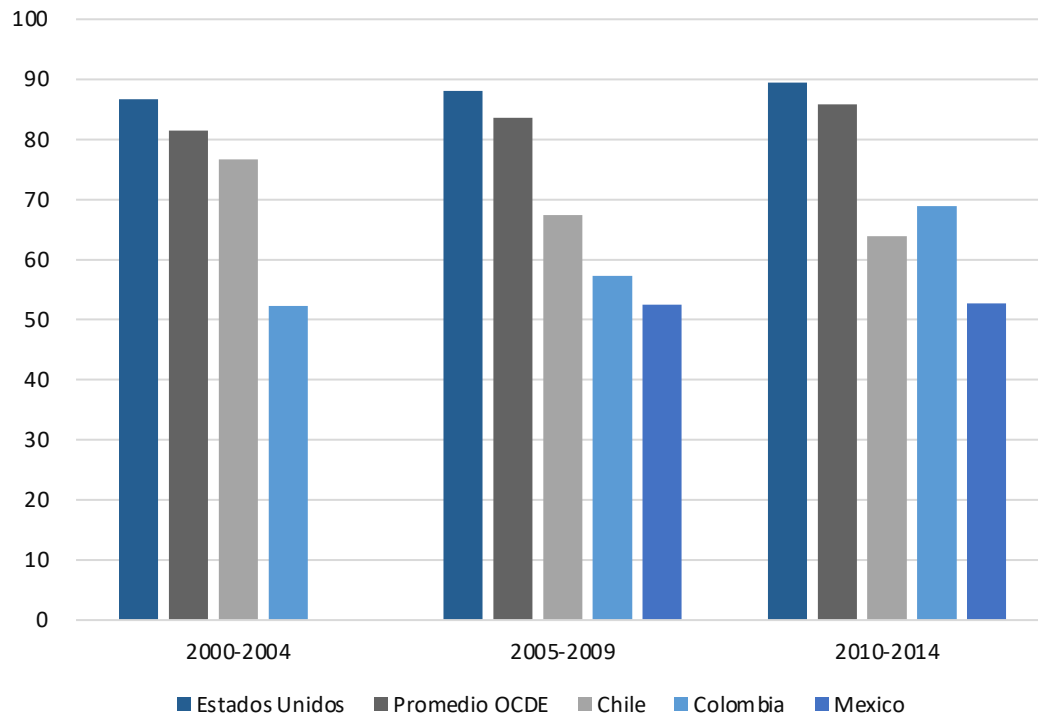


- Las acciones de tutela interpuestas por los ciudadanos y que invocaron la salud aumentaron considerablemente a partir de la Ley, en 2019 llegaron al 33.2% del total de tutelas, 80% se fallaron a favor.
- Las tutelas normalmente son interpuestas para tratamiento de enfermedades de alto costo.
- No todas las tutelas son por asuntos no PBS, de hecho el 81% en 2018 era por tratamientos PBS. La oportunidad del servicio explica esta participación.

Fuente: Corte Constitucional y Defensoría del Pueblo.

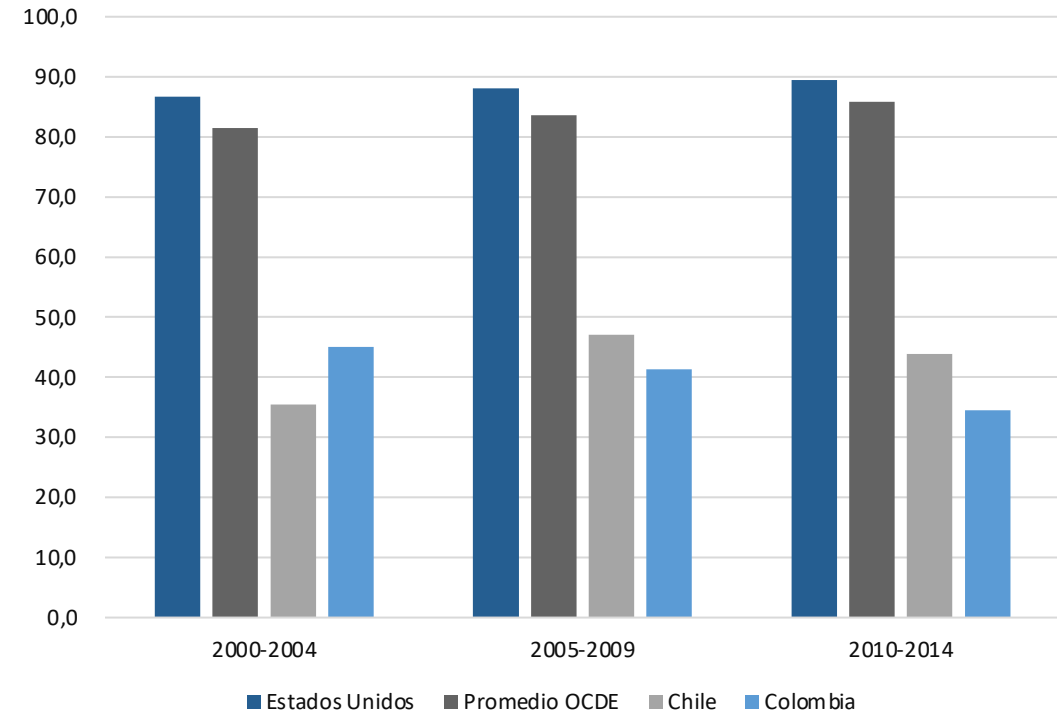
Resultados del sistema: retos y tareas pendientes.

Supervivencia neta a cinco años de la leucemia linfoblástica aguda infantil (%) – 0-14 años



Fuente: OECD.Stats. Supervivencia estandarizada por edad.

Supervivencia neta a cinco años del cáncer de colon (%) 15 años o más



Fuente: OECD.Stats. Supervivencia estandarizada por edad.

- En Colombia la tasa de supervivencia después de 5 años de niños diagnosticados con leucemia linfoblástica aguda infantil a crecido de manera importante acercándose a promedio OCDE. Sin embargo, la de cáncer de Colón ha decrecido según cifras hasta el año 2014.

Sostenibilidad financiera

Sostenibilidad financiera.

- A los problemas que resultan de las falencias mencionadas, hay que sumar los problemas de sostenibilidad financiera, que gravitan sobre el sistema:
 - el envejecimiento de la población;
 - el aumento de la demanda de servicios, que se deriva del progresivo empoderamiento de la gente acerca del sistema;
 - la absorción tecnológica, que aumenta el acceso a nuevas tecnologías médicas y a nuevos tratamientos;
 - y las tendencias en los costos de los medicamentos, aún a pesar de los controles establecidos, generan presiones en el sistema, que amenazan sus sostenibilidad.

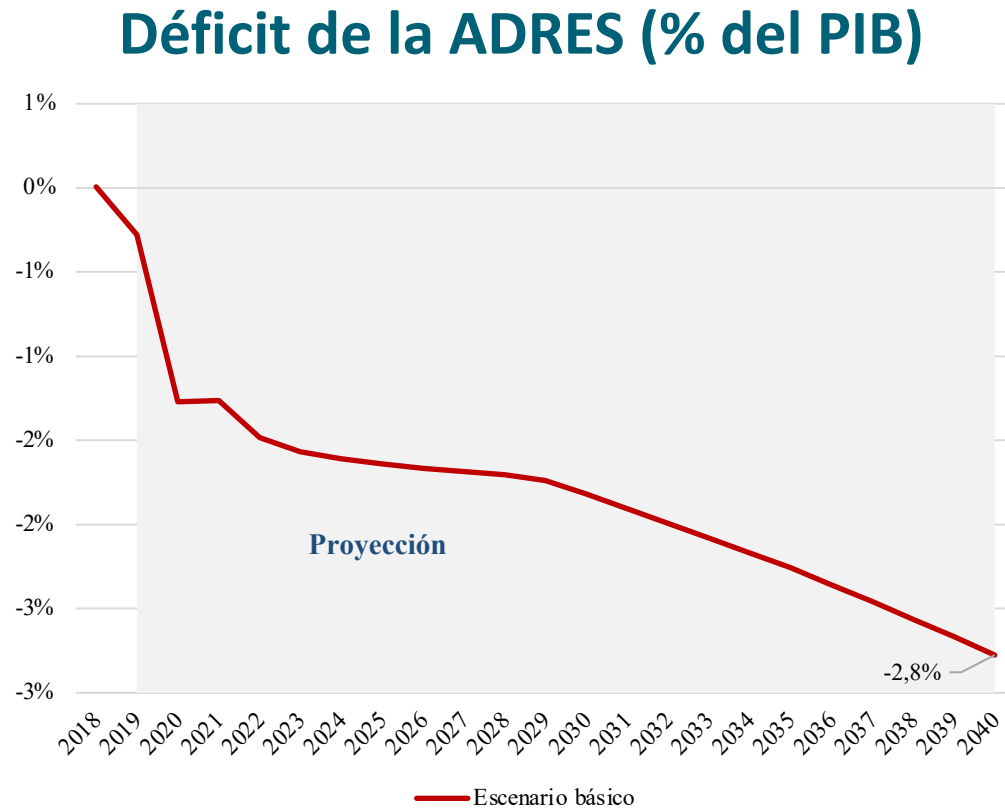
Sostenibilidad financiera.

- Crecimiento de los cobros por nuevas tecnologías. El per cápita real viene creciendo a tasas de 3% anual según información de los informes de suficiencia.
- Según información de la defensoría del pueblo, el número de tutelas PBS aumentó desde 2015, año de la firma de la Ley Estatutaria de Salud.
- Pirámide poblacional tomando forma de campana, es decir, evidencia de envejecimiento poblacional. Además, grupos más longevos demandan más atenciones por persona (cubo RIPS).
- La demanda de atenciones de la población crece a tasas promedio de 4% anual (cubo RIPS).
- Según información de SISMED, los precios de los medicamentos, procedimientos e insumos crecieron en promedio 4.9% entre 2008-2018 (inflación 4%). Con un particular aumento en los no regulados desde 2015 (8%). Este mismo boletín reportó que el 53% de los medicamentos que se comercian en el país aumentaron por encima del IPC entre 2017-2018 (3.18%).
- Los procedimientos, el rubro que más participa en el costo total según datos de los informes de suficiencia, ha aumentado su participación (76-82%) y el costo real promedio (23%) entre 2015-2018.
- Las tecnologías en salud, vienen aumentando fuertemente el número de patentes a nivel mundial desde 2010 según WIPO.

Sostenibilidad financiera.

- Para evaluar el problema de la sostenibilidad del sistema, se ha empleado un modelo de equilibrio general computable, calibrado para Colombia, año 2018, al que se integra la institución encargada del sistema general de seguridad social en salud, la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, ADRES. La información base de calibración proviene de las Cuentas Nacionales de Colombia y de la ejecución presupuestal de la ADRES, de acuerdo con el Ministerio de Hacienda y Crédito Público.
- El modelo consta de 13 ramas productivas y 17 productos, incorpora cuatro tipos de factores (capital, trabajo calificado, trabajo no calificado asalariado y trabajo no calificado no asalariado), de forma tal que permite modelar en detalle la evolución de los aportes que hacen los trabajadores al sistema de seguridad social, y detalla, además de la ADRES, dos instituciones públicas, el Gobierno Nacional Central y el Resto del Gobierno.

Sostenibilidad financiera.



Fuente: Elaboración propia.

- De acuerdo a nuestra proyección (mediante un modelo de equilibrio general computable altamente detallado) esas tendencias deben generar un déficit del sistema, del orden de 2,8 puntos del PIB, en el horizonte de los próximos veinte años, que debe ser provisto, si queremos mantener los logros alcanzado, y alcanzar las mejoras deseables.

Sostenibilidad financiera.

- Como es habitual, los problemas de un sistema de gasto puede analizarse desde tres perspectivas:
 - desde la óptica de gasto mismo, en la medida en que este pueda contenerse y ajustarse;
 - desde la óptica de los ingresos, en la medida en que puedan proveerse nuevos recursos al sistema;
 - o desde la óptica de la eficiencia, a partir de la manera como usamos los recursos disponibles, para alcanzar mejores resultados.

Sostenibilidad financiera.

- Desde la óptica del gasto, es claro que las posibilidades son limitadas: la ley estatutaria estableció que los únicos límites posibles al derecho fundamental a la salud son aquellos que resultan de un mecanismo “técnico-científico, de carácter público, colectivo, participativo y transparente”, que busque evitar que los recursos del sistema financien servicios y tecnologías que **(1) tengan un fin primordialmente cosmético o suntuario, (2) carezcan de evidencia sobre su seguridad, eficacia y efectividad clínica, (3) no estén autorizados para su uso en el país, o (4) sean experimentales o tengan que ser prestados en el exterior.**

Sostenibilidad financiera.

- Desde la óptica del ingreso, hay también limitaciones: el sistema básico de contribuciones a la seguridad social ha generado distorsiones en los mercados de trabajo, que resultan profundamente nocivas para el empleo, y que han sido ya abordadas por reformas como la ley 1607 de 2012, que eliminó parcialmente los aportes parafiscales, con un éxito relativo, aunque limitado. Así, el escenario futuro difícilmente podrá estructurarse a partir de aportes parafiscales al trabajo formal, y aunque claramente debemos buscar con insistencia que los trabajadores independientes aporten al sistema, hay un problema complejo de incentivos si, como es el caso en Colombia, la realización de aportes no produce algún tipo de mejora en el acceso.

Sostenibilidad financiera.

- La igualación de los regímenes contributivo y subsidiado elimina incentivos al aporte, y deja en manos de otro tipo de acciones el garantizar que se hagan los aportes. El sistema actual, que limita a los contribuyentes la deducibilidad de los pagos que hacen de servicios, si quienes reciben el pago no realizan los aportes a la seguridad social correspondientes, puede ser efectivo, pero dista de cubrir un universo muy amplio y variado de trabajos independientes, que a menudo se remuneran en efectivo.
- La eliminación del límite de aportes de 25 salarios mínimos puede contribuir a aumentar ingresos, pero sus efectos son marginales.

Sostenibilidad financiera.

- Un mecanismo alternativo de incremento en los ingresos, tiene que ver con cuotas moderadoras y copagos, que pueden conectarse con los deberes de los pacientes, en lo relativo a adherencia al tratamiento, seguimiento de recomendaciones, cumplimiento de citas, etc.

Sostenibilidad financiera.

- Así las cosas, el camino de la eficiencia es el que debe ser desplegado para atender el desequilibrio.
- Hay tres grandes aspectos a considerar en lo relativo a la eficiencia:
 - el primero, el relativo a la eficiencia de las entidades que participan del sistema;
 - el segundo, relacionado con la eficiencia asignativa, es decir, la forma como se asignan los recursos entre los participantes en el sistema;
 - y el tercero, relativo a la eficiencia general del sistema desde el punto de vista de los resultados que produce, del valor que agrega en términos de salud.

Sostenibilidad financiera: eficiencia de las unidades productivas.

Eficiencia de las unidades productivas: DEA y Fronteras estocásticas.

Tabla 4.3. Indicador de Eficiencia IPS – 2017-2019 (SFA y DEA)

	2017				2018				2019			
	Promedio	Mediana	Max	Min	Promedio	Mediana	Max	Min	Promedio	Mediana	Max	Min
SFA	0,84	0,84	0,90	0,77	0,85	0,85	0,90	0,79	0,85	0,85	0,91	0,78
GMA-SFA	0,81	0,82	0,89	0,72	0,80	0,80	0,88	0,70	0,85	0,85	0,91	0,79
GMA-SFA-MONO	0,81	0,81	0,89	0,71	0,79	0,79	0,88	0,68	0,86	0,86	0,91	0,80
DEA	0,79	0,78	1,00	0,66	0,79	0,78	1,00	0,68	0,77	0,75	1,00	0,63
Total	0,81				0,81				0,83			
<i>Observaciones</i>	1.364				1.364				1.364			

Nota: SFA: análisis de fronteras estocásticas estándar; GAM-SFA: análisis de fronteras estocásticas con modelos aditivos generalizados; GAM-SFA-MONO: análisis de fronteras estocásticas con modelos aditivos generalizados y con restricciones de monotonicidad; DEA: análisis de datos envolventes (orientado-insumos) con VRS. Fuente: SISPRO y RIPS. Cálculos propios.

Sostenibilidad financiera: eficiencia de las unidades productivas.

Eficiencia de las unidades productivas (IPS) públicas y privadas.

Categoría	Original	Satisfacción Gobal	Inversa de la Tasa de Reingreso Hospitalario
Públicas	0,52	0,29	0,37
Privadas	0,76	0,79	0,72
<i>Observaciones</i>	1.794	1.429	1.186

Sostenibilidad financiera: eficiencia de las unidades productivas.

Misallocation: ganancias por asignación eficiente.

Tabla 4.7. Ganancias en productividad que se obtendrían si se reasignaran los recursos de forma eficiente (%)

Año	Número de empresas	Ganancias en Producción	Ganancias en Valor Agregado
2011	1751	14,6	51,9
2012	2789	13,2	45,4
2013	3597	14,9	50,3
2014	3217	15	49,7
2015	3054	14,6	45,69
Promedio	2203	14,7	48,4

Fuente: ORBIS-PILA. Cálculos propios.

Sostenibilidad financiera: eficiencia de las unidades productivas.

Escenario alternativo: mejora en la eficiencia

Tabla 4.9. Tasa de crecimiento anual de la productividad en un horizonte de 20 años

Descripción	Asignación Eficiente entre IPS	Eficiencia al interior de las IPS	Total
Asignación eficiente aumenta la productividad en 15% y la eficiencia al interior de las IPS pasa de 0,82 a 0,88.	0,82%	0,35%	1,17%

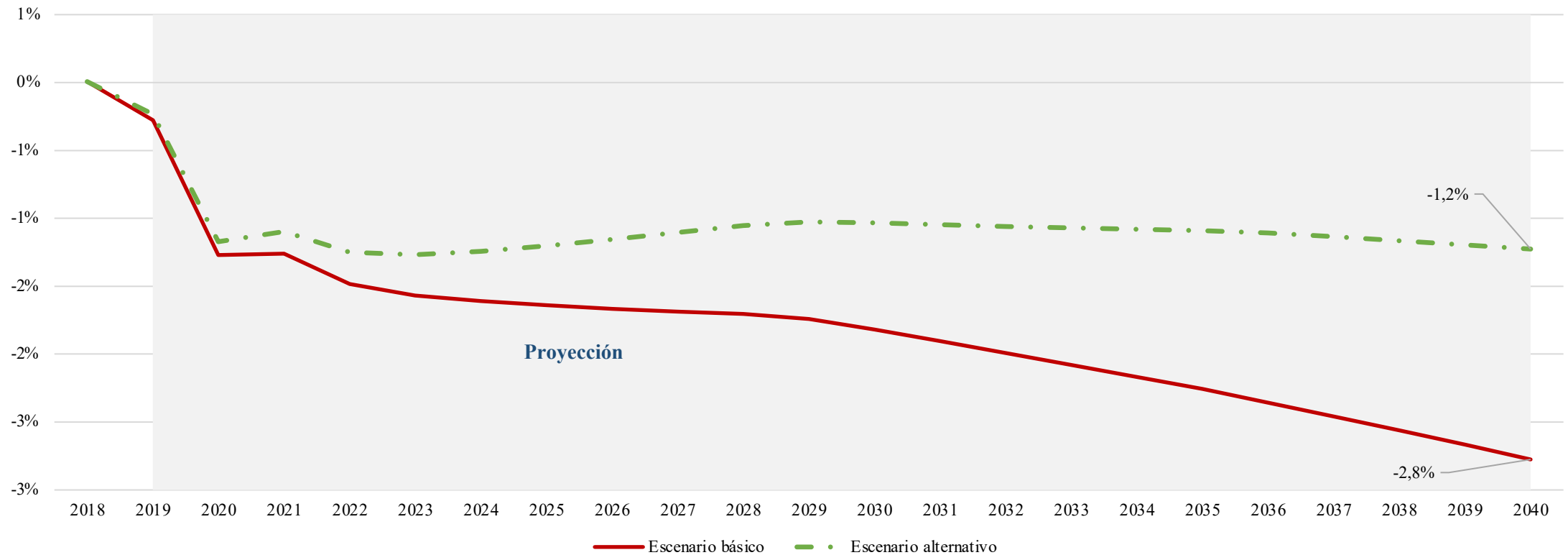
Nota: para los cálculos consideramos que el nivel máximo de eficiencia que pueden alcanzar en promedio las IPS es del 0,88. Dicho nivel corresponde al indicador de eficiencia promedio de los países de las OCDE encontrado por varios estudios recientes: Asandului et al., (2014), Samut & Cafri (2016), Behr & Theune (2017). Como referente, Kim et al., (2016) encuentran que, en promedio, los países de la OCDE tuvieron un crecimiento anual de 0,4% en la productividad del sector salud entre 2002 y 2012. Dicho crecimiento refleja solo la mejora en eficiencia en el uso de los recursos y crecimiento tecnológico, es decir, no incluye el componente de eficiencia asignativa. Fuente: cálculos propios.

Sostenibilidad financiera: escenario alternativo

A partir de las brechas detectadas, hemos diseñado un escenario alternativo, que recoge tres acciones: un aumento en el recaudo de contribuciones en actividades independientes (cubriendo el 85% de los trabajos informales, en lugar del 9% actual); un aumento de cuotas moderadoras y copagos (que duplique en 20 años el aporte de las personas al sistema); y un decidido esfuerzo para mejorar la eficiencia en el sistema, mejorando en un 15% la productividad asociada a la asignación de recursos, y propiciando mejoras potenciales de la eficiencia interna de las unidades productivas, que podrían pasar del 82% al 88%.

Sostenibilidad financiera: escenario alternativo

Déficit de la ADRES (% del PIB)



Sostenibilidad financiera: conclusiones.

Será necesario pues impulsar la eficiencia del sistema y arbitrar recursos adicionales, para ajustar los recursos a los gastos. Pero aún si ello es exitoso, hay un déficit probable del orden de 1,2% en el horizonte de la proyección.

Una alternativa de cubrimiento, tiene que ver con nuevas rentas (en un escenario adicional suponemos que un impuesto adicional a la compra de bienes, que grave en especial bienes con externalidades negativas sobre la salud, podría generar ese ajuste), pero sin duda, el tema esencial que se avizora es la transformación profunda del sector, en medio de los cambios disruptivos en IA, Internet de las cosas, realidad virtual y BigData, que alteraran de manera radical la medicina en el futuro.

Sostenibilidad financiera: conclusiones.

- Esa transformación profunda del sector debe:
 - Avanzar en el enfoque preventivo, asociado a la medicina familiar y la atención domiciliaria,
 - Fortalecer la capacidad instalada y el talento humano en el sistema.
 - Propiciar el uso de las herramientas innovadoras asociadas a la cuarta revolución industrial, incluyendo la interoperabilidad del sistema, Inteligencia Artificial y Machine Learning, y uso intensivo de telemedicina, realidad virtual e Internet de las Cosas.
 - Fortalecer las redes de atención y los esquemas de riesgo compartido en su administración y manejo
 - Privilegiar la Atención Médica Basada en Valor.
 - Y modificar de manera radical los esquemas de contratación en el sistema.

Contratación en el SGSS

Contratación del sistema: ADRES, ET –EPS

- En Colombia la forma de contratación fundamental que rige entre el administrador de los recursos y las entidades prestadoras es el pago per cápita por afiliado. Para esto se tienen un Plan Básico de Salud (PBS).
- PBS: es el conjunto de servicios y tecnologías en salud en el SGSSS y cuya prestación debe ser garantizada por las EPS entendiéndose por tecnologías en salud todas las actividades, procedimientos, intervenciones, medicamentos, insumos, servicios, materiales, equipos, dispositivos y paliación de la enfermedad.
- Existen otros mecanismos de pago para garantizar la atención cuando se usa tecnología que no están incluidas en el PBS:
 - Recobros al ADRES
 - UPC promoción y prevención
 - copagos, cuotas moderadoras
 - liberación de reservas, entre otros.

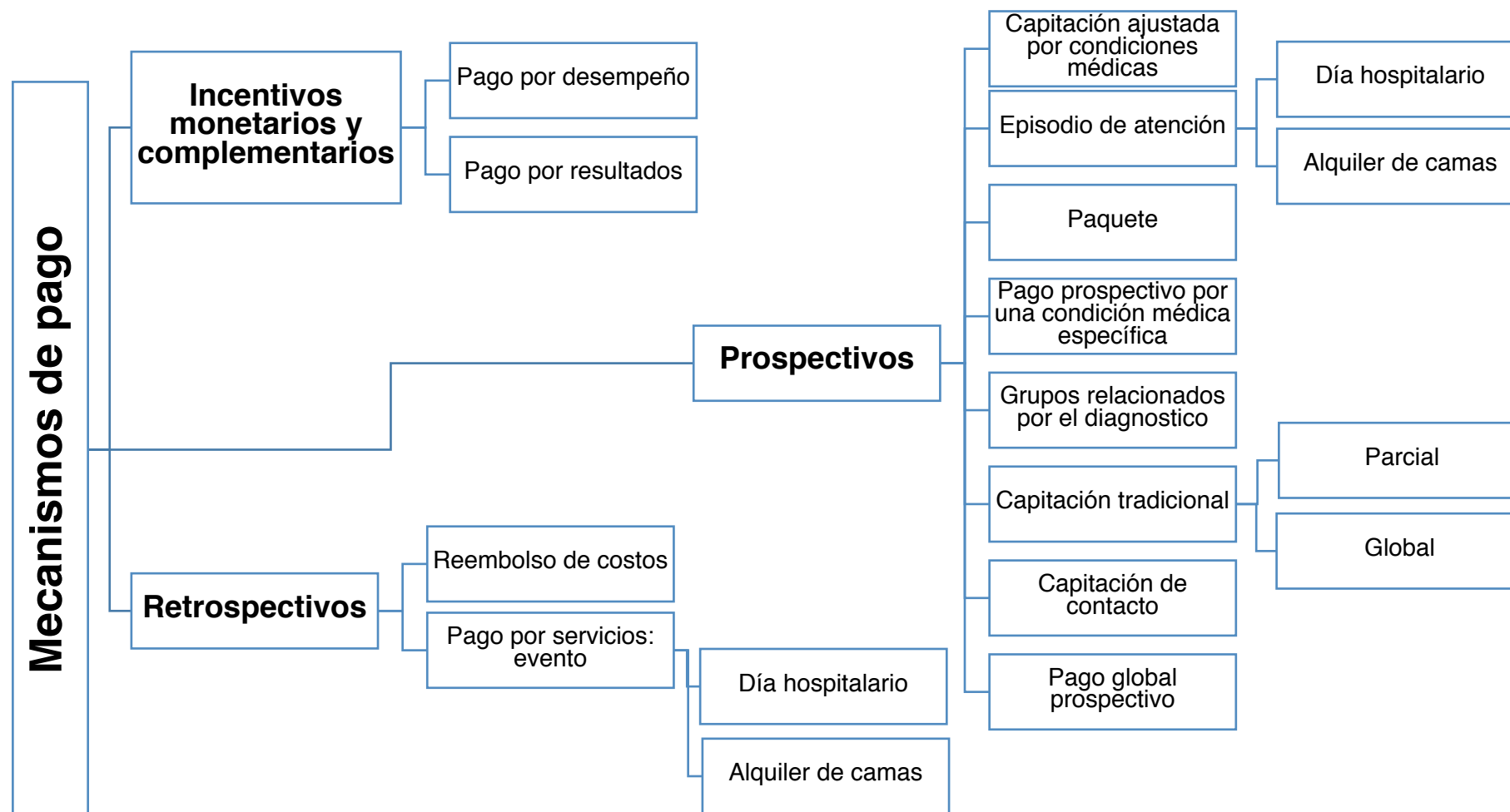
División del ingreso de la EPS- según forma de pago Contributivo

- Entre 2016-2019, período en que la ley estatutaria entra en vigencia, la participación de la UPC aumentó (2.7 p.p.).
 - Mayores inclusiones en el PBS a través de decreto.
 - Mejor cálculo de la UPC.
 - Aumento del costo de las tecnología PBS.
 - Mayor demanda de atenciones por la reforma.
- En el mismo periodo se reducen los recobros no PBS. Consistente con un aumento de las tutelas PBS.

Tipo de ingreso	Total (miles de millones de pesos)		Participación total	
	2019	2016	2019	2016
Unidad De Pago Por Capitación - UPC	\$ 22,283,468.92	\$ 16,321,168.70	75.98%	73.27%
Recobros ADRES - NO PBS	\$ 2,890,497.43	\$ 2,737,137.05	9.86%	12.29%
Incapacidades De Enfermedad General	\$ 810,967.03	\$ 595,294.48	2.76%	2.67%
Liberación Reservas Técnicas	\$ 803,776.97	\$ 750,772.02	2.74%	3.37%
Otros Recobros - ADRES	\$ 628,533.15	\$ 523,427.54	2.14%	2.35%
Recobros ADRES - Fallos De Tutela	\$ 597,056.32	\$ 204,288.04	2.04%	0.92%
Unidad De Pago Para Actividades De Promoción Y Prevención	\$ 501,600.28	\$ 430,785.94	1.71%	1.93%
Cuota Moderadora	\$ 471,182.48	\$ 342,692.50	1.61%	1.54%
Copagos	\$ 267,340.83	\$ 136,807.39	0.91%	0.61%
Unidad De Pago Por Capitación Adicional	\$ 28,921.49	\$ 17,698.00	0.10%	0.08%
Ajuste Por Desviación De Siniestralidad Cuenta De Alto Costo	\$ 21,412.61	\$ 82,752.28	0.07%	0.37%
Recobros ARL	\$ 16,515.41	\$ 15,578.68	0.06%	0.07%
Otras Actividades Relacionadas Con La Salud	\$ 6,729.70	\$ 24,880.78	0.02%	0.11%
Ingresos Por Recobros A Entidades Territoriales	\$ 1,662.92	\$ 676.44	0.01%	0.00%
Ingresos Por Duplicado De Carné Y Certificaciones	\$ 84.71	\$ 32.70	0.00%	0.00%
Cuotas De Inscripción Y Afiliación	\$ 83.85	\$ -	0.00%	0.00%
Sanción Por Inasistencia	\$ 48.00	\$ 788.39	0.00%	0.00%
Recobros A Empleadores	\$ 20.50	\$ 0.45	0.00%	
Ingresos IPS Propias	\$ -	\$ 18,712.04	0.00%	0.08%
Primas Emitidas Por Planes Adicionales De Salud	\$ -	\$ 70,577.47	0.00%	0.32%
Total	\$ 29,329,902.60	\$ 22,274,070.87	100%	100%

Fuente: catálogo de información financiera, SNS.

Mecanismos de contratación entre aseguradores y prestadores

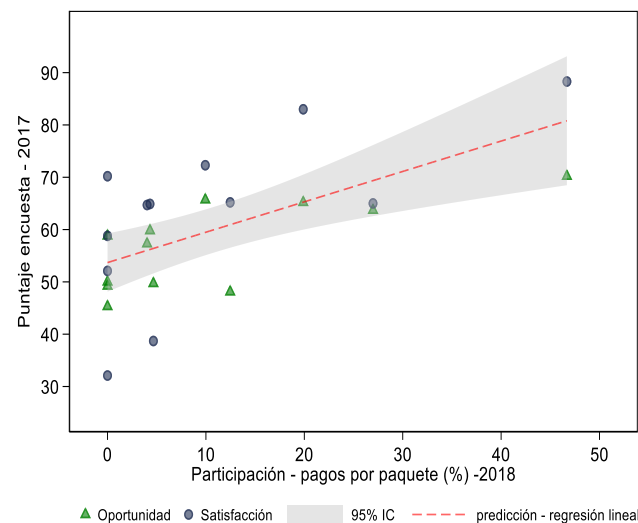


Fuente: Atehortúa Mira (2018).

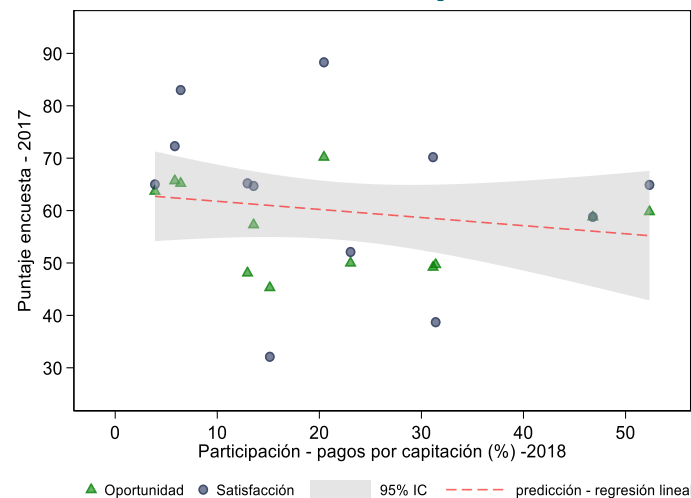
Relación entre indicadores de calidad en salud y tipo contratación – EPS Contributivo

- Estos datos sugieren que el agrupamiento de bienes y servicios en salud dependiendo del tipo de atención (paquetes, grupos de diagnóstico, etcétera), alinea los incentivos en función de buenos resultados en salud.
- EPS que no concentran su contratación en un solo tipo de contrato muestran mejores resultados.
- Pagos por evento no parecen incentivar buenos resultados en salud.

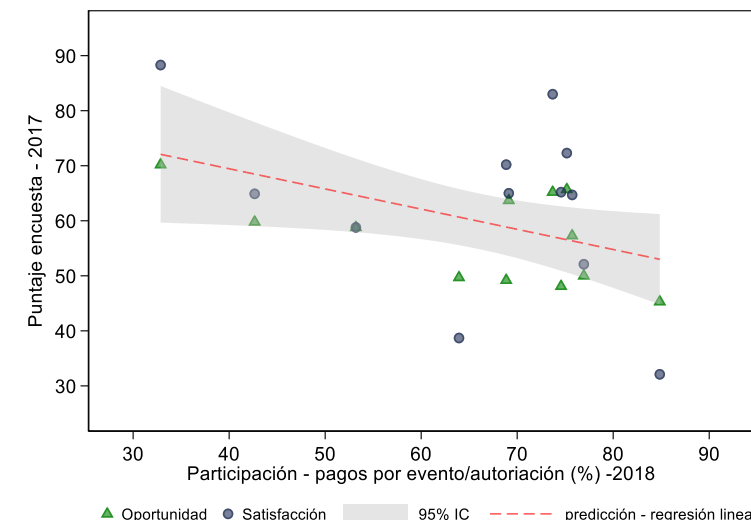
Calidad vs paquete



Calidad vs capitación



Calidad vs evento /autorización



Fuente: MSPS, encuesta de calidad de servicios 2018 e informe de suficiencia de la UPC 2020. Predicción lineal e intervalos de confianza juntando la información de ambos indicadores de calidad en la misma estimación.

Indicadores de calidad, gasto en función del tipo de contrato-2018

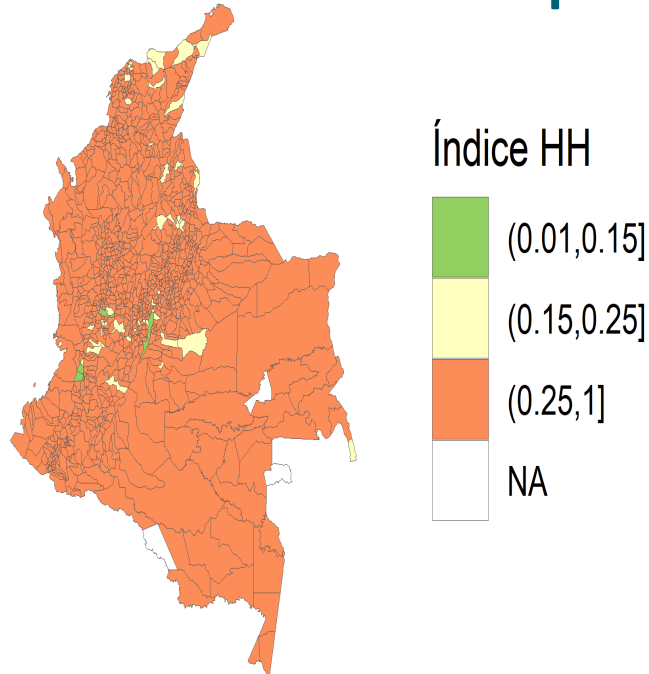
- Las EPS que tienen participación de contratos por paquete por encima de la mediana de todas las EPS, muestran mejores resultados en salud, pero están por encima del promedio en porcentaje de cobros.
- Contratos por evento no muestran buenos indicadores en ningún sentido, indicando entonces que deberían dejarse para cuadros de diagnóstico específicos donde la incertidumbre sea muy alta.
- Los contratos por capitación no muestran buenos resultados en salud. Sin embargo, generan bajos niveles de cobro.

A. Todas las EPS			
Indicador	Porcentaje cobros (%)	Puntaje oportunidad	Puntaje satisfacción
Media	15.67858	56.91667	62.94167
p50	16.42923	58.05	64.95
min	9.42441	45.3	32.1
máx.	19.78009	70.2	88.3
B. EPS con contratos por paquete (%) por encima de la mediana			
Media	17.9	60.4	68.8
p50	18.8	64.5	68.8
min	13.6	48.1	38.7
máx.	19.8	70.2	88.3
C. EPS con contratos por evento/autorización (%) por encima de la mediana			
Media	16.2	55.3	61.6
p50	16.4	53.7	65.0
min	12.4	45.3	32.1
máx.	19.4	65.7	83.0
D. EPS con contratos por capitación (%) por encima de la mediana			
Media	14.78707	56.28333	62.16667
p50	16.42923	54.4	61.85
min	9.42441	49.2	38.7
máx.	18.66435	70.2	88.3

Fuente: MSPS, encuesta de calidad de servicios 2018 e informe de suficiencia 2020. SNS, consolidado de resultados financieros-EPS 2018.

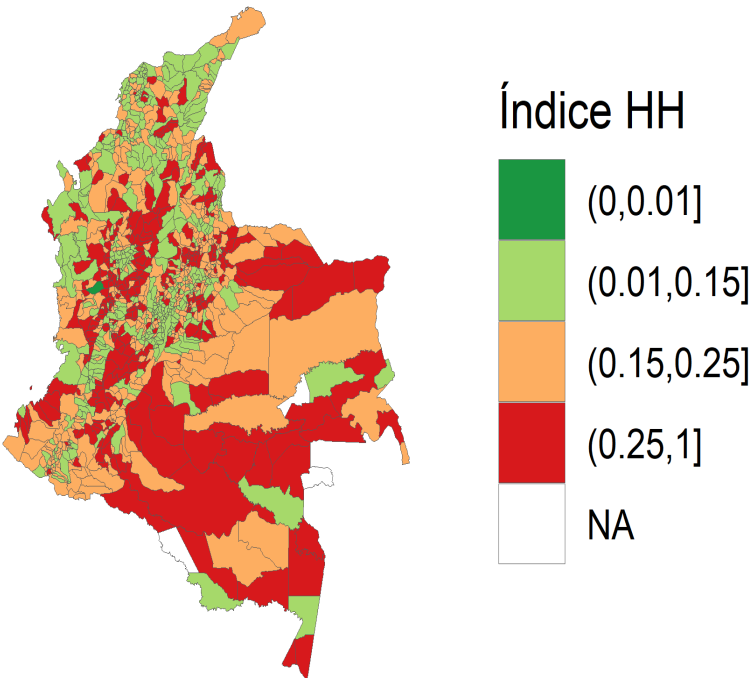
Índices de concentración de Herfindahl–Hirschman (HH)

Concentración EPS – municipios (2018)



La concentración de personas atendidas por EPS en cada municipio es alta. Siendo Bogotá y Cali (y Jamundí), ciudades que muestran baja concentración.

Concentración IPS – municipios (2018)



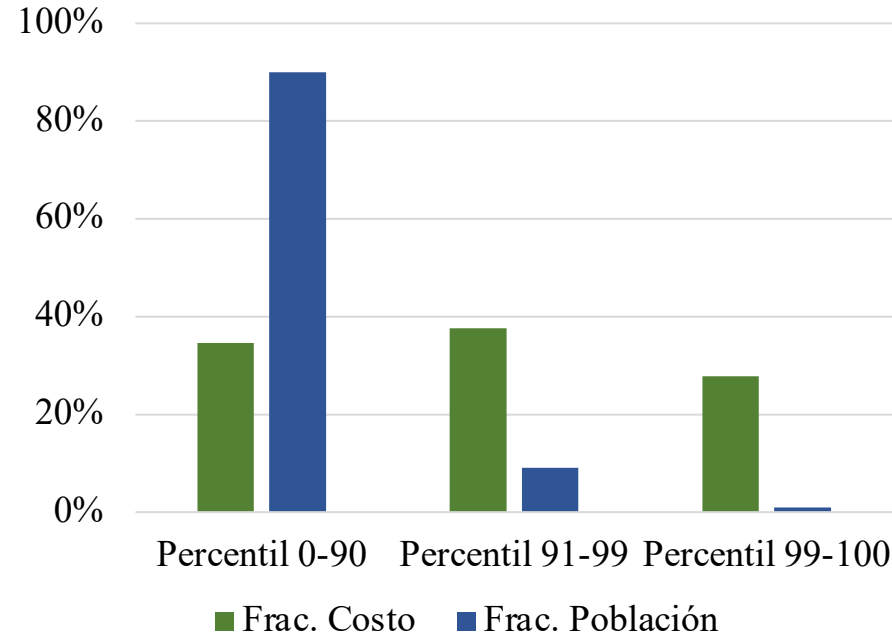
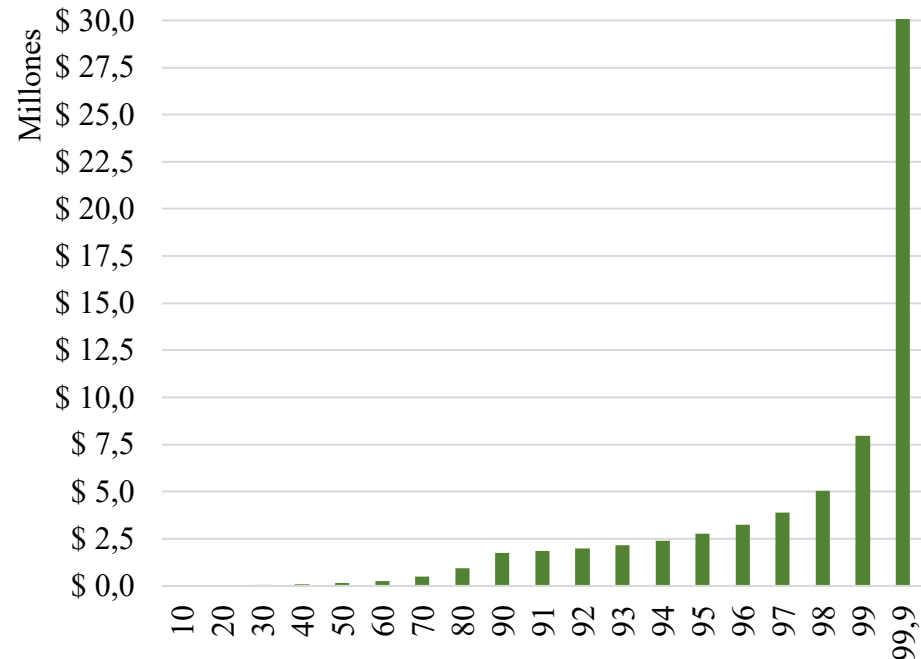
El ejercicio con IPS es más limitado, pues solo se pudo realizar para IPS nivel 2 y 3 debido a restricciones del cubo de datos.

* Ejercicio puramente descriptivo.

	Índice HH	Municipios	(%)	Personas atendidas	(%)	Atenciones	(%)
Competencia perfecta	0-0.01	1	0%	250	0%	2408	0%
No concentrada	0.01-0.15	403	36%	30404086	93%	197740486	90%
Concentración moderada	0.15-0.25	410	37%	1612319	5%	13909330	6%
Alta concentración	0.25-1	307	27%	819554	2%	7763273	4%

Media anual del costo promedio por persona atendida - 2018

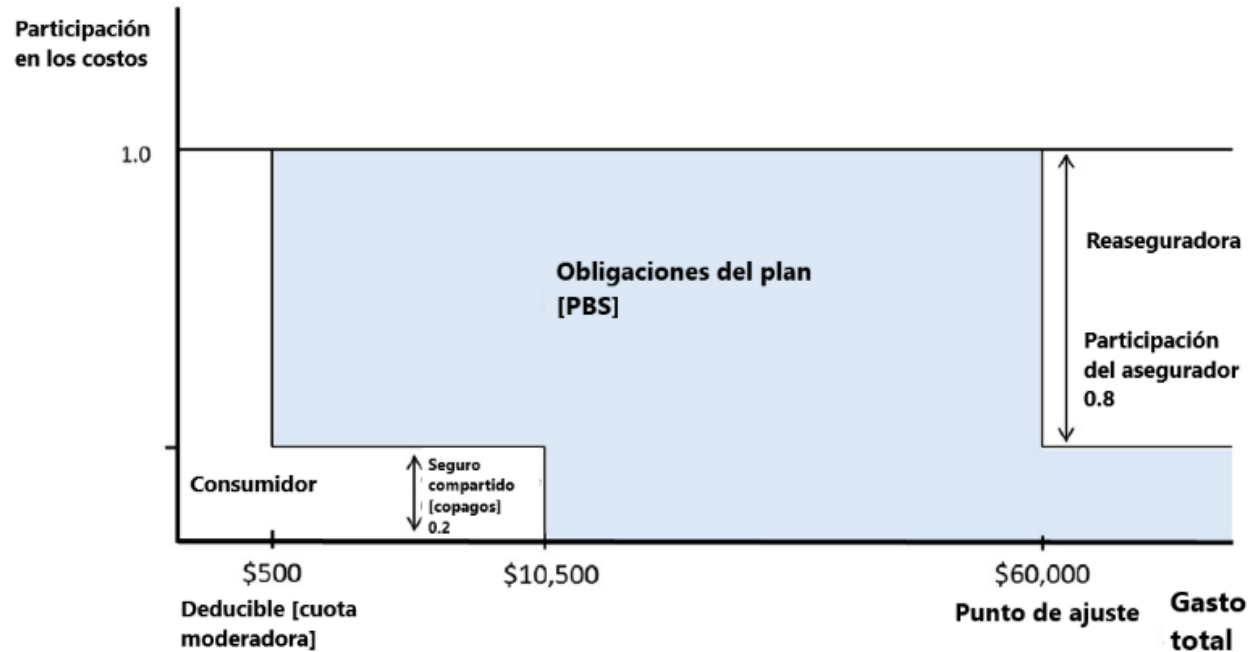
Nivel de IPS-CUPS – por decil/percentil



Fuente: MSPS, cubo RIPS – SISPRO.

Nota: Los códigos CUPS seleccionados son los relacionados a los capítulos 1-24. Las IPS son las registradas en nivel 2 y nivel 3. Para el ejercicio, se tuvo que corregir por datos atípicos utilizando el criterio de Chauvenet.

Riesgo compartido – un ejemplo



Fuente: McGuire & Van Kleeef (2018), traducción propia. [] Autores.

- Obligaciones del plan con ciertos costos compartidos del lado de la demanda y ciertos riesgos compartidos del lado de la oferta
- Tipos de riesgo compartido
 - Riesgo compartido proporcional
 - Reaseguramiento
 - Agrupación de alto riesgo (HRP)
 - Corredores de riesgo

Retos desde la contratación en salud

- Las cifras anteriores evidencian que el sistema hoy está fundamentado en su mayoría sobre un modelo de pago por actividad, el cual desincentiva la obtención de buenos indicadores en salud y el adecuado uso de los recursos.
- Colombia tiene un sistema de salud altamente concentrado en la administración del riesgo (EPS) y parcialmente concentrado en la prestación (64% de los municipios presentan moderada-alta concentración). Un sistema de este tipo, genera incentivos perversos en la contratación de los servicios.
- En la misma dinámica, **la evidencia en términos de eficiencia muestra que las IPS del país tienen indicadores relativamente bajos**, con alta varianza y lejos del promedio OCDE (capítulo eficiencia).

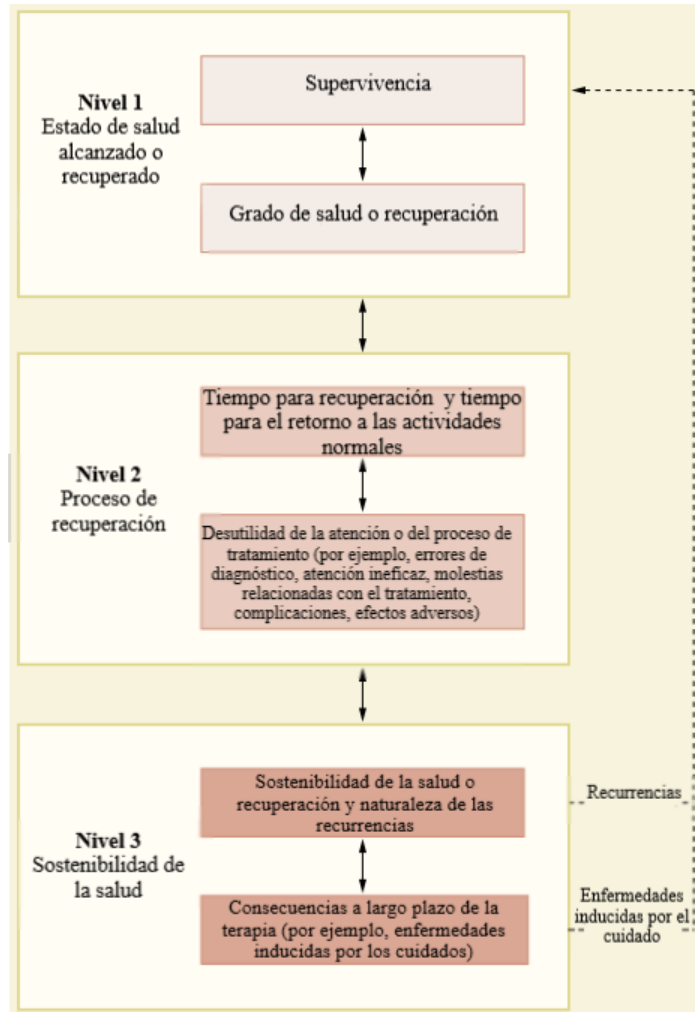
¿Qué sucede si un actor actúa en función de los resultados?

- Los incentivos desalineados en el SGSSS se resumen así: penaliza a aquellos actores que pretenden actuar en función de ciclo de cuidado del paciente.
 - Una EPS que hace las cosas bien en oportunidad y calidad, atrae a aquellos usuarios que requieren más atenciones (más propensos a enfermarse o utilizar los servicios sanitarios), generando así un problema de selección adversa, que castiga sus intereses.
 - Una IPS que se preocupa por la salud de sus pacientes, vería reducidos sus ingresos, pues con atenciones efectivas que reduzcan la probabilidad de eventos futuros, estaría reduciendo los ingresos esperados.

Riesgo compartido en Colombia

- La cuenta de alto costo (CAC), funciona como un mecanismo de riesgo compartido entre EPS. Algunos resultados de este cuenta son la disminución del costo del tratamiento en la terapia dialítica por paciente generando un ahorro de 900 mil millones de pesos en 5 años.
- Mientras que la reducción de ingresos a Terapia de Reemplazo Renal aproximadamente en 5.169 casos, ha significado un ahorro cercano a los 600 mil millones de pesos en 4 años.
- La efectividad de estos mecanismos es un buen aliciente para motivar el estudio riguroso de otros mecanismos de este tipo. Por ejemplo, la expansión del PBS que se está haciendo de manera recurrente, podría basar sus primeros años en mecanismos de tipo corredor, que según detallan McGuire & Van Kleeef (2018), son efectivos dado que están diseñados a nivel de plan, reducen la selección y ayudan a hacer un mejor ajuste de riesgos.

Atención médica basada en valor (VBHC)



- La filosofía de un sistema de salud que funciona bajo la provisión privada, debe basarse en un sistema de incentivos que desde el mercado genere resultados para la sociedad y las organizaciones del sistema. Por tanto, la competencia privada no es el problema como señala Porter & Teisberg (2006), sino el objetivo que busca esta.
- Por tanto, **resultados en salud por cada peso gastado debe ser el nuevo objetivo del SGSSS**. Esto en línea con una visión de largo plazo basada en el ciclo del cuidado del paciente y no en intervenciones individuales.
- El ahorro en costos debe estar **estrechamente ligado a buenos resultados en salud**, pues de lo contrario se estaría generando una percepción de falsa eficiencia en el sistema (Porter, 2010)

Fuente: Porter (2010), traducción propia.

Hacia una contratación sobre resultados

- **Resultados en salud por cada peso gastado debe ser el nuevo objetivo del SGSSS.** Esto en línea con una visión de largo plazo basada en el ciclo del cuidado del paciente y no en intervenciones individuales.
- **Repartición de los beneficios proporcional a los resultados en salud:** el ADRES o el MSPS, determinan una meta global anual en resultados/unidad de gasto para todo el país prospectivamente. Al final del año, dependiendo de los resultados revelados por las EPS, las ordena de mayor a menor, y asigna proporcionalmente las ganancias obtenidas más un premio adicional.
 - Se debe construir un umbral en los resultados, para poder participar en la repartición de ganancias.
 - Lo malos resultados deben penalizarse, para reducir los incentivos perversos del sistema.
 - Inicio de proceso de seguimiento - fiscalización del gasto.
 - Semáforos de advertencias sobre reducción de afiliados en el futuro.
- **Este sistema se debe construir como complemento a otro tipos de mecanismos,** fundamentalmente, la capitación (ajuste de riesgos). Sin embargo, es imperativo que el mecanismo de resultados determine las ganancias de los agentes, y **la cápita se considere netamente un mecanismo de protección a la sostenibilidad mínima de las EPS.**

Hacia una contratación sobre resultados

- **Condicionar las UPC que hoy reciben la EPS.** Según Bardey (2015), el sistema hoy asigna la cápita respecto a una calidad promedio, que con diferencias en calidad como hoy existen genera un subsidio cruzado en favor de las que se desempeñan mal. **Así, si existe una UPC adicional ex post a la que hoy existe en función de los resultados, se generarían incentivos en función de la calidad.**
- **Una segunda forma más efectivamente relacionada con el gasto es condicionando los gastos de administración y los excedentes.** Según Bardey (2015), esto permitiría que las EPS como aseguradores, tengan incentivos complementarios relacionados a sus principales funciones: promover un gasto sostenible y al mismo tiempo aumentar los niveles de calidad en la atención.
- El tercer mecanismo, más que una tercera forma, es combinar la dos anteriores donde buenos resultados en salud generen una mayor prima per cápita en el siguiente año, y malos resultados en gasto, generen una retención de los ingresos de administración y excedentes.

Hacia una contratación sobre resultados

- La relación antagónica entre EPS-IPS, requiere de generar **complementariedad en los incentivos**.
- **Los contratos de riesgo compartido**, en el marco de un sistema basado en resultados, ayuda alinear estos incentivos. Adicionalmente, produce “spillovers” en la contratación interna (personal médico con pago sobre resultado, por ejemplo).
- **Fondos comunes para repartición de ganancias**. Fundamentados en el programa de compras hospitalarias basadas en valor (VBP) en EE.UU, constituir un fondo común utilizando una reducción de ingreso, el cual luego se distribuye en función de resultados.
- **Una nueva organización de las IPS**. Hoy se trabaja en una buena dirección con la construcción de redes integrales (RIAS) para la consecución conjunta de buenos resultados en salud.

Medidas de eficiencia en el gasto

- Como funciona hoy el sistema este muestra buenos resultados en gasto de bolsillo, pero con varios mecanismos que pueden generar sobre costos al sistema y presión a los recursos públicos.
- El control de medicamentos, para reducir el premium de los aseguradores y prestadores (y farmacéuticas) y el nuevo sistema de presupuestos máximos para el no PBS es, en teoría (Zhu, 2012), un buen mecanismo para el control de gasto, dado que prospectivamente genera un presupuesto para estas atenciones.
- Este último, tiene incluido un mecanismo de devolución de recursos cuando las EPS no superan el presupuesto máximo. Se espera entonces que esto motive a las EPS a diseñar contratos adecuados para reducir el costo de estas atenciones.

El elemento fundamental: la información

- El sistema requiere de muchos indicadores específicos, para medir los resultados en salud. Por lo tanto, **el valor de la información es esencial.**
- Es necesario que una entidad independiente (como el Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud IETS), asuma un papel central, y se encargue de la investigación, construcción y evaluación de indicadores sobre resultados.
- Se deben superar las barreras asociadas a la información de salud. La normativa lo plantea, pero no parecen haber acciones concretas para que se reporte o mejoren los reportes.

Contratación: el usuario y sus incentivos

- Se debe incentivar el uso del nivel primario de salud, y así las IPS puedan efectivamente incidir en el ciclo de cuidado de los pacientes.
- Por lo tanto, la asistencia al cuidado de primer nivel se debe incentivar, **un posible mecanismo que genera compromiso del usuario es condicionar la reducción o no pago de copagos futuros**, debido al desarrollo de enfermedades con tratamientos costosos, al buen comportamiento en la asistencia periódica a los controles que las redes de atención consideren pertinentes.

Hospitales públicos: necesarios pero ineficientes

- Los hospitales públicos hoy tienen mecanismos de pago con incentivos perversos que van en detrimento del cuidado de paciente y las finanzas del sistema –**60% de la contratación en el RS y EPS públicas del RC se queda aquí por normativa (decreto único 780 de 2016).**
- En un esquema de resultados, es necesaria una integración efectiva de los **hospitales a las redes integrales, junto con las demás IPS, para que compitan en condiciones similares cuando haya lugar.** Excepciones en este aspecto, irán en detrimento del objetivo.
- **Los sistema de concesión con privados** son un mecanismo alternativo que puede corregir los incentivos perversos del administrador público, y al mismo tiempo compiten como iguales en el esquema de resultados. Además, no cambian la naturaleza pública de la institución.