

# El Sistema de Salud Colombiano

## Afadeco – Valledupar

David Bardey

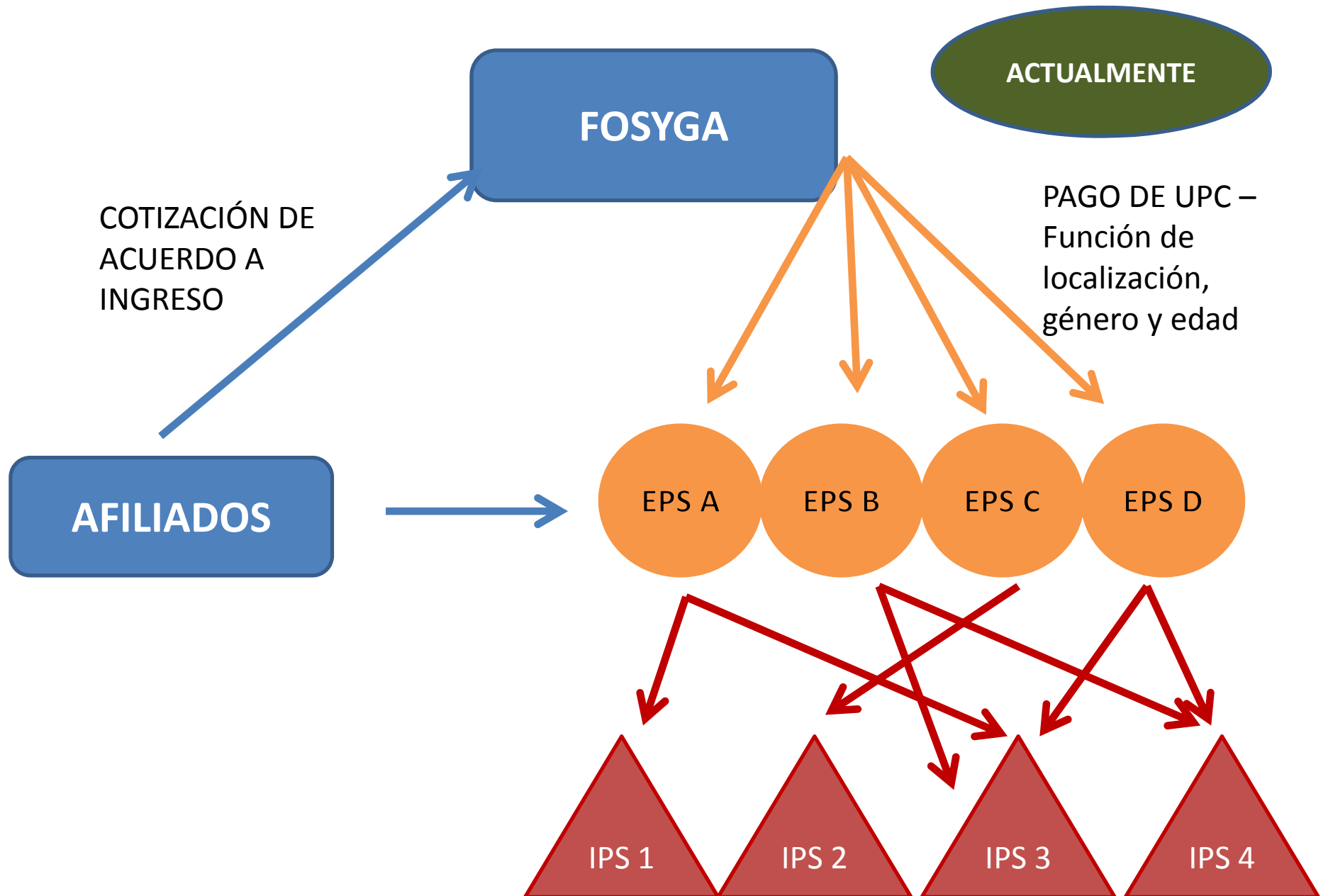
Universidad de Los Andes – Toulouse School of Economics

# Plano de la presentación

- **Descripción del sistema de salud actual y propuestas:**
  - El diseño del sistema
  - El gran problema: canal de transmisión de las eficiencias tapado
  - Una propuesta sencilla
  - Gastos de bolsillo
  - POS y recobros
  - La cuenta de alto costo
  - La famosa integración vertical
  - Los precios de los medicamentos
  - Los planes voluntarios
- **Algunos puntos sobre la reforma que viene...**

# El sistema de salud colombiano actual

- El sistema colombiano muy parecido al sistema holandés en sus grandes líneas:
  - Desconexión de la financiación del aseguramiento
  - Permite conciliar redistribución de ingresos con una competencia entre EPS
  - La teoría dice que es eficiente tener progresividad en los sistemas de salud (si correlación negativa entre morbilidad y productividad)
- Parece una buena noticia *a priori* porque el sistema holandés es reconocido por funcionar bien.
- Las principales diferencias vienen:
  - de las características del mercado laboral colombiano, *i.e.* sector informal y régimen subsidiado
  - de un problema en el diseño que implica una consecuencia fuerte sobre las transmisiones de eficiencia del renglón seguros



# El sistema de salud colombiano actual

- La filosofía es la de un sistema de tipo “*Managed Care Competition*”.
  - Existe un renglón de aseguramiento en el cual las EPS deben cumplir un papel de “compradores inteligentes de los tratamientos”
  - Al nivel de los afiliados, las EPS compiten en “calidad”
  - Al nivel de los prestadores, las EPS deben negociar tarifas, racionalizar procedimientos, promover prevención, *etc.*
  - **Pregunta:** ¿Por qué las EPS no se consideran como aseguradores de verdad?
  - **Los verdaderos problemas:**
    - el canal de transmisión de las ganancias de eficiencia ha sido tapado desde la creación del sistema
    - la calidad en el renglón de las EPS demasiado abstracta para generar una competencia efectiva
- Colusión con calidad baja

# El gran problema

- Si unas EPS son más eficientes que otras → tienen mayores utilidades
- No existe un canal de transmisión de estas eficiencias
- El diseño de la ley 100 era condenado al fracaso por eso.
- Los otros problemas son importantes pero de menor importancia

## Una propuesta sencilla

- ¿Por qué no bajar la UPC de 10% y dejar las EPS competir para compensar esta disminución?
- Las EPS menos eficientes tendrían solamente dos opciones:
  - Volverse juiciosa y eficiente
  - O salir del mercado

## Una propuesta sencilla

- Las ganancias de eficiencia que vienen de sus actividades de compradores inteligentes se transmitirían hacia sus afiliados con primas más bajas
- **La única condición:** que el nivel de las primas reflejen eficiencia y no selección de los riesgos

# El sistema de salud colombiano actual

- Hay aspectos muy innovadores en el sistema colombiano
- Por ejemplo, los gastos de bolsillo (cuotas moderadoras) dependen de los ingresos y no de los precios:
  - Bueno para la progresividad del sistema
  - Limita la modalidad de uso de los precios de referencia para los medicamentos

# El sistema de salud colombiano actual

- **Otro problema grande:** El POS – las tutelas – los recobros
- Esta situación ha generado:
  - un incremento de los gastos incontrolados
  - un “juego” extraño entre Fosyga – EPS
- Anticipando sobre la reforma, parece una **excelente idea combinar POS positivo y negativo**

# La integración vertical

- Un **falso problema/debate**: el de la integración vertical
- Mucho ruido:
  - Se vuelve un tema político/ideológico
  - Se olvida de las reales virtudes y de los reales riesgos
- ¿Por qué? La integración vertical (redes propias) fue usada para algunas estrategias “inapropiadas”
- Impidiendo estas estrategias, nada impide que las virtudes tradicionales de la integración vertical funcione en Colombia

# La integración vertical

- La regulación actual de limitarla a 20% puede generar:
  - Falsos positivos
  - Falsos negativos
- Otra vez, me gusta la propuesta:
  - Dejar libre la integración vertical para lo básico
  - Que no haya integración vertical para lo complejo

# Los precios de los medicamentos

- Los precios de los medicamentos en Colombia parecen altos
- Actualmente se usan techos para limitarlos:
  - Valores máximos de recobro
  - Precios de referencia
- Tiene su racionalidad pero es un enfoque relativamente “*ex post*”

# Los precios de los medicamentos

- Las primeras preguntas podrían ser:
  - ¿Por qué los precios son altos?
  - ¿Cuáles son las barreras a la entrada?
- En los países europeos, estos mecanismos de precios de referencia intervienen cuando hay suficientemente medicamentos para estimular la competencia de los genéricos
- Acá intervienen cuando hay poca competencia
- Como cualquier techo, hay que tener en cuenta que pueden facilitar las estrategias de colusión
- Con precios de referencia externos, existe problemas de externalidad entre países que los aplican

## La cuenta de alto costo

- La cuenta de alto costo funciona para algunas enfermedades
- Podría funcionar de manera distinta con un mecanismo más *ex post*
- Suavizaría los problemas de selección de los riesgos

# Los planes voluntarios

- La Medicina Prepagada y los Seguros de salud tienden a **sustituirse** al POS, no lo **complementan**

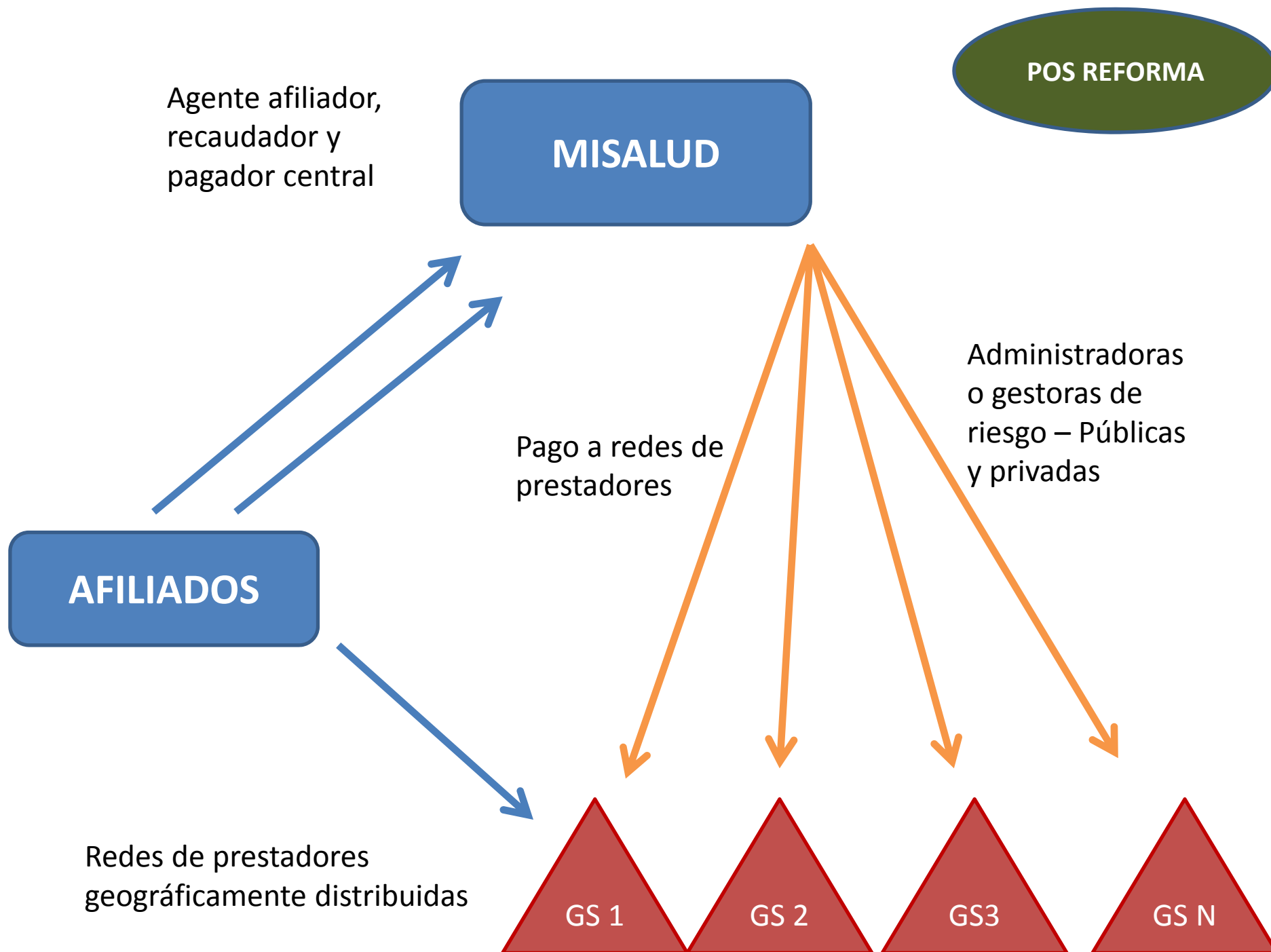
→ Parecido al sistema Británico o Germánico

- **Gran pregunta:** ¿los afiliados de estos planes tienen un riesgo mayor o menor que el promedio de la población?

→ Selección ventajosa *versus* selección adversa

- **Consecuencia de esta pregunta:** permitiría decir si estos planes voluntarios constituyen o no ahorros para el SSGS

# **La reforma**



# La propuesta de reforma

- **Idea:** Ahorrar el renglón de aseguramiento
- Este renglón debe costar entre 15-20% de las UPC
- Intermediación costosa
- Creación de Mi-Salud va a crear economías de escala

# La propuesta de reforma

- Para el régimen subsidiado → parece buena idea
  - En muchas zonas del país hay pocos prestadores
- No sirve tener varias EPS
- Para el contributivo, puede ser más complejo

# La propuesta de reforma

- Mi-Salud va a delegar la función de “compradores inteligentes” a gestores de salud
- ¿La diferencia con el sistema anterior?: Ya no habrá intermediación financiera
- Esquemas de remuneración de estos gestores:
  - Pagos por evento para el básico
  - UPC para lo complejo

# La propuesta de reforma

- **La gran pregunta:** ¿Mi-Salud será igual de eficiente que las EPS para negociar las tarifas con los prestadores?
- No es porque las ganancias de eficiencia de las EPS no se transmitían al resto del sector que no existían
- La teoría de contratos nos dice que para generar buenos incentivos, el sistema de UPC es eficiente
- Implica una transferencia de riesgos
- Es difícil (o casi imposible) alinear los incentivos sin transferir el riesgo

## La propuesta de reforma

- Con los pagos por evento, los GS aumentan sus ingresos cada vez que vienen sus afiliados:
  - Fenómenos de demanda inducida
  - No hay incentivos para política de prevención
- Con las UPC, si ya hay transferencia de riesgo:
  - Incentivos más alineados
  - Eventuales problemas de selección de los riesgos (que ya existe con las EPS)

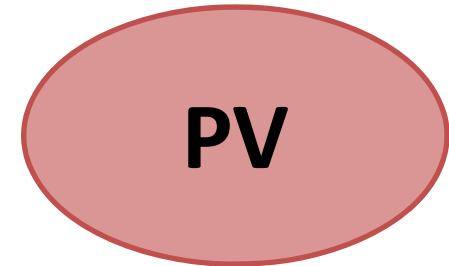
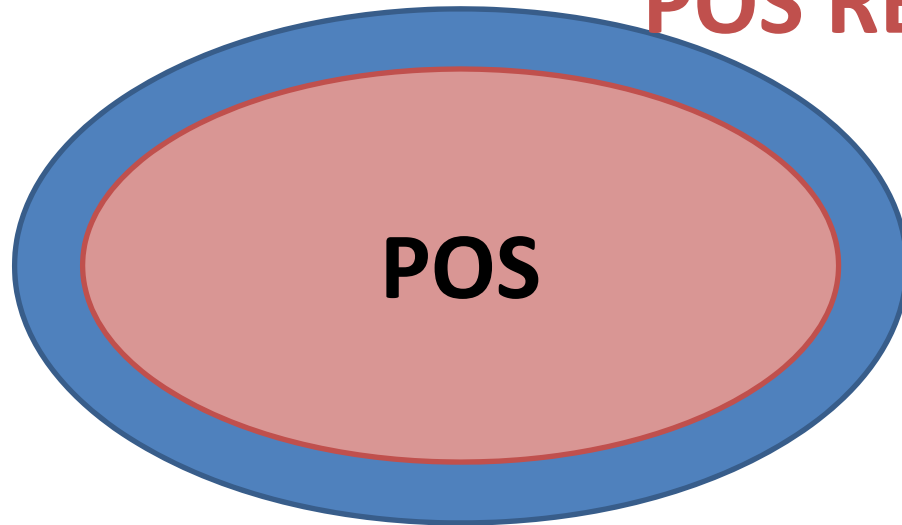
## La propuesta de reforma

- Será crucial el diseño de los esquemas de remuneración de estos gestores de salud
- Pagos que dependan de los resultados van en la buena dirección
- ¿Mecanismos de *Yardstick Competition*?

# Los planes voluntarios en la reforma

- Siguen de sustitutos al POS pero el pago para el POS podrá transferirse para la compra de estos planes  
→ Se disminuyen los subsidios cruzados
- **Idea detrás de esta medida:** Estimular la compra de planes voluntarios para reducir el tamaño del POS y por tanto los gastos de Mi-Salud

**ACTUALMENTE**  
**POS REFORMA**



# Los planes voluntarios en la reforma

- Otra vez, **la gran pregunta**: ¿Cuál es el perfil de la gente que va a moverse para estos planes voluntarios?
  - Eso aumenta la pertinencia del estudio y de la caracterización de los determinantes de la demanda para estos planes
  - Eso va a depender también de la normatividad sobre pre-existencia y periodos de carencia
- Influye selección ventajosa *versus* selección adversa

¡Muchas gracias!