

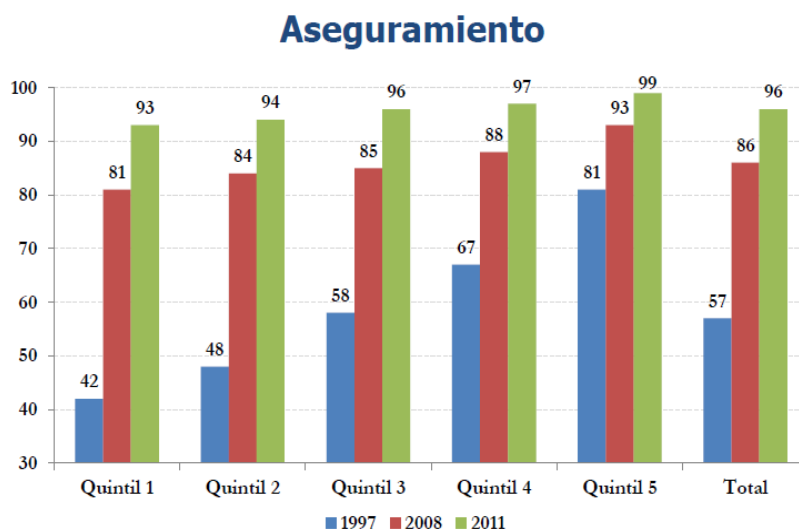
LA SOSTENIBILIDAD FINANCIERA DEL SISTEMA DE SALUD COLOMBIANO – Dinámica del gasto y principales retos de cara al futuro

Análisis informe Fedesarrollo Julio 30 de 2012

A continuación las principales conclusiones y recomendaciones:

1. NO ELIMINAR EL SISTEMA EXISTENTE, SINO AJUSTARLO:

A pesar de la difícil coyuntura por la que atraviesa el sistema, la discusión no debe limitarse a cuestionar la validez del modelo de aseguramiento vigente desde 1993, sino en diseñar los ajustes para consolidarlo, ya que está demostrado el avance en la salud de los colombianos a través de un mayor acceso a los servicios.



En este sentido, se plantean las soluciones estructurales que deben ser implementadas para dar continuidad al actual sistema de salud:

- Una Ley estatutaria de la salud que imponga límites y responsabilidades claras para todos los que ordenan el gasto dentro del sector.
- Limitar los recobros al mínimo pues el sistema debe tener claro hasta dónde puede llegar.
- Seguimiento y controles a la dinámica de gasto en este sector.
- Comenzar con el control que debe ejercer la Superintendencia Financiera sobre las EPS, mejorar la capacidad técnica de la Supersalud y contar con un sistema de información que permita una vigilancia más efectiva.

2. EL SISTEMA DE SALUD NO ES SOSTENIBLE FINANCIERAMENTE SI NO SE HACEN AJUSTES IMPORTANTES QUE MODEREN EL CRECIMIENTO DEL GASTO:

Los análisis realizados confirman el impacto que ha tenido en el crecimiento del gasto médico, la falta de actualización del POS y de la regulación de los cobros que se generan en servicios y medicamentos, tema que también debería ser cubierto por una reforma estatutaria que imponga nuevos controles con respecto a los cobros en servicios prestados por las Instituciones prestadoras de salud y mayor regulación al precio de los medicamentos no incluidos en el POS. Este tema, si bien hay esfuerzos para su control, no es claro que las medidas tomadas sean lo suficientemente fuertes para su solución.

3. FALTA DE LIMITES A LA COBERTURA EN SALUD

Uno de los grandes problemas del sistema es la indefinición sobre el derecho a la salud y el límite de lo que debe cubrir el Sistema de Salud (SGSSS), al igual que el punto anterior, esto debe superarse con una ley estatutaria. Con relación a delimitar el plan obligatorio de salud (POS), en el informe se plantea:

- Asegurar la actualización periódica de las coberturas, es un primer paso que es indispensable para la sostenibilidad del sistema a largo plazo, pues reduciría significativamente los cobros.
- Para financiar los procedimientos y medicamentos de alto costo no incluidos en el POS, sería ideal crear un fondo especial con recursos públicos, administrado por una entidad especializada.

4. LA SALUD NO ESTÁ DESFINANCIADA

Después de realizar un análisis histórico del monto de los recursos que se destinan a la salud, se puede concluir:

- El problema del sector no es de recursos, pues estos han crecido en forma sostenida muy por encima de la inflación, sino que están relacionados con el diseño y la gestión de los mismos:

El problema no es de recursos, estos crecen año a año

Miles de millones de pesos constantes de 2010

Entidad ejecutora	2008	2009	2010	2011
1. Ministerio de Protección Social, CONPES social	5.426	6.349	7.707	8.074
2. Entidades territoriales	3.469	3.570	3.501*	3.400*
3. Fosyga	14.537	17.506	20.007	22.987*
4. Regímenes especiales	1.504	1.570	1.681*	1.777*
5.a. Medicina prepagada y otros gastos	2.121	2.547	2.658	2.765*
5.b Gasto de bolsillo	6.514	6.514*	6.514*	6.514*
Gasto total	33.570	38.055	42.067*	45.518
Porcentaje del PIB	6,70%	7,50%	7,90%	8,30%
Total gasto per cápita (pesos)	755.000	846.000	924.000	989.000

Fuente: Cálculos propios con datos del DNP, Ministerio de Hacienda, Fosyga, Superintendencia Financiera, Ecopetrol, Sanidad Militar, FOMAG, Banco de la República, Unisalud. * Proyecciones. ** El gasto de bolsillo se calculó a partir de la ECV 2008.



- Los recursos públicos son la principal fuente de financiación del sistema y los recursos privados pierden participación:

Financiamiento del gasto en salud por sector

	2007	2008	2009	2010
Recursos públicos	75,3%	76,1%	78,8%	80,5%
Recursos privados	24,7%	23,9%	21,2%	19,5%
Total recursos	32,4	33,6	38,1	42,1
% del PIB	6,7%	6,7%	7,5%	7,9%

Billones de pesos de 2010

- Es necesario definir una UPC más completa donde se puedan atender a todos los colombianos sin regímenes especiales. Para esto se propone eliminar los regímenes especiales de salud y dejar a todos los colombianos cubiertos por el mismo sistema de aseguramiento (Excepto por el régimen que cubija a las Fuerzas militares y Policía, pues es una población altamente expuesta). Con relación a la desigualdad de los regímenes, el estudio muestra que el sistema de salud mueve anualmente \$46 billones, lo que alcanzaría para que el Estado cubra a cada colombiano con un \$1 millón de pesos. Hoy lo que se paga en promedio por un usuario de los diferentes regímenes es:

- R. Contributivo: \$547.639 pesos
- R. Subsidiado \$352.339 pesos
- R. Especiales: Esta población recibe mayores tratamientos financiados con recursos públicos y por tanto los recursos per cápita asignados son superiores (\$4.763.918 para el Banco de la República, \$4.600.045 Ecopetrol, \$ 2.944.444 Unisalud, etc.).

5. CADENA DE VALOR Y RENTABILIDAD DE LOS ACTORES DEL SECTOR

Vale la pena mencionar, que el grupo de Investigadores menciona la dificultad en la consecución de información completa y de calidad, principalmente de las IPS. Para superar esta dificultad, la información que reportan los diferentes actores del sistema de salud al ente de control (SNS), se complementa con información de Minsalud determinando:

- Al descomponer el crecimiento del gasto en salud en los componentes de precio y cantidad (número de servicios), se encuentra que en general predomina una mayor frecuencia de prestaciones de servicios de salud. Esta situación puede ser consecuencia de dos cosas:
 - La maduración del sistema de salud se acompaña de un mayor conocimiento de la población acerca de la forma de acceder a los servicios de salud, un fenómeno que debe ser tenido en cuenta a la hora de establecer las políticas referentes al financiamiento.
 - Un efecto de demanda inducida por parte de las IPS, que se genera como resultado del proceso de aseguramiento y gestión del riesgo en salud, a través de la búsqueda activa de pacientes con patologías crónicas, por medio de programas de promoción y prevención.
- La composición del gasto POS de las EPS, muestra que las consultas médicas y los procedimientos en laboratorio clínico han presentado un crecimiento elevado en el gasto, los cuales en conjunto agrupan más del 50% del total de actividades que realizan las EPS. Dado que la consulta médica y el laboratorio son la base de toda la actividad de promoción y prevención, así como de los programas de atención a las enfermedades crónicas, este hallazgo es un claro indicio de que el aseguramiento en Colombia se ha traducido en mayor cobertura en salud y acceso real a los servicios de salud.

Actividad	Crecimiento Gasto 2008-2010	No. de actividades realizadas	Gasto Unitario
Consulta médica	11.5%	25%	-10.5%
Laboratorio clínico	31.0%	45.0%	-9.6%
Procedimientos de atención	2.5%	13.3%	-9.6%
Medicamentos POS	-4.3%	-3.9%	-0.4%
Otros procedimientos	11.6%	17.3%	N.A.

Fuente: Ministerio de Salud

- En los cálculos de **la rentabilidad del accionista se encontró que el sector más rentable es el de los laboratorios**, mientras que si se utiliza **la rentabilidad operativa los más rentables son los hospitales y clínicas**. En cuanto a las EPS, en general son las entidades menos rentables del sector.

Rentabilidad del Accionista

Año	Instituciones Cardiológicas	Instituciones Ayudas Diagnósticas	Hospitales y Clínicas	Laboratorios Clínicos	EPS
2008	13%	10%	18%	16%	3.3%
2009	16%	12%	15%	15%	3.9%
2010	15%	14%	12%	11%	3.3%

Fuente: SNS; cálculos propios

Rentabilidad Operativa

Año	Instituciones Cardiológicas	Instituciones Ayudas Diagnósticas	Hospitales y Clínicas	Laboratorios Clínicos	EPS
2008	21%	29%	24%	27%	1%
2009	20%	28%	28%	26%	1%
2010	19%	30%	30%	26%	1%

Fuente: SNS; cálculos propios

- La rentabilidad calculada puede ser inferior, si se tiene en cuenta que tanto para las EPS, como para las IPS, se incluyen en el cálculo los ingresos por recobros al Fosyga, aunque estos no se hayan pagado efectivamente y constituyan una deuda por cobrar de carácter ilíquido en el balance de las entidades acreedoras.
- Para que el sistema mantenga el equilibrio y la sostenibilidad a largo plazo, debe propender por que los recursos se distribuyan equitativamente a lo largo de la cadena de actores del sistema, siendo necesario evitar que algunos sean claramente ganadores en términos financieros, en detrimento de los demás actores del sistema.
- El problema de glosas y demora en el flujo de fondos, surge como un problema que impacta financieramente la cadena Fosyga-EPS-IPS, lo que al mismo tiempo ayuda a desvirtuar la idea de que las entidades de la salud hacen un gran negocio.
- Fedesarrollo se muestra partidario de depurar las EPS que no están funcionando, para que solo queden las que sean sólidas financieramente.

6. Temas fundamentales para la sostenibilidad del régimen contributivo:

- **Gasto no pos – CTC y Tutelas:** Las prestaciones, medicamentos y servicios No POS presentan un incremento casi exponencial a partir de la sentencia T-760 de la Corte Constitucional, principalmente a través de Comités Técnicos Científicos (CTC), con el agravante de que la financiación de dichos servicios no fue prevista. Los recobros por servicios y medicamentos No POS pasaron, según estimativos del gobierno, de alrededor de \$600.000 millones en 2007 a \$2,4 billones en 2010.

A partir de lo anterior, se identifica que \$1 de cada \$7 pesos del Régimen Contributivo se gastan a través de los recobros de tutelas y CTC. Es así como entre el 2003 y 2010 el gasto no pos pasó de 0,9% al 18,5% del total de los gastos.

Ingresos y Gastos de la Subcuenta de Compensación del FOSYGA

Billones de pesos de 2010

Concepto/año	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
(1) Total ingresos	8,1	8,3	8,4	9,3	9,8	10,7	12,0	11,8
(2) Total gastos	7,2	7,7	7,6	8,4	9,7	9,7	11,8	12,7
(2.1) Otros eventos y fallos de tutela	0,1	0,1	0,3	0,4	0,6	1,0	1,9	2,4
% del total de gastos	0,9%	1,5%	3,4%	4,3%	6,4%	10,7%	15,9%	18,5%

Fuente: FOSYGA

De otro lado, si se incluye el valor de los recobros per cápita y se adiciona al valor de la UPC promedio del régimen contributivo, que se obtiene de dividir el total de los Gastos por el número de afiliados, es posible calcular el valor per cápita que se está gastando en dicho régimen o **la UPC implícita**. De allí se puede concluir que el valor de la UPC implícita, con o sin gasto No POS, era muy similar en 2006 y 2007; sin embargo, a partir del 2009 se evidencia un déficit que indica que con el valor de la UPC implícita actual, hacen prever que el régimen contributivo no es sostenible dado su nivel de ingresos, lo que ratifica la necesidad de poner límites al gasto en salud vía recobros.

En el informe se cita un reciente estudio realizado por Murano Consultores que encontró que las EPS están financiando al sistema aproximadamente en \$2 billones por servicios No POS ya pagados a hospitales, clínicas, médicos y proveedores con recursos del POS, créditos financieros y recursos de capital, lo que implica un impacto negativo sobre su situación patrimonial.

Por último, señalan que el Ministerio de la Salud recientemente ha expedido una serie de resoluciones con límites a los precios recobrables al Fosyga, que impusieron un precio

máximo de recobro para todo tipo y presentación de cualquier medicamento incluido en las resoluciones.

	2006	2007	2008	2009	2010
Número de afiliados	18.153.646	16.449.254	17.468.363	18.097.294	19.007.462
Gasto per cápita (No incluye gasto No POS)	\$440.220	\$549.876	\$497.006	\$549.669	\$545.465
Gasto per cápita (Incluye gasto No POS)	\$459.958	\$587.765	\$556.285	\$653.362	\$668.877

Fuente: BDUA y FOSYGA - Precios constantes de 2010

- **Política de medicamentos:** El incremento en los precios de los medicamentos, cobrados en su gran mayoría mediante CTC, es una de las principales razones que explica el desfinanciamiento del régimen contributivo. A continuación algunos hallazgos encontrados:
 - 38 medicamentos explicaron el 80% del total de los recobros en una muestra de 105 medicamentos y 13 EPS.
 - Alta concentración en medicamentos de alto costo, muchos de ellos biotecnológicos, cuyos precios son más altos cuando se compararon con una muestra de 14 países.
 - Antes de las últimas resoluciones del MinSalud de 2011, se encontraron grandes diferencias en los precios recobrados por las IPS y también por EPS.
 - Este costo está concentrado en muy pocos afiliados.

Se espera que el documento pronto a ser emitido por CONPES sea decisorio sobre el requerimiento o no de incentivos a la competencia en el mercado de medicamentos, y sobre si es necesario controlar solamente los precios de los medicamentos recobrados al Fosyga o al total de los mismos.

- **Integración vertical:** El debate sobre la Integración Vertical es de los más complejos en el sector de la salud. El estudio indica que en Colombia ha faltado un análisis más técnico del tema que nos permita entender cuáles podrían ser los riesgos reales versus los beneficios de la integración vertical.

La Ley 1122/07 establece que las EPS solo pueden contratar el 30 % con su propia red de servicios. Al respecto, hay varias interpretaciones de cómo se debe medir y este marco normativo es muy limitado. Por lo anterior, se debe definir una política más integral que tenga en cuenta:

- ¿Quién define el alcance de las redes de servicios en salud? ¿Superintendencia de Industria y comercio?
 - La definición del límite del 30% parece arbitrario. Puede ser necesario repensarlo.
 - Las redes de servicios en el sector salud deben tener unos límites de acuerdo con su vocación. ¿Quién los define? ¿MinSalud?
 - Muy ligado con este tema. ¿Hay un número de afiliados óptimo por EPS? o, ¿definir un rango del mínimo y máximo de afiliados?
- **Mejorar mecanismos de gestión desde Minsalud y capacidad técnica de la SNS:** El estudio indica que es prioritario que la información de calidad de cada uno de los actores este publicada y disponible para permitir que los colombianos sean compradores educados de servicios de salud y tomen decisiones informadas basadas en resultados en salud. Esto a su vez permitirá que la competencia entre los distintos se base en indicadores de calidad.

Así mismo, indica es función de los diferentes organismos de control y del Gobierno Nal, en cabeza del Ministerio de Salud, pensar en la articulación de la información desde el nivel micro, hasta el nivel macro para garantizar el mejoramiento continuo y la sostenibilidad del sistema de salud.