

EL SISTEMA DE SALUD COLOMBIANO:

¿QUÉ GUARDAR, QUÉ MEJORAR?

Plan de la presentación

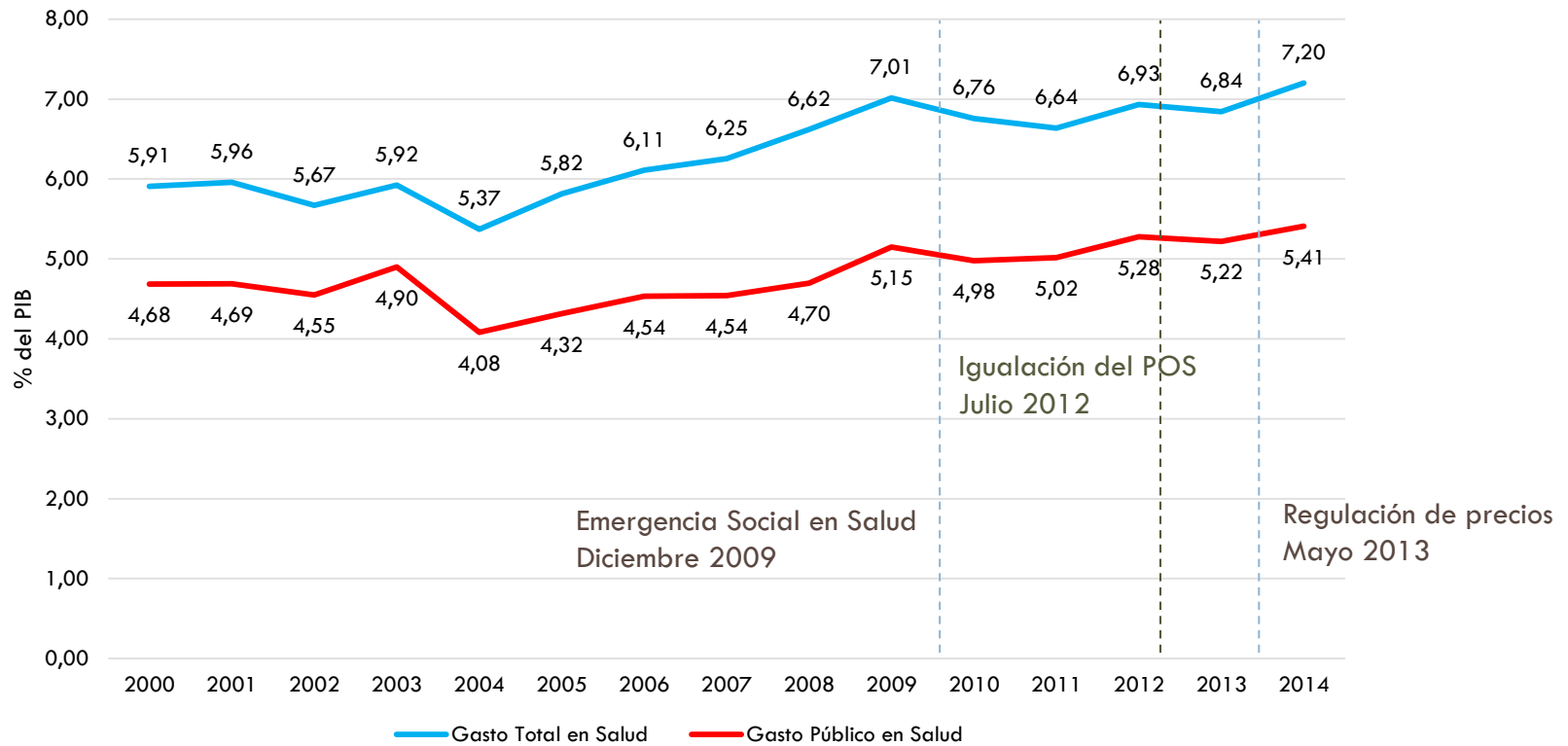
- Algunos datos macroeconomico del sistema de salud colombiano
- La Ley 100 y su lógica
- Diagnóstico de fallida competencia en calidad entre EPS:
 - **Competencia en calidad y ausencia de competencia**
 - **Ganancias de eficiencia de las EPS se quedan en las EPS**
- Recomendaciones al nivel de las EPS:
 - Pagos por desempeño
 - Introducción al margen de una competencia en primas
 - Estimular la compra de planes suplementarios
- Regulación de los precios de los medicamentos:
 - Una evaluación de impacto con resultados negativos
 - ¿Cómo mejorar la regulación?



Algunos datos macro

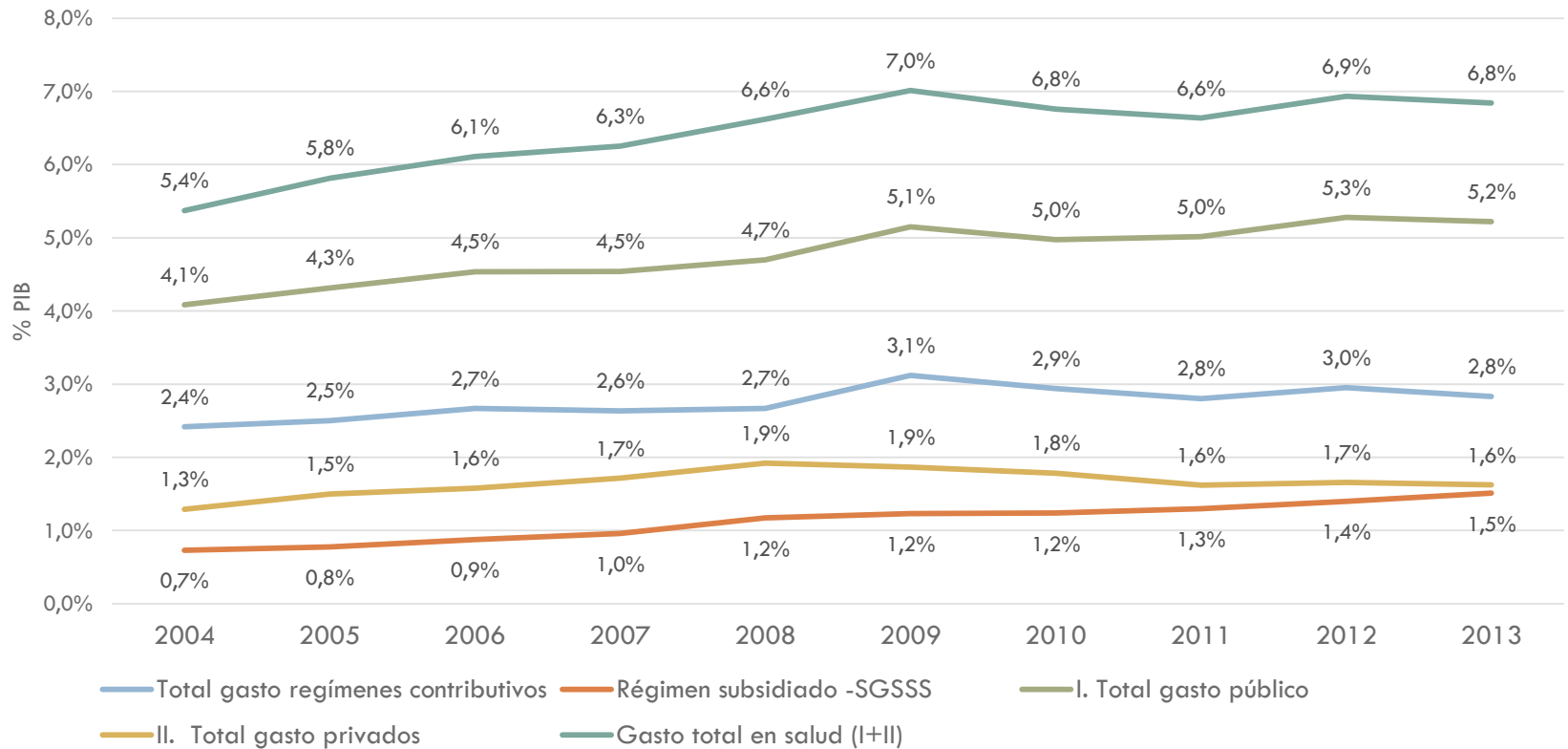
Pregunta 1. Dinámica del gasto público.

Tendencia de gasto en salud como % del PIB
Colombia 2000 - 2014



Pregunta 1. Dinámica del gasto público.

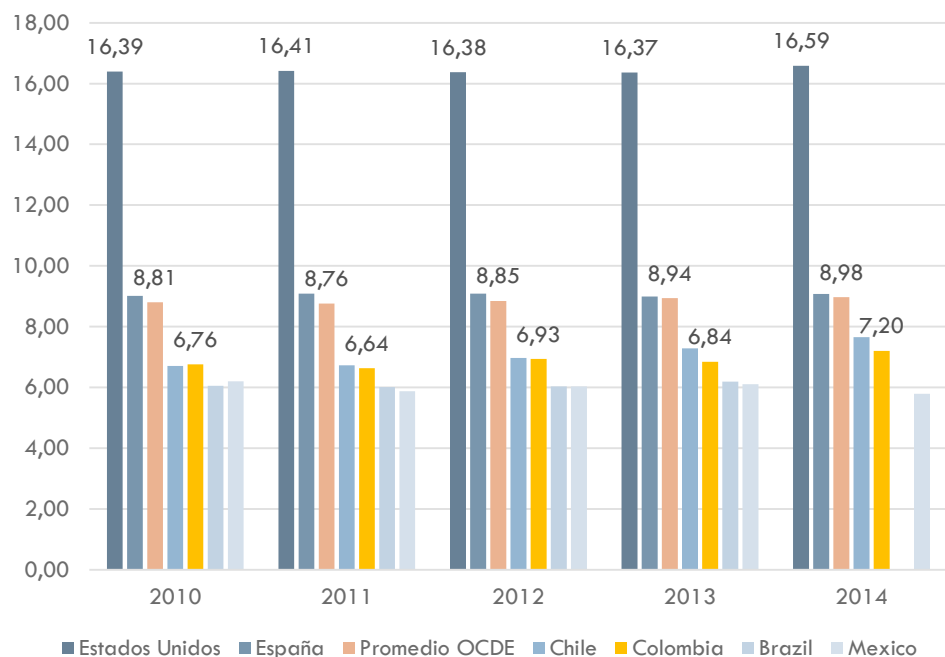
Tendencia del gasto en salud como % del PIB



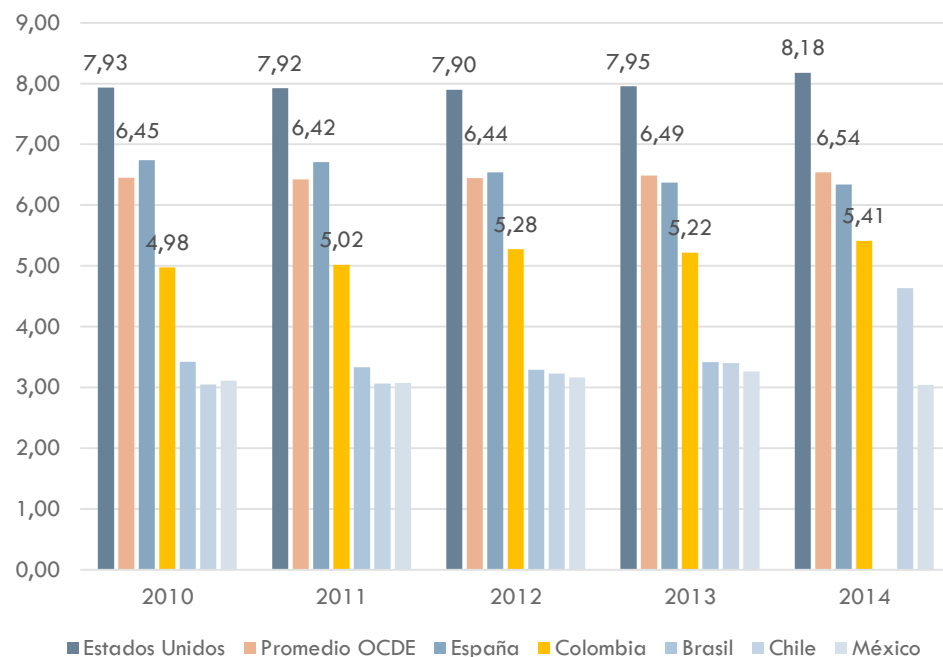
Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. *Cifras financieras del sector salud. Boletín bimestral No. 2. Enero – Febrero de 2014.*
 Presentación Barón 2015. Universidad de Antioquia

Gasto en salud – Colombia

Gasto total en salud como % del PIB

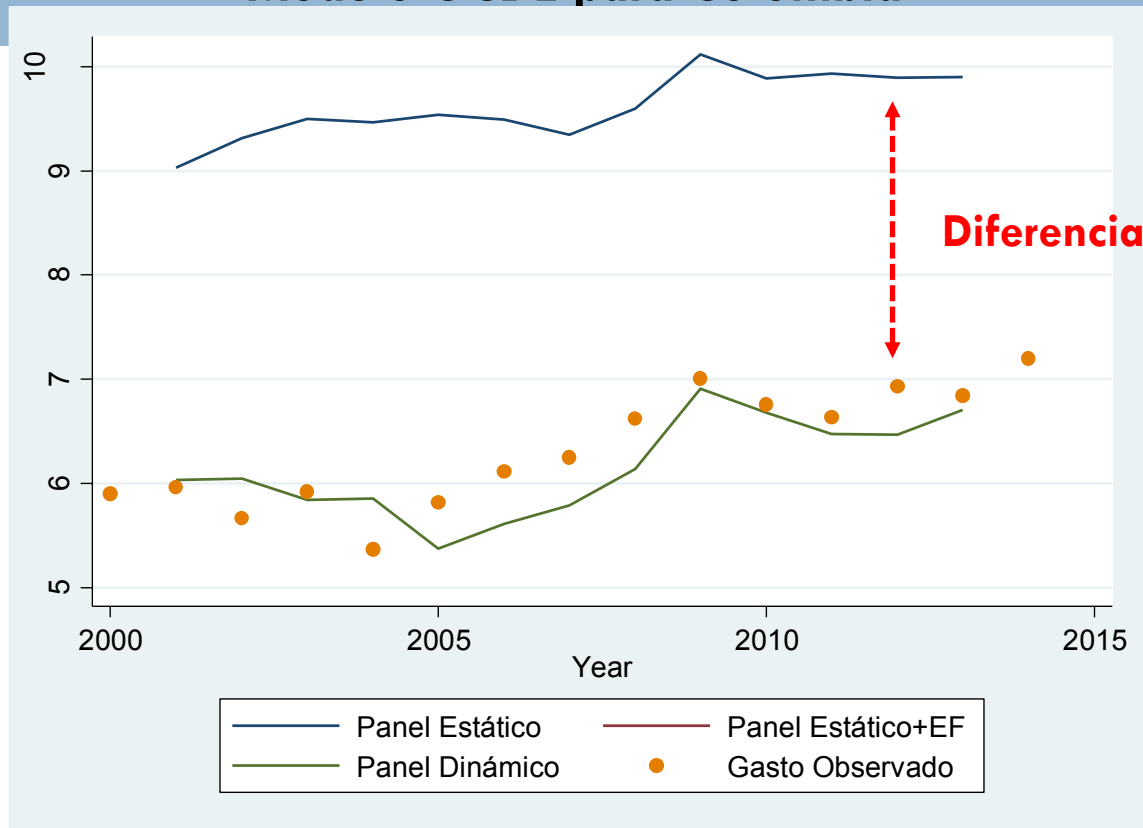


Gasto público en salud como % del PIB



Gasto total en salud como % del PIB

Modelo OCDE para Colombia

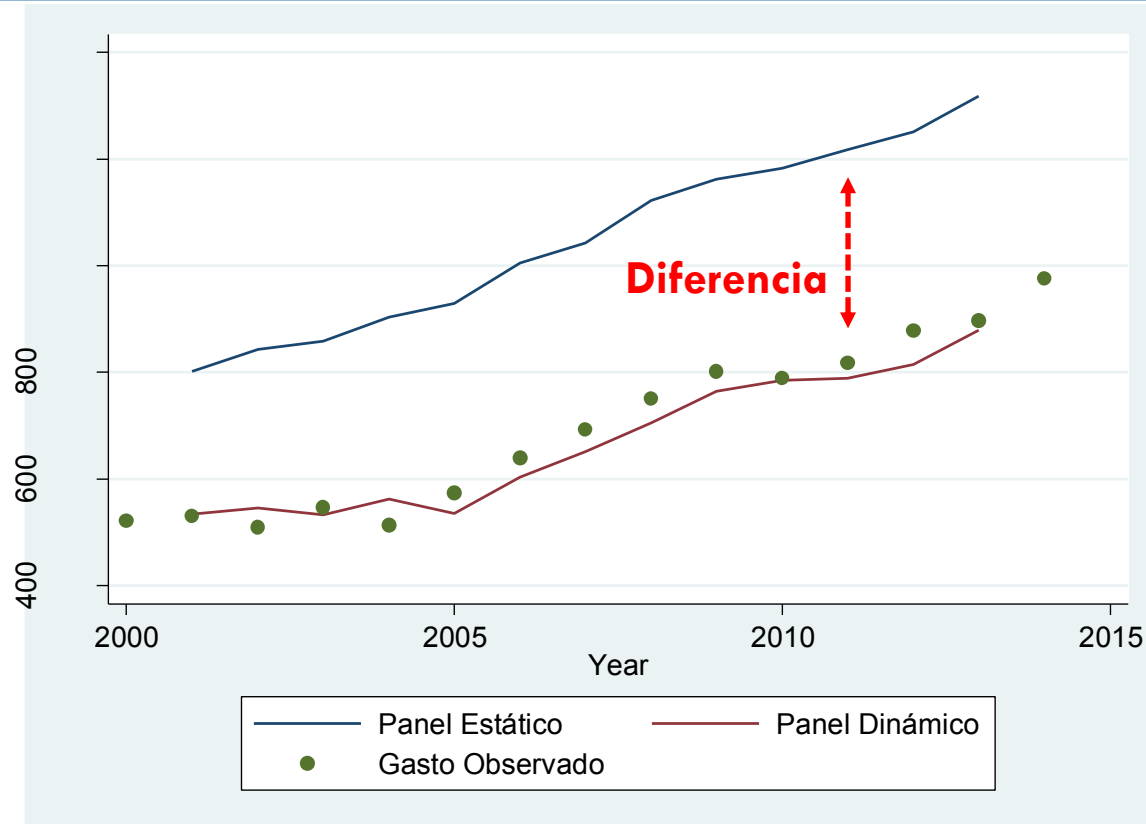


□ En el año 2014 el modelo muestra que está 3 PP del PIB por debajo del gasto predicho por el modelo para su nivel de variables demográficas y económico.

- Variables explicativas: PIB real per cápita (rezago), Nacimientos por mil habitantes, % de la población de 80 años o más, Esperanza de vida al nacer de la población total, PIB por personas ocupadas.

Gasto per cápita en salud

Modelo OCDE para Colombia



□ Esta diferencia entre predicho y observado era de 390 USD PPP en 2004 y de 440 USD PPP en 2014.

- La brecha se ha incrementado.

Conclusión de lo macro

- Gastos en salud como proporción del PIB es más que razonable.
- La brecha es más que todo al nivel del gasto privado.
- **Pregunta:** ¿Cómo aumentar el gasto privado para aliviar el esfuerzo público sin generar inequidad?



La Ley 100 y su lógica

La Ley 100 y el sistema de salud colombiano (1/2)

- **Filosofía de la Ley 100:** transformar subsidios a la oferta en subsidios a la demanda y alcanzar la universalidad en términos de cobertura (Gaviria *et al.*, 2006)
- Sistema de tipo *managed care competition*
- Desconecta la financiación de la gestión del riesgo → solidaridad
- Competencia exclusivamente en calidad
- Organización del sector salud sigue la dualidad del mercado laboral

La Ley 100 y el sistema de salud colombiano (2/2)

- **Ideas detrás de la Ley 100:**
 - ▣ Pagos prospectivos (UPC) alinean los incentivos para controlar gastos
 - ▣ Competencia entre EPS arregla la calidad
- **Sobre el papel, el sistema de salud es perfecto:**
 - ▣ Muy equitativo
 - ▣ Eficiente (por incentivos alineados) y gastos controlados
 - ▣ Calidad satisfactoria por la competencia entre EPS
- **Entonces: ¿Qué está fallando?**

Diagnóstico de las fallas

(relacionadas con la calidad)

Diagnóstico de las fallas (1/6)

- Es un sistema de tipo *managed care competition* pero sin real competencia
- La competencia en calidad es demasiada abstracta para ser efectiva
- Los usuarios no saben evaluar/medir bien la calidad que ofrecen las EPS

Diagnóstico de las fallas (2/6)

- Correlaciones entre calidad y participaciones de mercado negativas

Número de Afiliados por Año	Percepción de Calidad
2012	-0.0813
2013	-0.0640
2014	-0.1540

Fuente: Tesis de Valentina Chegwin – Datos: Superintendencia de Salud

Diagnóstico de las fallas (3/6)

□ **Consecuencias:**

- Los gastos están relativamente bien controlados
- Pero...en detrimento de la calidad de los servicios ofrecidos a los usuarios
- Conflictos entre los actores del sistema: EPS *versus* IPS;
→ lo que pocas veces en favorecen a los usuarios
- Perdida de legitimidad de la EPS en su papel de intermediación entre afiliados y prestadores

Diagnóstico de las fallas (4/6)

- Al nivel micro, los gastos están relativamente bien controlados pero solo las EPS se benefician de eso...por lo menos directamente
- Si existen EPS más eficientes que otras, el sector salud casi no se beneficie de estas ganancias de eficiencia
- Existe un beneficio al nivel macro por el incremento moderado de las UPC

Diagnóstico de las fallas (5/6)

- Mecanismo de UPC genera subsidios cruzados entre las EPS que ofrecen calidad alta hacia las que ofrecen una calidad baja
- Aumentar la calidad puede disminuir los gastos en un mediano/largo plazo, pero el sistema actual induce comportamientos miopes por parte de sus actores
- Los problemas de liquidez del sistema inducen que las EPS adopten estrategias corto placistas.
- UPC más baja no significa que el gasto será más eficiente

Diagnóstico de las fallas (6/6)

- La demanda de las EPS es inelástica en la calidad ofrecida

- Ganancia de una EPS:
 - ▣ Aumenta con la diferencia UPC-gasto
 - ▣ El gasto aumenta (al menos al corto plazo) con la calidad

- Bajando la calidad, una EPS aumenta su margen (UPC – Gastos) sin afectar drásticamente su participación de mercado

Recomendaciones de política:

1. Pagos por desempeño
2. Competencia en primas
3. Estimular la compra de planes suplementarios

1. Pagos por desempeño

Pagos por desempeño (1 / 3)

- **El origen de los males:** la inelasticidad de la demanda a la calidad ofrecida
- **¿Qué se debe hacer?:** Usar un mecanismo de pagos por desempeño para poner la calidad como eje central de la *managed care competition*
- **¿Por qué?** Si la competencia entre EPS es solamente en calidad, tiene que ser efectiva
- **Principio:** El esquema de pagos por desempeño se sustituye al papel de los usuarios

Pagos por desempeño (2/3)

- **¿Cómo proceder?:** Condicionar la obtención de los excedentes por parte de las EPS a sus resultados en salud
- Se debe contruir un indicador de desempeño
- Función de ganancia de las EPS se vuelve sensible a la calidad ofrecida (como si la competencia en calidad fuese perfecta)
- Hubo dos intentos:
 - ▣ Proyecto de ley ordinaria del gobierno anterior
 - ▣ Proyecto de ley en tramite de Barguil y Lara en el Congreso de la Republica

Pagos por desempeño (3/3)

- **Filosofía del mecanismo:**
 - ▣ Existen excedentes legítimos (cuando la calidad es satisfactoria) y otros ilegítimos (cuando EPS sacrifican la calidad)
 - ▣ Retribuir los excedentes legítimos y castigar con retenciones los ilegítimos



2. Competencia en primas

Competencia en primas (1 / 2)

- La idea es destapar el canal de transmisión de las ganancias que traen las EPS
- **La propuesta:** Bajar la UPC y dejar las EPS competir en primas para compensar esta disminución (en el contributivo)
- Una EPS más eficiente que sus competidores puede:
 - ▣ cobrar una prima más económica
 - ▣ ganar participaciones de mercado

Competencia en primas (2/2)

- Da incentivos a las EPS en transmitir al resto del sector sus ganancias de eficiencia
- Propuesta complementaria al mecanismo de pagos por desempeño
- Debe ser acompañada de un refuerzo de la normatividad para prevenir estrategias de selección de riesgos



3. Estimular la compra de planes suplementarios

Planes suplementarios (1 / 2)

- Una forma de aliviar el gasto público en salud es a través del gasto privado
- Pero mayor gasto privado no puede significar reducir el acceso
- Una forma de aumentar el gasto privado sin frenar el acceso es de estimular la compra de planes suplementarios

Planes suplementarios (2/2)

- La selección es adversa en el mercado de las medicinas prepagadas (Bardey y Giancarlo, 2017)
- Eso significa que aumentar el número de afiliados permite trasladar gastos públicos a gastos privados
- Inclusive, se podría trasladar la UPC



Regulación de los precios de los medicamentos

Precios de los medicamentos (1 / 3)

- Lo que caracteriza el mercado de los medicamentos:
 - ▣ Poder de mercado del lado de la oferta (propiedad intelectual + diferenciación de las drogas)
 - ▣ Demanda inelástica por la cobertura
- La interacción entre estos dos factores hace que es totalmente necesario regular los precios de los medicamentos
- La única pregunta es: ¿cómo?

Precios de los medicamentos (2/3)

- En Colombia se ha decidido aplicar una regulación por precios techos
- Se calculan a partir de un mecanismo de referenciación internacional (17 países)
- Esta regulación se hace al nivel de las moléculas (y no por clases terapéuticas)
- Los laboratorios que tienen medicamentos con precios superiores a estos techos tienen que bajar.

Precios de los medicamentos (3/3)

- Para los laboratorios con precios inferiores, estos precios techos generan dos tipos de reacciones estratégicas:
 - ▣ Bajar precios para mantener la diferencia con los medicamentos que tenían precios por encima de los techos
 - ▣ Subir los precios hasta los techos
- Según las características de las ATC (clases terapéuticas), un efecto puede dominar el otro

Evaluación de impacto (1 / 2)

- Medimos cual efecto dominaba en 18 ATC que se caracterizan por tener al menos 20 medicamentos (Bardey, Harker y Zuluaga, 2018)
- Las ATC son nomenclaturas de la OMS que reagrupan medicamentos que compiten por su uso
- Aplicamos una estimación por triple diferencias (antes/después, regulados o no, y por ATC)
- Encontramos que en 10 ATC los precios subieron, en 3 bajaron y en 5 se mantuvieron

Evaluación de impacto (2/2)

- No se puede concluir que la regulación no ha generado ahorros
- Pero por lo menos, fue mala idea haber extendida esta regulación a las ATC que tenían competencia
- Por otra parte, hubo sustitución hacia medicamentos no regulados
- Habría sido mucho mejor tener una regulación por ATC que por moléculas.
- También mejor introducir un gasto de bolsillo voluntario a través de techos de reembolso en lugar de techos de precios



¡Muchas gracias!