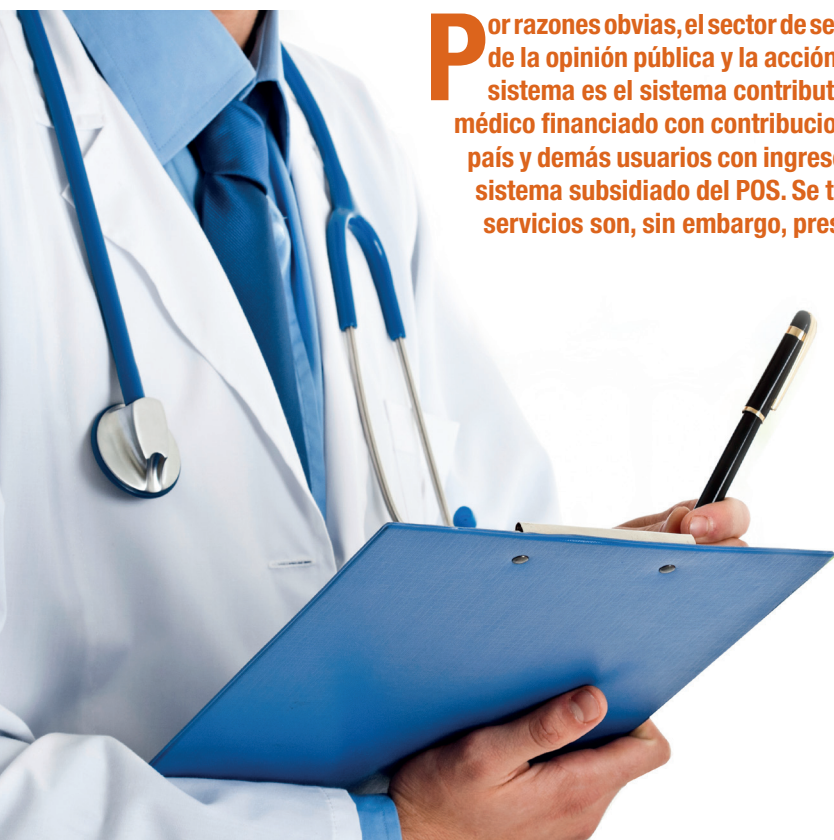


Contratos verticales y desempeño del sector colombiano de la salud *

Por: Juan Esteban Carranza, Alvaro Riascos y Natalia Serna **



Por razones obvias, el sector de servicios de salud atrae una porción sustancial de la atención de la opinión pública y la acción política del Estado colombiano. La columna vertebral del sistema es el sistema contributivo del Plan Obligatorio de Salud (POS), que es un seguro médico financiado con contribuciones parafiscales obligatorias de todos los empleados del país y demás usuarios con ingresos suficientemente altos que los hacen inadmisibles en el sistema subsidiado del POS. Se trata de un seguro médico con financiación pública cuyos servicios son, sin embargo, prestados en su mayoría por el sector privado.

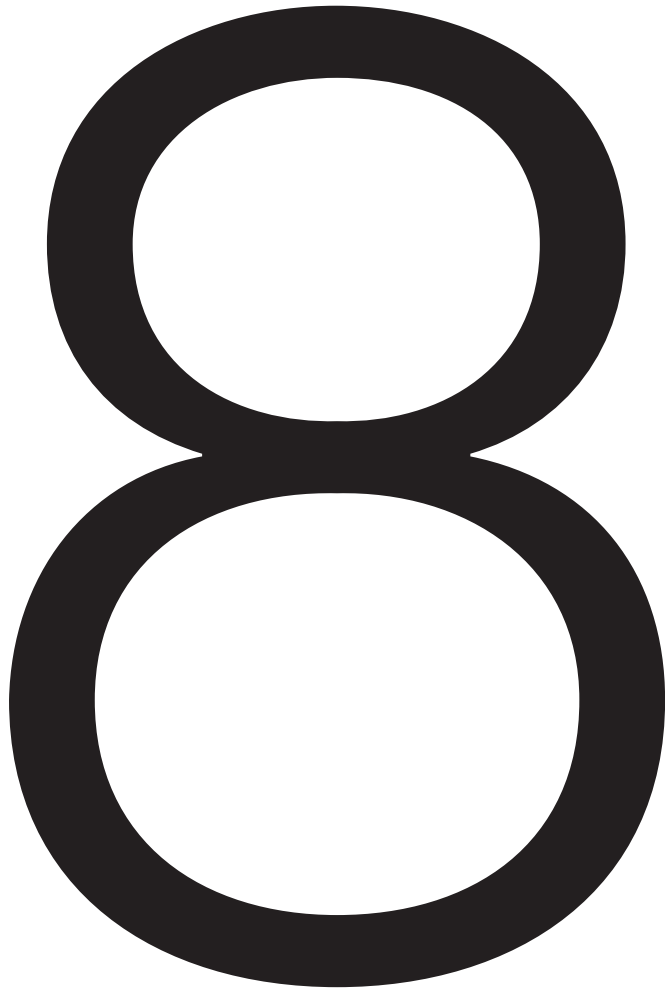
Los actores principales del sistema son las llamadas EPS y las IPS. Las EPS son las empresas aseguradoras privadas que reciben un ingreso que depende del número y características demográficas de sus usuarios. Las IPS son las empresas prestadoras de servicios, como las clínicas y hospitales, que contratan con las EPS para atender directamente a los usuarios. Los usuarios escogen libremente entre las EPS disponibles en el mercado y la eficiencia del sistema la debe garantizar la competencia entre EPS por usuarios.

Un elemento fundamental del sistema es entonces la contratación entre las EPS y las IPS. Se trata de contratos “verticales” en los que la EPS, que es responsable de la salud de sus usuarios, compra un “insumo” de la IPS. Estos contratos tienen la complicación adicional de que son las IPS las que atienden directamente a los usuarios y están

*A propósito del artículo “Poder de mercado, contratos y resultados de salud en el sistema de salud colombiano entre 2009 y 2011” (*Borradores de Economía* No. 918, Banco de la República).

**Los autores pertenecen en su orden al CEE II-Banco de la República-Cali (E-mail: jcarraro@banrep.gov.co), Quantil-Universidad de los Andes-CEE II (E-mail: alvaro.riascos@quantil.com.co), Quantil (E-mail: natalia.serna@quantil.com.co).

PUBLICIDAD



mejor informadas sobre sus necesidades específicas de salud. Se configura, por lo tanto, una relación con información asimétrica mediada por contratos que se negocian bilateralmente.

Trasfondo económico: información asimétrica, contratos y el sistema de salud colombiano

En la nomenclatura de la literatura económica de contratos se dice que la relación IPS-EPS es una relación agente-principal, en la que la EPS (el “principal”) quiere inducir a la IPS (el “agente”) a ejecutar una acción que en este caso es la atención eficiente del paciente. Los incentivos de la IPS para actuar de acuerdo con los intereses de la EPS o el paciente dependen del contrato entre la EPS y la IPS. Este contrato determina los pagos que recibe la IPS por los servicios que preste y se basa únicamente en información verificable.

Las dificultades en la transmisión de información de la IPS a la EPS se prestan para que la IPS actúe de forma oportunista. Por ejemplo, si el contrato especifica un pago por cualquier servicio que la IPS le preste al paciente, la IPS va a tener incentivos para prestar más servicios que los necesarios para tratar al paciente. Este problema, que se conoce como “riesgo moral”, requiere entonces del diseño cuidadoso de los contratos. Además, la economía de los contratos implica que las características del contrato tienen efectos sobre el comportamiento de las IPS y, potencialmente, en los resultados de salud de los pacientes que se observen en los datos.

En el caso colombiano, la regulación prescribe una tipología fija de contra-

tos entre EPS e IPS. Durante el periodo de análisis del artículo (2009 a 2011), los dos tipos de contrato prevalentes son los contratos llamados de “capitación” y de “pago por servicios”. Bajo un contrato de “capitación”, la IPS recibe un pago fijo por cada uno de los usuarios que atiende en cierto tipo de servicios. Así por ejemplo, una EPS puede “capitarle” a un hospital todos sus servicios de urgencias en una región geográfica. Por otro lado, bajo un contrato de “pago por servicios” la IPS sencillamente le cobra a la EPS por cada paciente que atiende y dependiendo de los servicios que le preste. Las tarifas que se cobren bajo cada tipo de contrato dependen de la negociación bilateral entre EPS e IPS.

Nótese que estos dos tipos de contrato tienen una distribución opuesta de los incentivos y del riesgo entre EPS e IPS. Bajo un contrato de “capitación”, la IPS tiene incentivos para atender eficientemente a los pacientes, pero asume todo el riesgo –pues recibe un pago fijo por paciente independientemente de los servicios que requiera el paciente. Bajo un contrato de “pago por servicios”, la IPS no asume ningún riesgo, pero tiene incentivos para prestar tantos servicios como pueda, lo cual no es necesariamente eficiente desde el punto de vista de la EPS o del mismo paciente.

Lo que es claro desde el punto de vista puramente económico es que ambos tipos de contrato generan incentivos distintos a las IPS. Dado que las EPS deben reportar al regulador el tipo de contrato y los servicios que les prestan a los afiliados, es posible verificar esta hipótesis examinando con cuidado los datos.

El análisis empírico: tipo de contrato y resultados de salud

Para verificar la hipótesis de que el tipo de contrato entre EPS e IPS tiene efectos sobre los resultados de salud de los pacientes, se usó la base de datos del Ministerio de Salud que registra los servicios que prestan las IPS y los pagos que hacen las EPS por cada uno de los eventos de salud de todos los pacientes del sistema contributivo de salud colombiano. El análisis consiste sencillamente en comparar los resultados de salud de pacientes estadísticamente idénticos que acuden a una IPS a recibir un servicio bajo un contrato de “capitación” y bajo un contrato de “pago por servicios” y que son diagnosticados con una enfermedad crónica.

Es decir: comparamos pacientes con el mismo sexo, edad similar, ingreso similar y que viven en la misma región del país y que son diagnosticados más o menos al mismo tiempo con una enfermedad que, a partir de ese momento, requerirá de una atención repetida.¹ Lo único que los diferencia es el tipo de contrato que hay entre la IPS y su EPS que se supone que es algo que los usuarios no observan. Dado que no se observa exactamente el estado de salud de estos pacientes a lo largo del tiempo, se aproxima este con información que se observa, como por ejemplo el número de veces que acude a urgencias, el número de infartos, el número de días de hospitalización o el número de días que el paciente debe pasar en una unidad de cuidados intensivos durante los meses subsiguientes al diagnóstico.

¹Ver www.alvaroriasco.com/research/healthconomics para más información sobre los grupos de enfermedades de larga duración usados para este estudio.

El análisis empírico se basa en técnicas econométricas estándar de regresión lineal. Para soslayar objeciones a estas técnicas debido a la posible poca comparabilidad de los pacientes que tienen uno u otro contrato, se usan también técnicas no paramétricas de “emparejamiento” que permiten la comparación directa de grupos similares de pacientes que tienen uno u otro tipo de contrato.

Los resultados son reveladores: la capitación, definida como estar en un contrato de capitación para el servicio asociado al primer diagnóstico de una

enfermedad de larga duración, está negativa y significativamente correlacionada con el número de visitas a urgencias y días de hospitalización medidos ocho meses después del diagnóstico, como lo muestra la tabla (1). La categoría base es el pago por servicio, lo que significa que, relativo a ese contrato, la capitación reduce el número de visitas a urgencias y los días de estancia. Estos resultados son robustos a distintas especificaciones. En la primera columna no se incluyen controles; en la segunda se incluyen características demográficas del paciente como el sexo, la edad, la

zona UPC y el logaritmo del ingreso base de cotización; en la tercera columna se añaden efectos fijos de enfermedad de larga duración; en la cuarta efectos fijos de EPS, y en la quinta características de la IPS donde el paciente recibe la mayoría de servicios durante esos ocho meses e incluyen cantidad de usuarios, cantidad de usuarios capitados, y cantidad de servicios hospitalarios y domiciliarios provistos.

En la tabla (2) se muestra la correlación entre la probabilidad de ingresar a la unidad de cuidados intensivos

Tabla 1. Efecto de la capitación sobre las visitas a urgencias y los días de estancia

Capitación según primer diagnóstico					
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Visitas a urgencias	-0.215*** (0.004)	-0.204*** (0.005)	-0.174*** (0.004)	-0.275*** (0.005)	-0.231*** (0.005)
Días de estancia	-1.013*** (0.033)	-1.047*** (0.034)	-0.849*** (0.033)	1.522*** (0.044)	1.166*** (0.044)
N	237.313	235.913	235.913	235.913	235.913
Controles					
Demográficos		Sí	Sí	Sí	Sí
Enfermedad de larga duración			Sí	Sí	Sí
EPS				Sí	Sí
IPS					Sí

Nota: regresión lineal de las visitas a urgencias y los días de estancia ocho meses después del primer diagnóstico de enfermedad de larga duración como función de la capitación. Un paciente capitado se define como aquel cuya aseguradora y prestador tienen un contrato de capitación en el servicio donde se le diagnosticó la enfermedad. Cada columna incluye un conjunto distinto de controles. Errores estándar entre paréntesis. Cálculos de los autores con base en el panel de Suficiencia del Ministerio de Salud. ***p<0.01, **p<0.05, *p<0.1.

Tabla 2. Efecto de la capitación sobre la probabilidad de ingresar a la UCI

Capitación según primer diagnóstico					
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Visitas a urgencias	-0.978*** (0.057)	-1.147*** (0.058)	-0.890*** (0.059)	-1.542*** (0.069)	-1.270*** (0.071)
N	237.313	235.913	235.913	235.913	235.913
Controles					
Demográficos		Sí	Sí	Sí	Sí
Enfermedad de larga duración			Sí	Sí	Sí
EPS				Sí	Sí
IPS					Sí

Nota: regresión logística del evento de ser admitido a la UCI en algún momento durante los ocho meses siguientes al diagnóstico de enfermedad de larga duración como función de la capitación. Cada columna incluye un conjunto distinto de controles. Errores estándar entre paréntesis. Cálculos de los autores con base en el panel de Suficiencia del Ministerio de Salud. ***p<0.01, **p<0.05, *p<0.1.

Tabla 3. Efecto de la capitación sobre el número de infartos en pacientes con enfermedad cardiovascular

Capitación según primer diagnóstico de enfermedad cardiovascular					
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
IAM (definición amplia)	-0.260*** (0.033)	-0.286*** (0.035)	-0.252*** (0.035)	-0.411*** (0.042)	-0.395*** (0.043)
IAM (angioplastias)	-0.005*** (0.001)	-0.005*** (0.001)	-0.004*** (0.001)	-0.006*** (0.001)	-0.005*** (0.001)
N	117.886	117.083	117.083	117.083	117.083
Controles					
Demográficos		Sí	Sí	Sí	Sí
Enfermedad de larga duración			Sí	Sí	Sí
EPS				Sí	Sí
IPS					Sí

Nota: regresión lineal del número de infartos como función de la capitación. Un infarto se define como el evento de recibir un diagnóstico CIE10 entre I210, I211, I212, I213, I219 (definición amplia) o como el evento de recibir una angioplastia ocho meses después del primer diagnóstico de enfermedad de larga duración. Errores estándar entre paréntesis. Cálculos de los autores con base en el panel de Suficiencia del Ministerio de Salud. ***p<0.01, **p<0.05, *p<0.1.

(UCI) ocho meses después del primer diagnóstico de enfermedad de larga duración y la capitación. De nuevo la correlación negativa entre la capitación y este resultado en salud es robusta a distintas especificaciones y significativa al 99% de confianza, es decir, la capitación reduce la probabilidad de ser admitido a la UCI luego de recibir un diagnóstico de enfermedad de larga duración relativo al pago por servicio.

La tabla (3) muestra el efecto de la capitación definida según el primer diagnóstico de enfermedad de larga duración sobre el número de infartos agudos del miocardio (IAM), condicional en que el primer diagnóstico esté asociado a una enfermedad cardiovascular. El número de infartos se mide de dos formas: una definición amplia que abarca un grupo de diagnósticos relacionados; y una definición más limitada que define un infarto como el evento de recibir una angioplastia. Los resultados se mantienen incluso para este resultado en salud donde la muestra de pacientes es más restringida. La capitación se asocia a un menor número de infartos bajo

cualquiera de las dos definiciones, y esa correlación se mantiene luego de incluir diferentes controles.

Las regresiones lineales y logísticas presentadas podrían tener un problema de soporte en el sentido de que la distribución de características de los individuos capitados puede ser

muy distinta a la de los individuos en pago por servicio, y por ello incomparables, sin que la regresión pueda controlar por esto. Para corregir ese problema que podría generar sesgo e inconsistencia en el estimador de la capitación, se hace un ejercicio de “emparejamiento”, que compara pacientes “capitados” con pacientes

Tabla 4. Efecto de la capitación sobre los capitados usando técnicas de emparejamiento

Capitación según primer diagnóstico	
Visitas a urgencias	-0.4842*** (0.003818)
Días de estancia	-2.6071*** (0.0319)
Admisión a UCI	-0.02903*** (0.00047)
N emparejados	15.5136
IAM (definición amplia)	-0.8151*** (0.0338)
IAM (angioplastias)	-0.009692*** (0.000451)
N emparejados	77.696

Nota: efecto del tratamiento sobre los tratados, donde el tratamiento es estar capitado. La capitación se define según el contrato que aseguradora y prestador tienen para el servicio en el que el paciente es diagnosticado con una enfermedad de larga duración. El emparejamiento se hace directamente sobre el sexo, la edad, el logaritmo del ingreso base de cotización, la zona UPC, y la EPS. Esto garantiza la propiedad de balanceo sobre esas variables. Errores estándar entre paréntesis. Cálculos de los autores con base en el panel de Suficiencia del Ministerio de Salud. ***p<0.01, **p<0.05, *p<0.1.

en “pago por servicio”, verificando que sean similares en términos del sexo, la edad, el logaritmo del ingreso base de cotización, la zona UPC y que estén afiliados a la misma EPS.

Los resultados del emparejamiento que se muestran en la tabla (4) confirman los resultados de las regresiones lineales. Si los pacientes son similares en sus características demográficas y además están afiliados a la misma EPS, quienes se encuentran capitados visitan menos veces la sala de urgencias, tienen menos días de hospitalización, una menor probabilidad de ser admitidos a la UCI, y un menor número de infartos comparado con los individuos en pago por servicio. Dado que lo único que difiere entre los emparejados es el tipo de contrato en el que se encuentran, no se puede rechazar la hipótesis de que el tipo de contrato causa estas diferencias.

En otras palabras: se encuentra que hay diferencias estadísticas robustas entre la atención que reciben los pacientes que están bajo uno u otro tipo de contrato, tal como lo predice la teoría. Adicionalmente, se encuentra que los pacientes tratados bajo contratos de “capitación” tienen en general mejores resultados en términos de la recurrencia de visitas a urgencias o de accidentes cardiovasculares o días de hospitalización. Esto indicaría que la alineación de incentivos entre EPS e IPS redundaría en beneficio de los pacientes y que los contratos de “pago por servicios” les generan incentivos perversos a las IPS (por ejemplo: un análisis más fino revela que cuando un paciente es atendido y diagnosticado bajo un contrato de “pago por servicios” es menos probable que sea remitido a un especialista que cuando es tratado bajo un contrato de “capitación”).


“Hay diferencias significativas entre los resultados de salud de los pacientes con enfermedades crónicas que son atendidos bajo contratos de capitación comparados con los resultados de salud de pacientes idénticos atendidos bajo contratos de pago por servicios.”

Conclusiones y lecciones de política

Los datos indican que hay diferencias significativas entre los resultados de salud de los pacientes con enfermedades crónicas que son atendidos bajo contratos de “capitación” comparados con los resultados de salud de pacientes idénticos atendidos bajo contratos de “pago por servicios”. Estas diferencias son consistentes con las predicciones de la teoría estándar de contratos, pero además indican que, al menos para las enfermedades estudiadas hasta ahora, los contratos de “capitación” generan

resultados mejores en términos de medidas razonables de desempeño.

Esta conclusión no debe interpretarse como una recomendación absoluta de los contratos de “capitación” sobre los de “pago por servicios”, puesto que los contratos de “capitación” pueden generar un riesgo inadmisiblemente para muchas IPS, sobre todo aquellas que son pequeñas. Una prohibición absoluta de los contratos de “pago por servicios” podría ocasionar que muchas IPS que son muy especializadas o que están en sitios apartados dejen de prestar servicios socialmente deseables pero sujetos a un riesgo oneroso.

De acuerdo con la teoría subyacente, la razón de fondo por la cual los contratos de “capitación” generan resultados mejores que los contratos de “pagos por servicios” es que bajo “capitación” los incentivos de la IPS están efectivamente alineados con los de la EPS. La “capitación” no es la única forma de alinear incentivos entre EPS e IPS, pero entonces una lección fundamental del análisis es que esta alineación de incentivos debe ser un fundamento de la regulación inteligente del sector. 



Confía en 4-72,
el servicio de envíos
de Colombia

Línea de atención al cliente:
(57 - 1) 472 2000 en Bogotá
01 8000 111 210 a nivel Nacional

.....
www.4-72.com.co