

Nota Macro No.45

Reforma a la salud: los pros y los contra

Octubre 2022

Universidad de
los Andes
Colombia

Facultad
de Economía

El sistema de salud colombiano actual tiene dos grandes logros comparado con los de otros países: cobertura casi universal, y gastos de bolsillo relativamente bajos para los usuarios que se enferman. Sin embargo, mantiene problemas de acceso particularmente marcados en las zonas rurales, y muestra pocos incentivos para que el servicio sea de alta calidad. Público o privado, el sistema de salud seguirá con problemas de acceso si no existen actores cuyo papel sea el que hoy cumplen las EPS: racionalizar el gasto en salud. El Estado podría llegar a cumplir algunas de las funciones que las EPS no suplen con suficiencia: acceso en zonas rurales y prevención efectiva de algunas morbilidades. Sin embargo, esto no será posible en ausencia de un sistema de información robusto y unificado que hoy no existe.

1. El sistema de salud actual y su diagnóstico

El diagnóstico sobre el cual se basan los borradores de la propuesta de reforma de salud que circulan es que los indicadores de salud pública del país no son buenos en comparación con los de otros países, a pesar del gran logro de haber alcanzado una cobertura casi universal. Otro logro es que en caso de enfermedad los gastos de bolsillo son bajos en comparación con los de otros sistemas de salud. Así, a diferencia de otros países incluyendo muchos desarrollados, en Colombia las enfermedades, en general, no enfrentan a las personas a un riesgo financiero.

A pesar de estos logros indiscutibles, la población colombiana sigue presentando resultados de salud insatisfactorios, especialmente en indicadores de mortalidad materna (la más alta de los países OECD) y de mortalidad infantil. A nuestro modo de ver, varios de estos resultados insatisfactorios poco tienen que ver con el funcionamiento del

sistema de salud y se deben, más que todo, a la ausencia del Estado colombiano en la totalidad del territorio nacional, en particular por la falta de provisión con servicios públicos mínimos, tales como, el acceso al agua potable, servicio de alcantarillado, etc. El nivel de pobreza que caracteriza al país, y los problemas de acceso a una educación de calidad, son otros factores que explican los modestos indicadores de salud pública en Colombia.

Dicho eso, hay resultados en salud insatisfactorios que sí dependen del funcionamiento actual del sistema de salud, lo que significa que los logros en términos de cobertura universal no son una condición suficiente para una provisión adecuada de servicios de salud a la población. Existen en el sistema de salud colombiano problemas de acceso complejos, los cuales tienen varias aristas.¹ En esta nota, de manera no exhaustiva, mencionaremos tres de los principales problemas de acceso que se presentan en el sistema actual.²

¹ Para describir la situación en la cual una persona tiene un carné de una EPS, pero que no puede acceder a los servicios de salud que necesita, se ha inventado la palabra "carnetización", es decir que la cobertura en este caso se vuelve un derecho abstracto que no se materializa por la obtención de los servicios de salud necesarios.

² Estudio realizado para la Organización Panamericana de la Salud - OPS, Bardey y Rosero (2022) explican de manera detallada estas diferentes aristas. El documento pronto se publicará en la serie de documentos de la OPS.

Primero, al nivel de la prestación existe una concentración de los servicios de salud en los grandes centros urbanos. En muchos sitios de la Colombia rural, los usuarios solamente pueden acceder a un centro de salud en el que la presencia de médicos es intermitente. Claramente, para los hogares que viven en zonas rurales o apartadas del país tener un carné de su EPS no constituye una garantía de poder beneficiarse de los servicios de salud que necesitan.

Segundo, hay deficiencias en el papel que han jugado las EPS. **Su rol es de gestionar el riesgo de salud de sus afiliados, incluyendo una gestión sanitaria y una financiera.**³ En lo sanitario, además de ofrecer los servicios de salud que los pacientes necesitan cuando se enferman, las EPS deben implementar unos programas de prevención de los riesgos de salud, lo que poco sucede en la práctica. En la gestión del riesgo financiero generado por los gastos relacionados con enfermedades, **el rol de las EPS es el de actuar como compradores inteligentes, negociando las tarifas de los diferentes servicios de salud realizados por los prestadores para evitar abusos que atenten contra la sostenibilidad del sistema.** A cambio reciben un pago por afiliado llamado unidad por capitación (UPC de ahora en adelante), con la cual deben poder cubrir los gastos en salud de sus afiliados. Si bien la contención del gasto en salud es totalmente necesaria para la sostenibilidad del sistema, esta función se hace, en algunas EPS, en detrimento de la calidad de los servicios recibidos por los afiliados. Esto es resultado de dos características de la UPC: 1) el pago que recibe la EPS no depende de la calidad del servicio que presta; 2), para ciertos grupos poblacionales y enfermedades, no compensa los verdaderos costos de una atención de calidad. Ambas cosas incentivan también que las EPS hagan una selección de riesgos implícita.⁴

Tercero, en el sistema actual, las EPS constituyen la puerta de entrada al sector salud para sus

afiliados cuando estos se enferman. Precisamente por eso, los afiliados tienden a atribuirles muchos problemas del sector, incluso si no se originan necesariamente en ellas. Un ejemplo usual se da en el acceso a consultas con especialistas, para el cual los usuarios enfrentan tiempos de espera excesivos. Si bien el interlocutor que comunica las malas noticias es una EPS, el origen del problema es la escasez de los especialistas en el país. Con o sin EPS, con las reglas actuales para la determinación de los cupos de las especializaciones, habrá escasez de especialistas y tiempos de espera excesivos. Sin entrar en el detalle de cómo se determina el número de especialistas en Colombia, cabe señalar que se trata de un mecanismo poco transparente, donde los cupos se deciden entre especialistas consolidados y unas pocas facultades de medicina de diferentes Universidades del país. También que, en varias especializaciones, el número de especialistas está totalmente desconectado de las necesidades del país.

2. La reforma a grandes rasgos, sus pros y sus contras

Aunque puede haber algunas diferencias entre los autores de esta nota y el diagnóstico de los funcionarios del Ministerio de Salud y Protección Social, la reforma propuesta, en sus grandes rasgos, está obviamente ligada a este diagnóstico, en particular a los dos primeros problemas de acceso a servicios de calidad de salud que resaltamos. En lo que se conoce sobre la reforma se ha hablado de la posibilidad de suprimir las EPS para poder entregar la política de salud a entes estatales que tendrían la responsabilidad de organizar todo el sector salud. Pasamos a analizar pros y contras de esta visión.

Primero, el proyecto de reforma buscaría un enfoque mucho más orientado a la prevención y la detección de las enfermedades. Con algunas excepciones notables, las EPS no han desarrollado una labor satisfactoria en términos de preven-

³ "Competencia en el sector de la salud", [Coyuntura Económica y Social: Investigación Económica y Social](#), vol XLIII, Fedesarrollo, pages 17-52, 2013

⁴ Vease Álvaro J. Riascos, Mauricio Romero, Natalia Serna 2018. Risk Adjustment Revisited using Machine Learning Techniques. Proceeding Series of the Brazilian Society of Computational and Applied Mathematics; y Alvaro j. Riascos, Sergio A. Camelo. 2017. A note on

ción y mitigación de los riesgos sanitarios. En este frente particular, es legítimo explorar la posibilidad de que unas entidades estatales se encarguen de programas de prevención para algunas enfermedades específicas. Por ejemplo, programas de promoción y prevención de la salud de adolescentes o madres cabezas de hogar que pueden ser implementados más fácilmente a través de escuelas públicas u organizaciones comunitarias. Si el Estado alinea bien los incentivos de los diferentes actores del sistema que se dedicarán a estas políticas de prevención específicas, puede dar mejores resultados de los que tenemos actualmente.

Segundo, se entiende el deseo de evitar los costos de intermediación de las EPS como se dan actualmente en zonas rurales donde hay, en el mejor de los casos, un solo hospital público. De manera más general, se debe reconocer que el modelo de la Ley 100, que ha implicado transformar subsidios a la oferta en subsidios a la demanda, no es adecuado en las zonas rurales del país, donde es preferible utilizar subsidios a la oferta para consolidar la prestación de los servicios de salud concentrados en un hospital público.

Tercero, extender la supresión de la función de intermediación de las EPS a las zonas urbanas implicaría que una entidad como ADRES tendría que pagar directamente a todos los prestadores de salud del sistema. Eso significa no solamente hacer giros directos a las IPS y otros actores del sistema de salud del país, para todos los servicios de salud que ofrecen, sino también **regular el valor de cada servicio de salud en cada hospital o centro de salud del país**. Cumplir esa función de comprador inteligente, y hacerlo con proveedores tan heterogéneos como los que se encuentran a lo largo del país, requiere unas capacidades totalmente diferentes a las requeridas para encargarse de la logística de pagos. ADRES, o la entidad que cumpla este rol, necesitaría tener en cuenta que los diferentes hospitales enfrentan estructuras de costos muy diferentes, y que, por ende, el mismo servicio de salud puede tener costos muy diferentes en distintas ciudades, y aún en distintas instituciones de salud en la misma ciudad. La dificultad

mayor consiste en establecer una regulación de las tarifas que no ponga en dificultad financiera a los hospitales que tienen costos legítimamente más altos que el promedio, al mismo tiempo que se evita crear rentas excesivas para los hospitales que benefician de una estructura de costos más bajos.

Si bien existen sistemas de salud públicos donde un regulador estatal se encarga de fijar estas tarifas lidiando con la heterogeneidad mencionada, la implementación de estas regulaciones requiere disponer de sistemas de información muy detallados. Como lo ha dicho en varias oportunidades la Ministra Corcho, el sistema de salud no dispone actualmente de un sistema de información unificado donde el Ministerio, o el ADRES, disponga de informaciones de contabilidad analítica provenientes de todos los prestadores del país para poder implementar este tipo de regulación al nivel estatal.

Sin un sistema de información adecuado, el resultado de acabar las EPS sería parecido a lo que conocimos con los recobros antes de la regulación por presupuestos máximos. Para los servicios de salud que se otorgan a los usuarios a pesar de que no se encuentran incluidos en el Plan de Beneficios en Salud (PBS de ahora en adelante), las EPS implementaban recobros al gobierno nacional sin actuar como comprador inteligente por la ausencia de un límite en lo que el gobierno les reembolsaría. Es decir, se operaba sin ningún actor a cargo de racionalizar el gasto en salud. Sin mejorar de manera significativa los cuellos de botella que afectan el acceso a los servicios de salud de los colombianos, la posibilidad de recobros contribuía a incrementar de manera significativa los gastos en salud. Los presupuestos máximos han mitigado el problema, aunque se mantiene el riesgo a la sostenibilidad financiera surgida de la falta de límites claros a los servicios que es posible prestar. Un desangre financiero similar al que sucedió con el sistema de recobros sin presupuestos máximos sería probable en un sistema de gestión pública sin robustez en la información y sin límites de gasto y prestación que eviten un gasto insostenible.

3. Una alternativa basada en el espíritu de la reforma

Como lo hemos visto el sistema de salud heredado de la Ley 100 ha obtenido resultados deseables en términos de cobertura y de protección financiera para la gente que se enferme, pero los problemas de acceso y de calidad no están resueltos. Compartimos este diagnóstico con los funcionarios del Ministerio que promueven la reforma. Más que proponer la reforma que consideraríamos ideal para el sistema, proponemos a continuación los elementos deseables que resultan consistentes con el espíritu de la reforma que viene delineando el gobierno

a. Zonas rurales: suprimir la figura de EPS en zonas rurales como existe actualmente y asignar a una entidad adjunta a la respectiva Secretaría de Salud la responsabilidad de negociar las tarifas con el hospital público de la zona. Esta figura requiere obviamente unos mecanismos de control reforzados para limitar la politización y el desvío de los recursos asignados (i.e. corrupción). De manera alternativa, se podría aplicar un modelo de licitación para seleccionar a una sola EPS asociada a una zona rural, con una supervisión para garantizar que los términos de la licitación se cumplen y que los usuarios reciben una atención de calidad.

b. Atención primaria y prevención: crear un Comité donde intervienen diferentes representantes de los gremios del sector y del Ministerio para determinar cuáles son los aspectos de promoción de salud pública preventiva que han dado resultados insatisfactorios, de tal forma que hagan parte de un programa de salud pública directamente manejado por el Ministerio con la contratación de unas redes de prestadores. Estos programas de salud pública requieren de manera previa que el Ministerio de Salud y Protección Social pueda desarrollar un sistema de información para censar las necesidades de salud pública al nivel local, pues el país presenta una gran heterogeneidad al nivel local en términos de necesidades de servicios de salud. Dadas las complejidades para desarrollar estas capacidades, sería clave desarrollar proyectos pilotos que permitan evaluar los

resultados obtenidos en términos de cobertura y calidad de estos programas de salud pública.

c. Crear un sistema de información del sector salud robusto: invertir en un sistema de información robusto al nivel de la prestación de servicios permitirá una adecuada supervisión y regulación de las EPS con el fin de que cumplan plenamente con su función. Si un día se quiere contemplar la posibilidad de suprimir el renglón del aseguramiento, como lo sugiere lo que se conoce sobre la propuesta de reforma del Ministerio, sería indispensable disponer de un sistema de información robusto al nivel de la prestación de los servicios. Sin un sistema de información robusto, el sistema de salud funcionaría como el llamado NO PBS, es decir con muchos problemas de acceso no resueltos, pero con unos gastos en salud descontrolados por ausencia de compradores inteligentes.

d. Rebalancear los incentivos de las EPS en zonas urbanas: donde nos diferenciamos más con la reforma propuesta es que proponemos mantener las EPS en zonas urbanas. Como mínimo, su papel no puede ser sustituido por el Estado sin tener un sistema de información robusto (ver punto anterior) y límites sostenibles para el gasto. Obviamente, las reglas del juego tienen que modificarse para que los incentivos de las EPS a contener los gastos no se hagan en detrimento de la calidad de los servicios de salud prestados o a costo del acceso real de los usuarios del sistema. Para eso, se tiene que rediseñar la UPC, los mecanismos de pago ex ante y ex post, de tal forma que las EPS que ofrecen servicios de mejor calidad reciban mayores recursos. Al mismo tiempo, se tiene que facilitar los cambios de EPS por parte de los usuarios de tal forma que combinado con una UPC que dependerá de unos indicadores de calidad, los afiliados puedan migrar más fácilmente hacia las EPS que ofrecen los mejores servicios y que no pongan obstáculos al acceso de estos servicios.

Los puntos a, b están alineados con el espíritu de la reforma socializada por parte de los funcionarios del Ministerio, pues el punto a contempla la

posibilidad de suprimir la figura de EPS en zonas rurales o de tener una sola seleccionada por licitación. El punto b reconoce el hecho que las EPS no son muy activas al nivel de sus políticas de prevención. El punto c trae la propuesta de un sistema de información que es necesario en todo caso para el sistema, y que sería indispensable para implementar un cambio desde un sistema con EPS a uno de gestión pública que no resulte en un incremento descontrolado de los gastos en salud sin contraparte en términos de acceso y de calidad para los usuarios. El punto d permite mejorar los incentivos a los cuales las EPS son sometidas para mejorar la calidad y el acceso a los servicios.

Se concluye esta nota resaltando que, si la reforma pretende mover el sistema de salud hacia un sistema público, no es algo que logrará suprimiendo las EPS. En efecto, en un sistema de salud donde, en zonas urbanas, predominan la presencia de hospitales privados, suprimir las EPS no haría que el sistema de salud sea más público. Al contrario, implicaría que las clínicas privadas puedan ejercer su poder de mercado más fácilmente por no enfrentar compradores inteligentes como tienen

que ser las EPS para evitar desangrarse financieramente. Los sistemas de salud públicos a los que con frecuencia se refiere la Ministra Corcho se denominan así no tanto por la ausencia de compradores inteligentes, sino porque al nivel de la prestación de los servicios de salud predomina la presencia de actores públicos. El requisito principal para poder moverse hacia un sistema público no es de eliminar la presencia de compradores inteligentes, sino tener prestadores públicos o mixtos, y, por otro lado, disponer de un sistema de información que permita regularlos de manera adecuada.

La voluntad de moverse hacia un sistema público es una decisión política y como analistas económicos no nos corresponde defender un sistema u otro. Se conocen sistemas públicos y privados que funcionan bien, mientras que otros de ambas denominaciones presentan grandes deficiencias. Nuestro papel es más de recordar las condiciones necesarias para que un sistema de salud funcione de manera eficiente, cualquiera que sea su inclinación política.

Nota Macro No.45

Facultad de Economía - Universidad de los Andes

Marcela Eslava | Decana, Facultad de Economía

Leopoldo Fergusson | Director CEDE, Facultad de Economía

Autores:

David Bardey y Álvaro Riascos

Universidad de los Andes | Vigilada Mineducación

Reconocimiento como Universidad:

Decreto 1297 del 30 de mayo de 1964.

Reconocimiento personería jurídica:

Resolución 28 del 23 de febrero