

Cuestión Salud

icesi.edu.co/proesa

ISSN: 2256-5787

Publicación trimestral - Año 5 - Número 15. Cali, Marzo de 2017

Derroche de Recursos en Salud



Recientemente la OCDE publicó un documento titulado "Tackling Wasteful Spending on Health"¹, que en español podríamos traducir como "Enfrentando el derroche de recursos en Salud", y cuyo tema central es recoger la experiencia de los países miembros de la OCDE en un tema que a los actores del sistema de salud les cuesta reconocer: una parte de los recursos en salud está siendo malgastada en servicios y procesos que no contribuyen o empeoran el estado de salud de los usuarios y estos son en su mayoría evitables.

"Recurso desperdiciado"

Los criterios para catalogar un recurso como "desperdiciado" son: todos los procedimientos y servicios que no deriven en beneficios o que generen perjuicios contra estos y los costos que pueden ser evitados con alternativas menos costosas con iguales o mejores beneficios para los usuarios y el sistema. A partir de estos criterios se pueden distinguir tres principales niveles de desperdicio de recursos de acuerdo a los actores que involucra.

Desperdicio en el cuidado clínico.

Este tipo de recursos malgastados está relacionado con las situaciones en las que los pacientes no reciben la debida atención por motivos que pueden ser evitados, desembocando en efectos que no representan beneficios. En esta categoría están incluidos, por ejemplo, los costos asociados a errores clínicos como una cirugía innecesaria o la remoción equivocada de un órgano. Según las cifras de la OCDE los errores clínicos podrían representar la tercera causa de muerte en los Estados Unidos.

Otro de los ejemplos de derroche en el cuidado clínico son los costos de los efectos adversos de la hospitalización como las infecciones. Según mediciones internacionales presentadas en el documento los efectos adversos de la hospitalización representan entre un 13% y un 16% de los costos de los hospitales y de estos, entre un 28% y 72% son evitables. Otra fuente de derroche es la sobre prescripción e inapropiado uso de antibióticos que genera tanto costos privados como sociales, dado que incrementa la resistencia

antimicrobiana. Para los países de la OCDE se ha proyectado que el costo de la resistencia antimicrobiana representa cerca del 0.16% del PIB para el 2050.

Entre las medidas que pueden subsanar estos costos se destacan: la implementación y difusión de guías de práctica clínica con el fin de reducir los casos de errores clínicos; la creación de un sistema de información que permita hacer seguimiento a los prestadores de salud en esta materia para tomar medidas regulatorias (por ejemplo: mejorar normas de higiene en hospitales); reducir el número de antibióticos prescritos; generar incentivos económicos a los prestadores que logren reducir estos indicadores a través de un sistema de reembolsos, entre otros.

Desperdicio operacional.

Este tipo de derroche de recursos se da cuando los pacientes reciben el tratamiento adecuado pero a un costo superior al de otras alternativas que logran los mismos beneficios para el paciente. Un ejemplo claro de esta situación es el uso de medicamentos de marca sobre el medicamento genérico, el medicamento genérico es mucho menos costoso que el de marca comercial y aporta los mismos beneficios que el de marca ya que

Contenido

- Derroche de Recursos en Salud
- Radiografía financiera
- Indicadores sectoriales
- Actualidad normativa
- Novedades PROESA

corresponden a un mismo principio activo. En los países de la OCDE los medicamentos genéricos tiene una participación en el mercado que va desde el 10% al 80% (Luxemburgo y Reino Unido respectivamente), se recomienda a los gobiernos incentivar la entrada y utilización de medicamentos genéricos para reducir los costos del sistema.

Otra fuente de desperdicio operacional son las excesivas visitas a los servicios de urgencias y los periodos de hospitalización extensos. De los países de la OCDE, Bélgica registra una tasa del 56% de visitas inapropiadas del total a los servicios de urgencia. En el Reino Unido estas visitas inapropiadas le costaron al sistema cerca de 100 millones de libras esterlinas entre el 2011 y 2012.

Las opciones de política aquí son: rediseñar el sistema de atención primaria, creando instalaciones de cuidado intermedio; establecer guías de práctica clínica para determinar qué tipo de situaciones deben considerarse una urgencia y qué tipo de institución debe atenderla; otra medida es la reducción de las estancias prolongadas de

hospitalización dado que la evidencia muestra que incrementan la tasa de complicación de los pacientes.

Desperdicio relacionado a la gobernanza del regulador del sistema.

El documento sugiere que aunque los costos administrativos del sistema son necesarios pueden ser reducidos. Las estadísticas de la OCDE señalan que el promedio de gastos administrativos para los países de esta organización es 3% del gasto total en salud. Este tipo de gasto es de especial interés porque no repercute en el estado de salud de los pacientes. Por ejemplo, es posible reducirlo simplificando procesos administrativos, haciendo un mejor uso de tecnologías de información, revisando procedimientos duplicados y hallando el tamaño eficiente del equipo administrativo.

Adicionalmente están los gastos causados por la corrupción y el fraude, por ejemplo, la doble afiliación de pacientes, reclamos fraudulentos, mal uso y desvío de los recursos, colusión entre proveedores para encarecer servicios, entre otros. Frente a este tema, una encuesta de la OCDE señala que el 30% de los ciudadanos de

los países miembros considera el sector como corrupto o extremadamente corrupto. Un estudio anual, citado en el informe, hecho en 7 países de la misma organización muestra que el valor del fraude y el desperdicio se sitúa en promedio en un 6% del gasto total en salud, oscilando entre 3% y 8%, dependiendo del país.

La correcta identificación de “desperdicios” es muy importante en el contexto en el que los sistemas de salud demandan cada vez más recursos y estos son cada vez más escasos. La identificación de las ineficiencias en el gasto de salud permitiría tomar acciones para destinar los recursos malgastados en servicios que mejoren el estado de salud de los usuarios del sistema. Por otra parte atacar este tipo “derroche” para garantizar la sostenibilidad de los sistemas es un objetivo más práctico y alcanzable que realizar reformas estructurales o de rediseño de todo el sistema de salud.

¹OECD (2017), *Tackling Wasteful Spending on Health*, OECD Publishing, Paris. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264266414-en>

Radiografía financiera

(Esta sección es tomada de nuestra publicación del mismo nombre)

El Ministerio de Salud fijó los requisitos financieros de capital mínimo, patrimonio adecuado e inversión de las reservas técnicas para las EPS de ambos regímenes en 2014 (Decreto 2702, que modificó el decreto 574 de 2007). Para aquellas que no lo cumplieran a 2015, se dio un plazo de 10 años para constituirlo, exigiéndose que para ese primer año, deberían contar con al menos el 10% del cubrimiento del defecto a junio 30 de 2015, así como el deterioro adicional que se hubiera generado posterior a su medición.

El seguimiento más reciente a este indicador muestra que de acuerdo a lo reportado por las EPS a la Supersalud, el patrimonio adecuado o también conocido como margen de solvencia, mostró resultados negativos durante el año 2015, con un defecto de solvencia de 5,5 billones de pesos.

Aunque los datos agregados reflejan resultados negativos, 13 EPS cumplieron con el margen de solvencia, 5 correspondientes al RS (Comfaorient, Confacundi, CCF Sucre, Convida, Coosalud) y 8 al RC (Cafesalud, Ferrocarriles, Aliansalud, Sura, Sanitas, Salud Total, Famisanar y Nueva EPS).

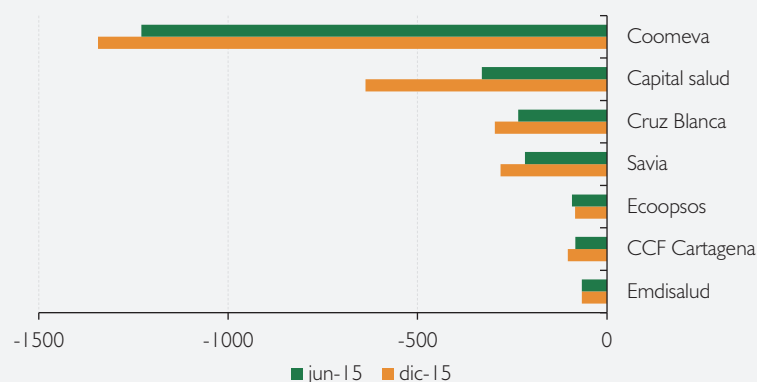
Similarmemente, aunque las EPS Capresoca, Comfacor, Comparta y SOS capitalizaron recursos, estos fueron insuficientes para cumplir lo estipulado. Otras EPS como Emdisalud, CCF Cartagena, Ecoopsos, Savia, Cruz Blanca, Capital Salud y Coomeva no cumplieron con el margen de solvencia de 10% establecido en el periodo de transición. Finalmente, las EPS Ambuq, Mutual Ser, Asmet, Emssanar y Salud vida se encontraban en proceso de auditoría, por lo que no se concluyó cuál es su condición frente al indicador.

TABLA 1 Margen de Solvencia de las EPS, cifras en miles de millones de pesos.

Rubro	Junio 2015	Diciembre 2015
Pérdidas acumuladas	-2.388	-2.433
Pérdidas del ejercicio en curso	-1.630	-2.142
Otros efectos patrimoniales	479	1.015
Requerimiento Solvencia	1.795	1.939
Total Resultado (5)	-5.333	-5.499

Fuente: Superintendencia Nacional de Salud

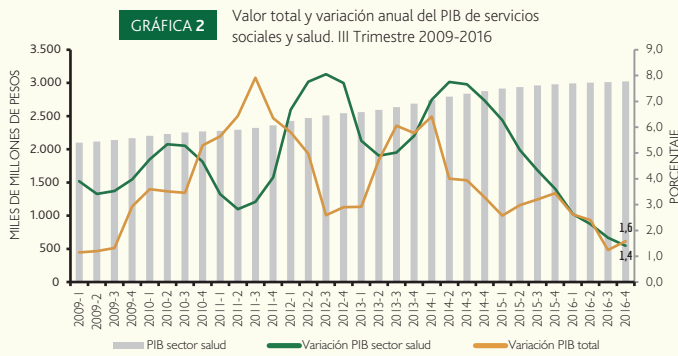
GRÁFICA 1 EPS que incumplieron margen de solvencia del primer año (miles de millones)



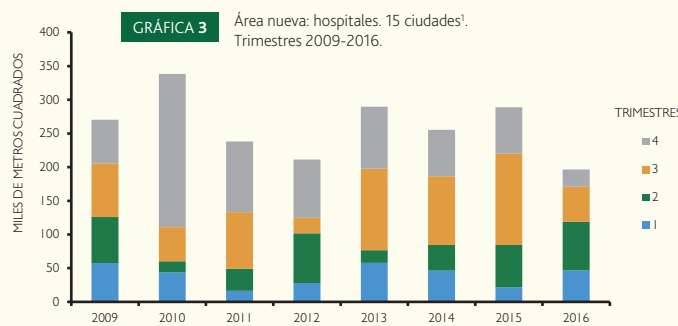
Fuente: Superintendencia Nacional de Salud

Indicadores sectoriales

¿Cómo van los principales indicadores del sector? A continuación resumimos el comportamiento de las principales variables publicadas por el DANE.

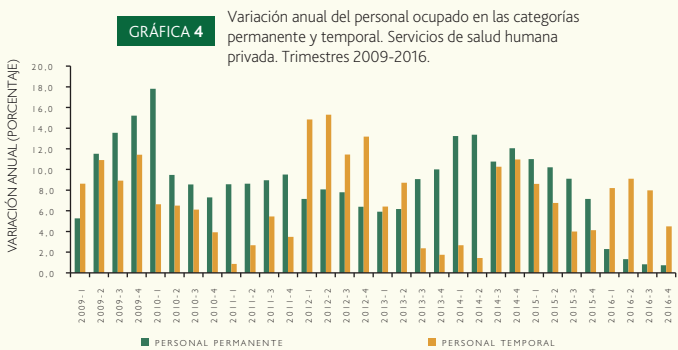


Fuente: DANE, Cuentas Nacionales.

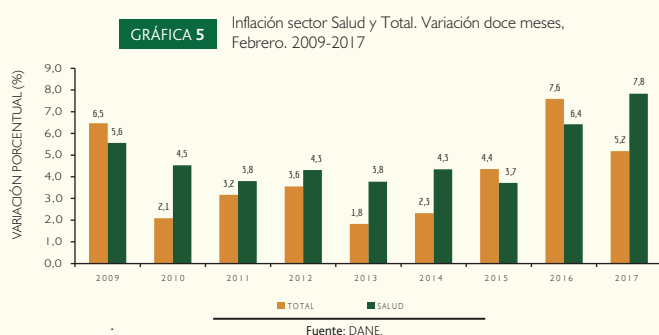


¹ Bogotá, Medellín, Cali, Barranquilla, Bucaramanga, Pereira, Armenia, Cartagena, Ibagué, Cúcuta, Manizales, Villavicencio, Neiva, Pasto y Popayán.

Fuente: DANE, Censo de Edificaciones.



Fuente: DANE, Muestra Trimestral de Servicios.



Fuente: DANE.

Valor agregado: En el IV trimestre del año 2016, el PIB del sector salud creció 1.4%, en relación con igual período del año anterior, variación inferior al crecimiento agregado de la economía (1.6%), si bien, superior a la registrada por el producto del sector servicios (0.9%). Durante el 2016, solamente en el III trimestre el sector salud registró un crecimiento superior al de la economía.

Construcción: El área nueva destinada para la construcción de hospitales sumó 25,494 metros cuadrados durante el cuarto trimestre del 2016, lo que constituye una reducción de 62.8% en el área aprobada con igual destino, respecto del mismo período del año anterior (68,540 metros cuadrados). El área nueva construida durante el 2016 fue inferior en un 31.9% en relación con el total registrado durante el año inmediatamente anterior.

Empleo: De acuerdo con la Muestra Trimestral de Servicios (MTS) en el cuarto trimestre del 2016, el volumen de personal ocupado del sector salud humana privada creció 1.6% frente a igual trimestre del año anterior, crecimiento significativamente superior al total nacional (0.4%), reportado por la GEIH. En este período el empleo permanente en el sector salud creció 0.7% y el empleo temporal varió un 4.5%, respecto al mismo trimestre del año 2015. Los resultados del cuarto período fueron los más bajos reportados durante el año 2016.

Inflación: La inflación al consumidor acumulada en los últimos doce meses, febrero a febrero, para todos los grupos de gasto, fue de 5.2%. El gasto en salud, por su parte, registró la mayor variación en el nivel general de precios en este período (7.8%), superando o igualando la inflación registrada por los demás grupos de gastos: educación (7.5%), comunicaciones (7.8%) y otros gastos (7.8%). A diferencia de lo observado en los doce meses inmediatamente anteriores, la inflación causada del sector salud fue superior al incremento del nivel general de precios de la economía.

Actualidad Normativa

La Ley 1822 de 2017 modificó el código sustantivo del trabajo para que toda trabajadora en estado de embarazo tenga derecho a una licencia remunerada de dieciocho (18) semanas a partir del parto. Ninguna trabajadora podrá ser despedida por motivo de embarazo o lactancia sin autorización previa del Ministerio de Trabajo que avale una justa causa. De igual manera, el esposo o compañero tendrá derecho a ocho (8) días hábiles de licencia remunerada de paternidad.

El Decreto 294 de 2017 modifica lo relacionado con las condiciones para el aseguramiento en salud de los miembros de las Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia (FARC-EP), durante su permanencia en Puntos de Pre-Agrupamiento Temporal, Zonas Veredales y Puntos Transitorios de Normalización. Durante el proceso de salida de los miembros de estas zonas se hace necesario, en aras de garantizar el derecho fundamental a la salud, definir estas condiciones de aseguramiento en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como la inclusión de los menores de edad niños, niñas y adolescentes hijos de los integrantes de las FARC-EP.

Actualidad Normativa

Por medio de la Resolución 574 de 2017 se establecen las condiciones para culminar de manera satisfactoria ante el FOSYGA o quien haga sus veces el proceso de cierre y aclaración de temas relacionados con el proceso integral de giro y compensación, recobros por medicamentos y procedimientos No POS, programas de promoción y prevención, conciliación de cuentas de recaudo, saneamiento de aportes patronales, entre otros. Las Entidades Promotoras de Salud (EPS), las Entidades Obligadas a Compensar (EOC) y las Cajas de Compensación Familiar que administran el Régimen Subsidiado, e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) que se encuentren en proceso de liquidación, están sujetas a cumplir las anteriores disposiciones.

La Resolución 4244 de 2015 ha sido modificada por la Resolución 493 de 2017, permitiendo a los recobrantes y reclamantes hacer precisiones sobre los requisitos para el trámite y pago de los recobros y reclamaciones que hayan sido auditadas por el FOSYGA. Con esta se busca que la medida de reconocimiento y pago a cargo del FOSYGA sea efectiva y permita el flujo oportuno y ágil de los recursos al Sistema General de Seguridad Social en Salud para asegurar la sostenibilidad financiera.

Novedades PROESA

Publicaciones recientes

Revistas científicas

Disseminating Public Data as Public Use Files: What Makes a Successful Initiative? Autores: Sergio I. Prada, Lina Martínez. *International Journal of Public Administration*. Enero 2017.

Documentos PROESA:

- Gobernabilidad y Gobierno Corporativo en el Sector Salud: Revisión de Literatura. Autor: Julián Benavides. Documento PROESA # 14.
- Capital requirements of health insurers under different risk-adjusted capitation payments. Autores: Álvaro Riascos, Natalia Serna y Ramiro Guerrero. Documentos PROESA # 13.

- Young Latino Children Obesity: The Importance of Socioeconomic Status, Home Language, TV Watching, and Physical Activity. Autores: Claudia L. Galindo y Sergio I. Prada. Documentos PROESA # 12

Noticias PROESA

Charla en la Universidad Icesi sobre los efectos de la pensión no contributiva colombiana sobre el uso de los servicios de salud y atención médica

El Departamento de Economía y PROESA presentaron el 21 de Marzo en el espacio Charlas de Economía, la charla "The effects of the Colombian non-contributory pension (Adulto Mayor) on health and healthcare service use", a cargo del Dr. Philipp Hessel, Profesor asociado de la Universidad de los Andes.

PROESA presente en el VII International Symposium On HAI and AMS: Sharing Common Goals.

Sergio I. Prada, estuvo presente en el VII International Symposium On HAI and AMS: Sharing Common Goals como moderador del panel: "Antimicrobial Stewardship: From Theory to Practice". Este evento se realizó entre el 15 y 17 de Marzo por la Corporación Cideim y se llevó a cabo en el Hotel Intercontinental de Cali.

El Centro de Estudios en Protección Social y Economía de la Salud - PROESA de la Universidad Icesi renovó su sitio web

Con la actualización de la imagen del sitio web, PROESA refresca su imagen para sus usuarios. Visita el sitio en www.icesi.edu.co/proesa/es/

Blog PROESA

- El mercado laboral del sector salud según DATLAS. Enero 2017.
- El experimento más grande: Columna para el periódico El Mundo. Marzo 2017.

Acerca de PROESA

PROESA es un centro de estudios en economía de la salud fundado por la Universidad Icesi y la Fundación Valle del Lili. Hace investigación de alta calidad y genera evidencia relevante para la orientación de las políticas públicas en protección social y economía de la salud a nivel nacional e internacional.



Comité Editorial: Asistente Editorial:

Ramiro Guerrero Ana Melissa Pérez

Sergio I. Prada **Diseño y**

Yuri Takeuchi **diagramación:**

Victoria E. Soto Natalia Caicedo C.

Redacción: PROESA

Sergio I. Prada

Manuel A. Salinas

Ana Melissa Pérez

Johan Sebastian Loaiza

Sharon Cáceres



Centro de Estudios en Protección Social y Economía de la Salud
 Universidad Icesi · Fundación Valle del Lili

Calle 18 No - 122-135

Universidad Icesi - Oficina B 102

Teléfono: +57(2) 321-20-92

Cali - Colombia

www.icesi.edu.co/proesa

Encuétranos en



@centro_proesa



www.facebook.com/ProesaCali

Ve todas nuestras publicaciones en:
www.proesa.org.co