

Cuestión Salud

ISSN: 2256-5787

Publicación trimestral - Año 1 - Número 00. Cali, julio de 2012

La vida después de la unificación del POS

Unificar los planes de beneficios entre el régimen subsidiado y el contributivo fue una meta del sistema de salud durante 20 años. La ley 100 estableció un plan con menos procedimientos para los afiliados subsidiados, y prometió que éste se igualaría en 2001 al de los afiliados que contribuyen, lo cual tardó 12 años más.

En 2011 el gobierno unificó los planes para los mayores de 60 años y en julio de 2012 para el resto de afiliados. La medida debe simplificar la atención de los pacientes del régimen subsidiado. Antes tenían que acudir a la secretaría de salud si requerían un servicio no-POS y a la EPS si el servicio estaba en su plan. Ahora la EPS responde por todo.

La unificación resolvió una inequidad histórica pero hizo visibles otros problemas. En primer lugar está la forma diferente como se pagan los servicios en el régimen contributivo y en el subsidiado. En el primero las EPS reciben una asignación que depende del riesgo del afiliado. En 2012 el pago por una persona mayor de 75 años es \$2.158.738 anuales y para un niño entre 5 y 14 es \$184.280. Tiene sentido ajustar los pagos por riesgo para aproximar los costos reales de afiliar cada persona y neutralizar los incentivos a rechazar personas mayores, por ejemplo.

En el régimen subsidiado, en cambio, el sistema paga una suma igual para todos los afiliados. Dicha suma, conocida como unidad de pago por capitación o UPC, quedó en



\$445.479 anuales después de la igualación del POS. Es un valor promedio nacional, después de considerar los factores de ajuste que se aplican en grandes ciudades y zonas apartadas, y la población afiliada en cada zona. Si bien representa un aumento de 23% en el gasto per cápita en el régimen subsidiado frente al valor vigente el día antes de la unificación, y de 43% frente al vigente en 2011, la UPC del régimen subsidiado sigue siendo menor a la del contributivo, que es de \$611.458 en promedio (después de aplicar factores de ajuste geográficos).

Parte de la diferencia se explica por el hecho de que la población del régimen subsidiado tiende a ser más joven en promedio, por la mayor fecundidad, y no está tan concentrada como la del contributivo en las grandes ciudades donde los servicios son más costosos. Si se aplicara la UPC del contributivo (con sus ajustes por edad, sexo y ubicación) a la

Presentación

Nos complace presentar la primera edición de Cuestión Salud, una publicación trimestral que da a conocer los estudios de PROESA sobre economía de la salud y políticas del sector, y comenta temas selectos de actualidad. Cuestión Salud busca dar una visión panorámica de los estudios que produce PROESA, y complementa otras publicaciones que se ocupan de temas específicos, las cuales aparecen en las series "Políticas en breve" y "Documentos de trabajo". Con estas publicaciones queremos aportar, desde la economía de la salud, al entendimiento de los problemas del sector y sus soluciones, y hacerlo con objetividad y rigor.

población del régimen subsidiado, el pago promedio sería 9% menor (\$556.444 al año) sólo por efecto de la demografía y la geografía.

Sin embargo, después de ajustar por lo anterior, sigue habiendo una diferencia de \$110.996 en la UPC anual entre regímenes. Dada la población afiliada esto respresenta cerca de \$2,5 billones al año (0,4% del PIB).

Aumentar la asignación monetaria, sin embargo, no necesariamente se traduce en mayor volumen de servicios (más médicos, más cirugías, etc...). Aumentar la oferta toma tiempo. Al unificar los planes deberá necesariamente aumentar el volumen de servicios prestado por hospitales públicos. Por ley las EPS del régimen subsidiado deben contratar al menos el 60% del valor de los servicios con prestadores públicos. En 2011 ya estaban muy cerca de ese mínimo, lo cual quiere decir que de los recursos adicionales que llegan al régimen subsidiado por efecto de la unificación del POS no menos del 60% se debe destinar a los prestadores del sector público.

En este punto resulta interesante consultar los datos del Sistema de Información Hospitalaria (SIHO), que registra la producción de todos los hospitales públicos, para saber a qué velocidad ha evolucionado la oferta de servicios en el pasado. Los ingresos de los hospitales públicos, medidos

en pesos constantes, han aumentado cerca de 4% al año durante los últimos cinco años. La capacidad instalada no ha crecido en la misma proporción. El número de hospitales públicos es casi el mismo en 2011 que en 2006, el número de consultorios creció al 3% anual y el número de quirófanos cayó. La producción muestra un cuadro mixto, con un estancamiento en las consultas, partos y egresos, y un aumento en la productividad para cirugías y exámenes de laboratorio.

Nunca se ha observado, sin embargo, un aumento real de la UPC de más del 43% de un momento a otro, como el que se dio entre el 31 de diciembre de 2011 y el 1 de julio de este año. Resulta difícil que la oferta se incremente en la misma proporción y a la misma velocidad, pues hay cuellos de botella no sólo de infraestructura sino también de recursos humanos. En estas condiciones puede haber algo de inflación, o excedentes financieros excesivos en EPS que operan en algunas zonas apartadas, aún habiendo déficits en grandes ciudades.

La unificación de los planes también pone en evidencia las imperfecciones de los ajustes que se aplican en ambos regímenes según la ubicación de los afiliados. Ocurre que hay grandes diferencias en la utilización de servicios según la zona. Por

ejemplo, en la Encuesta de Calidad de Vida de 2011 el 5.88% de las personas de la zona rural reporta haberse hospitalizado en el último año, mientras que en la zona urbana la proporción es de 7.28%. Mientras en Vaupés hay 8 camas por cada 10.000 habitantes, en Bogotá hay 17, de acuerdo con el registro de prestadores. También hay diferencias en los precios de los servicios según la ciudad y la zona. Los servicios médicos de alta tecnología, que suelen ser los más costosos, se concentran en las grandes ciudades y la gente que los requiere se desplaza hasta éstas. Cuando se trata de padecimientos crónicos la gente puede trasladar incluso su ciudad de afiliación.

Las formulas actuales de la UPC dan cuenta de las diferencias geográficas de manera aún imperfecta. Es plausible que el valor actual de la UPC del régimen subsidiado sea insuficiente en regiones con grandes ciudades, pero no lo sea en otras.

Un problema central del sistema que no desaparecerá con la unificación de los planes es la existencia del "no POS": aquellos servicios no incluidos en el plan ahora unificado que se ordenan por tuteladas o comités de excepciones. Normalmente se prestan de antemano y las correspondientes cuentas médicas se legalizan a posteriori a través de recobros, pero no todas cumplen los criterios para ser reembolsadas. Esto ha llevado a una espiral de pérdidas (a veces no reconocidas) y deudas que sigue amenazando la estabilidad financiera del sistema.

Lejos de dejar la sensación de una meta cumplida, la unificación del POS ha convertido en urgentes otros problemas del sistema que antes no eran tan visibles: i) aumentar la oferta de servicios en el sector público a la velocidad que se requiere, ii) distribuir mejor los recursos humanos y la tecnología médica a través de la geografía nacional, y iii) mejorar las fórmulas con las que se calcula la UPC (y en particular su ajuste geográfico). Y deja sin resolver el no-POS, el principal desequilibrio financiero del sistema.

Indicadores selectos de hospitales públicos

	2002	2006	2011	Variación promedio anual 2006-2011
Capacidad instalada (unidades)				
Camas de hospitalización	25.251	24.947	26.577	1,30%
Consultorios de consulta externa	6.134	8.174	9.496	3,00%
Salas de quirófanos	810	764	592	-5,00%
Producción de servicios (unidades)				
Consultas de medicina general	24.321.587	37.295.016	39.101.554	1,00%
Partos	440.097	414.112	322.459	-4,90%
Total egresos	1.617.366	1.738.524	1.777.877	0,40%
Cirugías (sin cesáreas)	665.216	829.228	1.068.461	5,20%
Exámenes de laboratorio	24.670.321	38.383.879	52.199.375	6,30%
Ingresos (en millones de \$ constantes de 2011)				
Ingresos corrientes	5.064.816	6.735.775	8.155.717	3,90%

(Fuente: SIHO)

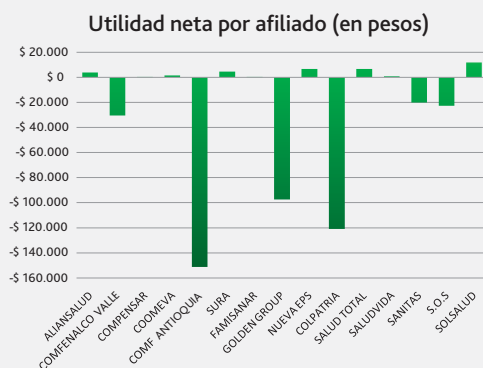
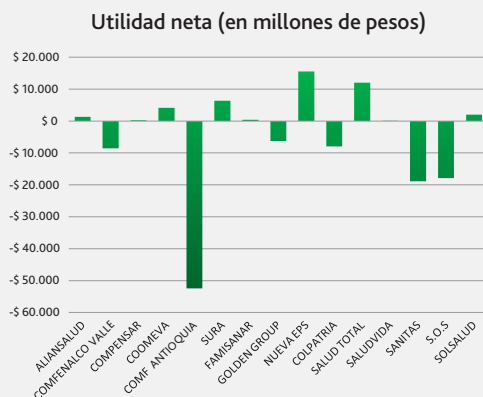
Radiografía financiera

En esta sección presentamos algunos apartes de nuestro reporte periódico "Radiografía financiera". Se basa en los estados financieros de 18 de las 22 EPS del contributivo para 2011, el periodo más reciente para el cual la Superintendencia de Salud ha publicado información contable, excluyendo las EPS del grupo Saludcoop, cuya contabilidad está en revisión. En el agregado estas 18 EPS registraron ingresos por \$11.1 billones en 2011, de los cuales \$7,7 billones corresponden a UPC y \$2,2 billones a recobros al FOSYGA.

Las 18 EPS el arrojaron en el agregado una pérdida operacional de \$153.000 millones el año pasado, y una pérdida neta de \$84.000 millones. 9 de las 18 registraron pérdidas netas. La pérdida agregada equivale al 16% del patrimonio. Las EPS del contributivo perdieron en 2011, en promedio, \$5.800 por afiliado.

Las 18 EPS registran activos por \$3.6 billones de pesos. Los activos fijos sólo representan el 3% del activo. Las inversiones el 11%. Las cuentas por cobrar al FOSYGA equivalen a 2,3 billones, 55% del activo total. Registran pasivos por \$3.1 billones de los cuales 12% son obligaciones financieras. Reportan cuentas por pagar a proveedores por 1,3 billones de pesos. El patrimonio de las 18 EPS es de \$500.000 millones. Obsérvese que sólo las cuentas por cobrar al FOSYGA equivalen a 4 veces el patrimonio.

Sólo 38 de 48 EPS del régimen subsidiado han reportado sus estados financieros de 2011 a la Superintendencia de Salud. Estas 38 registraron ingresos por UPC por \$5.7 billones, e ingresos totales por \$6,5 billones. En el agregado registran pérdidas netas por medio billón de pesos.



18 EPS del Régimen Contributivo Principales cuentas del balance 2011

Millones de pesos	
Activo	
Inversiones	\$ 410.834
Cuentas por Cobrar FOSYGA Pendientes de Radicar	\$ 675.014
Cuentas por Cobrar FOSYGA Radicadas	\$.613.230
Provisiones de Cartera	\$ (361.336)
Inventarios	\$ 119.417
Activo Fijo (Propiedades planta y equipo)	\$ 117.297
Activo Total	\$ 3.607.778
Pasivo	
Obligaciones Financieras	\$ 369.169
Reservas Técnicas (incluye facturas por pagar a IPS)	\$ 1.715.750
Pasivo Total	\$ 3.104.481
Patrimonio	
Patrimonio Total	\$ 503.297

Actualidad normativa

El decreto 1464 del 5 de julio de 2012 establece que cuando haya aumentos en la UPC las EPS deberán hacer un ajuste proporcional en el valor reconocido a las IPS. Se exceptúa la parte del aumento de la UPC que corresponde a la inclusión de nuevos servicios al POS.

El decreto anti trámites de enero de 2012, el cual tiene fuerza de ley, contiene 26 artículos relacionados con salud. Uno de ellos busca pagar cuentas de recobro presentadas por las EPS y cuyo pago estaba bloqueado por haberlas presentado muy tarde. La ley establece un término de 6 meses para presentarlas, el cual se amplió a un año con la ley anti trámites. En el presupuesto de FOSYGA de 2012 hay previstos \$379.000 millones para pago de recobros con "extemporaneidad" que se deben liberar por haber ampliado el término.

El nuevo decreto-ley también simplifica la reclamación de los hospitales por accidentes cubiertos por el SOAT. Antes tenían que acudir a FOSYGA si la cuenta superaba ciertos montos, ahora la totalidad del trámite se hace ante a la compañía de seguros.

El decreto 1080 del 23 de mayo de 2012 establece un procedimiento especial para el pago de deudas de entidades territoriales con EPS del régimen subsidiado por servicios prestados hasta el 31 de marzo de 2011. El 1 de abril de 2011 entró a regir el giro directo, mediante el cual el gobierno central gira los recursos a las EPS del subsidiado a nombre de las entidades territoriales, con lo cual se espera agilizar el flujo de recursos.

Novedades PROESA

Nuevo Investigador

Le damos la bienvenida a Sergio Prada quien se vinculó a partir del primero de junio como investigador. Es economista de la Universidad Javeriana, con maestrías en Economía del Medio Ambiente y los Recursos Naturales (título conjunto Universidad de los Andes y la Universidad de Maryland), y en Administración Pública (Universidad de Syracuse) y Ph.D. en Políticas Públicas (Universidad de Maryland). Ha trabajado en Colombia como Investigador de Fedesarrollo, del CEGA, consultor para el D.N.P. y el Ministerio de Hacienda, y como Director Ejecutivo de CRECE. En los Estados Unidos hizo pasantías en la Escuela de Medicina de la Universidad de Maryland, fue consultor para el BID y el Banco Mundial. Trabajó también como Investigador Asociado para el grupo de Salud de IMPAQ International, desarrollando proyectos de investigación y consultoría para los Centros de Servicios de Medicaid y Medicare.



Publicaciones recientes

Documentos de Trabajo PROESA

THE INCOMPLETE SYMPHONY: THE REFORM OF COLOMBIA'S HEALTHCARE SYSTEM. Dov Chernichovsky, Ramiro Guerrero y Gabriel Martínez. Documentos PROESA No.1. Mayo de 2012.

DISEÑO Y REFORMA DEL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD EN COLOMBIA. Ramiro Guerrero y Thomas Bossert. Documentos PROESA No.2. Mayo de 2012.

CASE STUDY: HIV/AIDS IN THE CONTEXT OF THE COLOMBIAN HEALTH CARE REFORM. Ramiro Guerrero y Héctor Castro. Documentos PROESA No.3. Julio de 2012.

Políticas en Breve

¿QUÉ INFORMACIÓN REVELAN LAS IPS COLOMBIANAS EN SUS PÁGINAS WEB? Boletín No. 1. Julio de 2012.

¿QUÉ INFORMACIÓN REVELAN LAS EPS COLOMBIANAS EN SUS PÁGINAS WEB? Boletín No. 2. Julio de 2012.

Artículos en revistas científicas:

LEVEL-I TRAUMA CENTER EFFECTS ON RETURN-TO-WORK OUTCOMES. Prada, S., Salkever, D. y MacKenzie, E. Evaluation Review. Volumen 36, No. 2, pp 133-164. Estados Unidos. Abril 2012.

SISTEMA DE SALUD DE COLOMBIA. Guerrero, R., Gallego, A., Becerril, V., Vásquez, J. Salud Pública de México. Volumen 53, Suplemento 2. México. Febrero 2011.

COBERTURA EFECTIVA DE LAS INTERVENCIONES EN SALUD DE AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: MÉTRICA PARA EVALUAR LOS SISTEMAS DE SALUD. Martínez, S., Carrasquilla, G., Guerrero, R., Castro, V., et al. Salud Pública de México. Volumen 53, Suplemento 2. México. Abril 2011.

MANAGEMENT OF DIABETES AND ASSOCIATED CARDIOVASCULAR RISK FACTORS IN SEVEN COUNTRIES: A COMPARISON OF DATA FROM NATIONAL HEALTH EXAMINATION SURVEYS. Gakidou, E., Mallinger, L., Guerrero, R., Villalpando, S., et al. Bulletin of the World Health Organization. Volumen 89. Estados Unidos. Noviembre 2011.

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:

Ramiro Guerrero
Sergio Prada
Dov Chernichovsky
Héctor Castro
Yuri Takeuchi

Redacción: PROESA

Asistente Editorial:

Vanessa Ospina
Diana I. Osorio

Diseño y diagramación:

Gustavo Andrés Álvarez

Impresión:

Velásquez Digital

Curso Costo Efectividad de Medicamentos y Procedimientos en Salud

PROESA y la Universidad Icesi ofrecen el curso Costo Efectividad de Medicamentos y Procedimientos en Salud. Está dirigido a profesionales y especialistas en salud, administradores de servicios de salud y economistas interesados en aprender las técnicas de evaluación de proyectos y costo beneficio al sector salud.

Más información en nuestra página web.

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



Calle 18 No - 122-135,
Universidad Icesi - Oficina B 102
Teléfono: +57(2) 321-20-92
Cali - Colombia

www.proesa.org.co