

Cuestión Salud

ISSN: 2256-5787

Publicación trimestral - Año 2 - Número 01. Cali, septiembre de 2013

La otra reforma

Veinte años han transcurrido desde la aprobación de la ley 100 de 1993 que reformó la seguridad social en salud, y veinticinco años desde que se inició el proceso de descentralización territorial con el decreto 77 de 1987, y posteriormente con las leyes 10 de 1990 y 60 de 1993. En momentos en que el país discute un rediseño institucional de la seguridad social en salud establecida por la ley 100, conviene también repensar a fondo la descentralización.

El avance del país en materia de cobertura de los servicios de salud y protección financiera ha sido bien documentado, como lo muestra la exposición de motivos de la propuesta de reforma de la ley ordinaria de salud. Un ejemplo es la tasa de mortalidad infantil (TMI), que pasó de 20.4 en 2005 a 18.4 en 2010 según cifras del DANE, o la esperanza de vida al nacer que en 2012 era de 73.9 años según el informe de desarrollo humano de las Naciones Unidas y que sitúa a Colombia país entre los países de "alto desarrollo humano". No obstante, estos indicadores agregados esconden altísimas diferencias a nivel regional. Por ejemplo la TMI en 2010 era 44 en Chocó y 13 en Quindío.

Esta inequidad ha generado una gran insatisfacción con la operatividad del sistema y generado presión política para su rediseño institucional. Repensar la asignación de funciones en el sistema de salud no se puede hacer en abstracto, sino



teniendo en cuenta el rol de las entidades territoriales. Aquí se concentran importantes problemas operativos, de capacidad institucional y de rendición de cuentas.

Los críticos de la descentralización territorial argumentan que esta fragmentó modelos de atención, en particular, en programas de salud pública (v.gr. Malaria y Tuberculosis). La transformación de hospitales públicos en Empresas Sociales del Estado autónomas que se sostienen mediante la venta de servicios sigue siendo problemática después de años de reestructuraciones. En la parte operativa, el régimen subsidiado funciona como un mundo aparte del contributivo, y la movilidad de las personas entre un régimen y otro es fuente de problemas. Hay debilidad institucional en muchas EPS del subsidiado, al punto de que en algunas partes del país este régimen languidece por sustracción de materia (falta de EPS). Parte del problema está en que la ley asigna a las entidades territoriales múltiples roles potencialmente contradictorios entre sí: financiación, afiliación, prestación,

aseguramiento inspección, vigilancia y control. Muchas funciones se han municipalizado sin consultar la capacidad institucional de los municipios pequeños, o la escala óptima para el desempeño de la respectiva función.

Replantear la descentralización en salud pasa por darle una mayor especialización funcional a los departamentos, distritos, municipios grandes y pequeños. Exige, además, lograr un

Contenido

- La otra reforma
- Crisis con crecimiento
- Actualidad Normativa
- Radiografía financiera
- Novedades PROESA

equilibrio entre la asignación de funciones a las diferentes entidades territoriales y actores, y la capacidad de éstos para ejercerlas. Este balance se debe complementar con unos canales claros para la rendición de cuentas de cada cual por las funciones asignadas.

PROESA con el apoyo de Fedesarrollo a través del Premio Germán Botero de los Ríos se encuentra investigando alternativas de política pública para identificar posibles cambios en el diseño institucional que mejoren el funcionamiento del sistema de salud y su interacción con los diferentes niveles de gobierno. Los resultados del estudio serán publicados en el segundo semestre del presente año.

Crísis con crecimiento

El sector salud sigue en una situación paradójica: al tiempo que los actores del sector viven una situación de iliquidez apremiante, la demanda de servicios y la inversión siguen creciendo a un ritmo saludable. Hacemos a continuación un recuento de los principales indicadores producidos periódicamente por el DANE sobre el sector salud.

Valor agregado. En el primer trimestre del año, el PIB del sector servicios de salud privados creció 5.9%, duplicando el crecimiento del total de la economía con 2.8%.

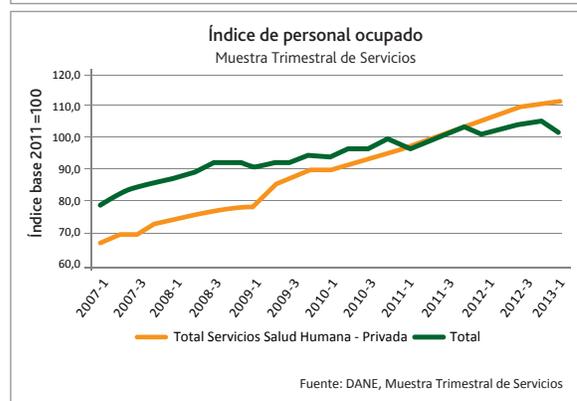
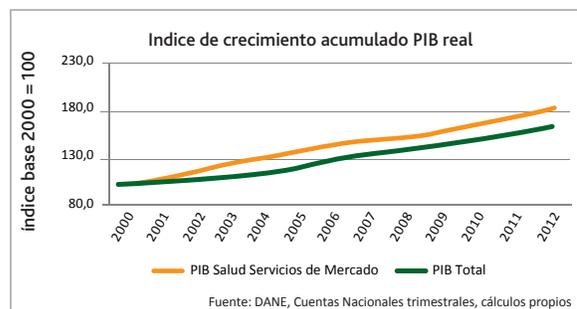
Construcción. En el primer trimestre del año, el número de metros cuadrados de área nueva destinada a hospitales duplicó el mismo indicador en 2012 (58 mil versus 28 mil) y triplicó el de 2011 (16 mil).

Ingresos operacionales. Según la Muestra Trimestral de Servicios

en el primer trimestre del año, los ingresos operacionales del sector salud humana privada crecieron el 6% con respecto al mismo trimestre de 2012, superior al 5% observado para todo el sector servicios.

Empleo. En el primer trimestre del año, el volumen de personal ocupado del sector salud humana privada creció 5.5% con respecto al mismo trimestre de 2012, en contraste con 1% observado para todo el sector servicios. Por categoría ocupacional, la tasa más alta fue 6.5% para empleo permanente.

Inflación. En los primeros seis meses del año la inflación acumulada de los bienes y servicios incluidos en la canasta familiar asociados con salud (v.gr. consulta médica, exámenes de laboratorio, medicinas, aparatos ortopédicos, etc) ya casi duplicaba el incremento general de precios, 3.2% vs. 1.7%. Es importante, sin embargo, anotar que el peso o importancia del sector salud en la canasta básica es de 2%, en contraste con alimentos (28%), vivienda (30%) y transporte (15%).



Ver indicadores sectoriales en www.proesa.org.co

Actualidad normativa

Mediante la resolución 1441 de mayo de 2013 el gobierno actualizó los estándares que deberán cumplir los prestadores de servicios de salud para habilitarse, y el procedimiento que tendrán que surtir anualmente para mantener activo su registro de habilitación. La norma aumenta de 187 a 191 las categorías de servicios, e introduce el concepto de interdependencia. Este último consiste en definir conjuntos de servicios que deben coexistir para la atención adecuada de los pacientes. También establece que la habilitación de transporte asistencial aéreo, marítimo o fluvial tendrá alcance nacional.

El gobierno publicó la circular 4 de la Comisión nacional de precios de medicamentos mediante la cual fija precios máximos para 189 medicamentos, la mayoría de ellos no POS, con base en precios observados en otros países.

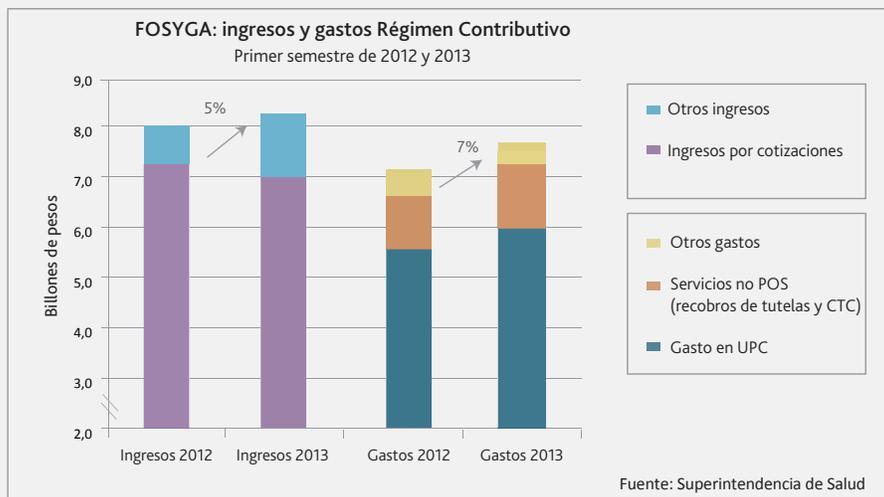
Mediante el decreto 1683 de agosto de 2013 el gobierno reglamentó la portabilidad nacional del aseguramiento.

Una vez aprobada por el congreso la ley estatutaria que regula el derecho a la salud pasó a examen de la Corte Constitucional, previo a su promulgación. Su contenido es breve y en cierta medida contradictorio. Ratifica la tutela como mecanismo para reclamar servicios. Y por otra parte permitiría al gobierno abstenerse de financiar con recursos del contribuyente las tecnologías cuyo uso no esté autorizado por el Invima, o sobre las cuales no haya evidencia de efectividad.

Radiografía financiera

Aquí presentamos apartes de nuestra publicación trimestral "Radiografía Financiera".

En el primer semestre de 2013 los gastos de FOSGYA aumentaron, mientras que los ingresos disminuyeron:



El valor de las cotizaciones ha caído este año, pese a que el artículo de la reforma tributaria que elimina parcialmente las de salud no ha entrado aún en vigencia (aplica a partir de enero de 2014). La siguiente tabla (Tabla 1) muestra los principales rubros de los estados financieros de 18 de las 21 EPS en operación del régimen contributivo que reportaron sus estados financieros de forma oportuna a Marzo de 2013, el periodo más reciente para el cual la Superintendencia de Salud ha publicado información contable.

De las 18 EPS del régimen contributivo, 11 registraron pérdida neta. Las 18 EPS reportaron activos por \$5.7 billones. Las cuentas por cobrar al FOSYGA ascienden a \$2.8 billones, lo cual equivale al 48.1% del activo total agregado del régimen contributivo.

El pasivo total registrado para este período fue de \$5.1 billones. El total de las reservas

Tabla 1: Régimen Contributivo (Consolidado para 18 EPS)

Estado de Pérdidas y Ganancias primer trimestre de 2012 y 2013

	Millones de pesos	
	2012	2013
Ingresos UPC	\$ 2.741.715	\$ 2.918.800
Ingresos Recobros FOSYGA	\$ 577.864	\$ 597.554
Otros Ingresos	\$ 393.002	\$ 519.464
Total Ingresos	\$ 3.712.581	\$ 4.035.819
Costos de Ventas	\$ 3.331.988	\$ 3.742.330
Gastos	\$ 376.046	\$ 339.185
Utilidad Operacional	\$ -21.414	\$ -38.837
Utilidad	\$ 4.546	\$ -45.696

Fuente: Superintendencia de Salud

técnicas (incluyendo las facturas por pagar a las IPS) es de \$2.9 billones lo que corresponde al 57.2% del pasivo total. Además, las obligaciones financieras suman \$536.645 millones que representan el 10.4% del total. El patrimonio agregado de las 18 EPS que reportaron información asciende a los \$694.892 millones.

Al realizar la comparación del balance general para el primer trimestre del año 2013 con el mismo período del año 2012, se encuentra que el pasivo ha aumentado, principalmente por las reservas técnicas, mientras que el patrimonio total ha disminuido.

Tabla 2: Régimen Subsidiado (Consolidado para 37 EPS)

Estado de Pérdidas y Ganancias 2013

	Millones de pesos
Ingresos UPC	\$ 2.903.286
Otros ingresos	\$ 207.843
Ingresos Totales	\$ 3.111.129
Costos de Ventas	\$ 2.537.824
Gastos	\$ 519.252
Utilidad Operacional	\$ 341.807
Utilidad Neta	\$ 145.464

Fuente: Superintendencia de Salud

En el agregado de 37 EPS del régimen subsidiado se reportaron ingresos por UPC por \$2.9 billones y una ganancia neta de \$145.464 millones. De las 37 EPS 4 presentan pérdidas netas. En el balance general agregado de las 37 se registró un activo total de \$3.6 billones. El 45% de esta cantidad corresponde a cuentas por cobrar a las Entidades Territoriales (\$1.6 billones). El pasivo total de las 37 EPS equivale a \$4.2 billones, de los cuales \$2.4 billones (57.3%) corresponden a cuentas por pagar a proveedores. En el agregado del régimen subsidiado se presentó un patrimonio negativo de \$593.984 millones.

Novedades PROESA

PROESA, en asociación con el Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) de la universidad de Washington, continúa realizando para Colombia el proyecto "Access, Bottlenecks, Costs and Equity". El objetivo es caracterizar y medir las estructuras de costos de la prestación de servicios de salud y los determinantes del acceso a los mismos. A la fecha se han visitado 168 IPS en los departamentos de Bolívar, Cauca, Cundinamarca y Valle. El trabajo de campo finalizará en septiembre de 2013.



Sergio Prada, investigador senior de PROESA, participó en el noveno congreso de la Asociación Mundial de Economía de la Salud en Sydney, Australia, en julio pasado, donde presentó su ponencia "A systematic measurement and new evidence of the costs of providing health care in Colombia". El director de PROESA Ramiro Guerrero hizo parte del comité organizador de la conferencia Global Health Metrics and Evaluation 2013, que tuvo lugar en Seattle en junio pasado, donde presentó el trabajo "Estimating Expenditures at the Disease Level: The Case of Cancer in Colombia" sobre los costos estimados de la atención del cáncer en Colombia.



Videos de foro sobre reforma a la salud

El pasado 26 de abril de 2013 el ministerio de salud y PROESA realizaron un foro, con la asistencia del ministro Alejandro Gaviria, sobre la reforma a la salud. Vea los videos y presentaciones en la sección de eventos de www.proesa.org.co

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

Publicaciones recientes

INEQUALITIES IN NON-COMMUNICABLE DISEASES AND EFFECTIVE RESPONSES. Ezzati M., **Guerrero R.**, et al. The Lancet, Volumen 381, Issue 9866, pp 585 - 597, 16 Febrero de 2013.

MEDICARE PUBLIC USE FILES AND ALZHEIMER'S DISEASE FACTORS IN 2008 AND 2010. **Prada S.** Alzheimer's & Dementia: The Journal of the Alzheimer's Association Volume 9, Issue 4, Pages 472-474, July 2013

MEDICARE PAYMENTS: HOW MUCH DO CHRONIC CONDITIONS MATTER?. **Prada S.**, Erdem E., Haffer S. Medicare & Medicaid Research Review. 2013: Volumen 3, N° 2.

FALLAS DEL MERCADO, FALLAS DEL GOBIERNO E INCENTIVOS PERVERSOS EN EL SGSSS. **Guerrero R., Prada S.,** Lambardi L., La Friedrich Ebert Stiftung en Colombia (FESCOL).

Vea en www.proesa.org.co/publicaciones los enlaces a estos artículos.

Blog PROESA

Entradas recientes a nuestro blog:

- Anatomía de una propuesta de ley estatutaria. Junio de 2013
- Lo que el viento de la reforma se llevó. Marzo de 2013
- Premio Nobel en Economía 2012 y el sector salud. Octubre de 2012

Para más información visita <https://proesablog.wordpress.com/>

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.

II Edición Curso: Costo Efectividad de Medicamentos y Procedimientos en Salud

PROESA y la Universidad Icesi ofrecen la segunda edición del 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.



Comité Editorial:
Ramiro Guerrero
Sergio Prada
Dov Chernichovsky
Yuri Takeuchi

Redacción: PROESA

Asistente Editorial:
Manuel J. Aragón S.

Diseño y diagramación:
Raquel Muñoz Naranjo

Impresión:
Velásquez Digital



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

Encuentranos en



@centro_proesa



www.facebook.com/ProesaCali