

Fallas de Mercado, Fallas de Gobierno e Incentivos Perversos en el SGSSS

RAMIRO GUERRERO, SERGIO I. PRADA, GERMAN LAMBARD*¹

Resumen Ejecutivo

- El mercado de la salud es a su vez complejo y atípico. La complejidad proviene de la participación simultánea de varios actores entre ellos aseguradoras, prestadores (Hospitales, médicos), pacientes, farmacéuticas y el Estado. Las relaciones entre los actores del mercado están afectadas por lo que los economistas llaman “fallas de mercado” y “fallas de gobierno”. Estas “fallas” facilitan (incentivan) que alguna de las partes involucradas en las transacciones en el mercado “saque ventaja” sobre la otra.
- A nivel del sistema (SGSSS), se identifican los siguientes fallas de mercado: selección adversa, selección de riesgos, riesgo moral, riesgo sistémico por catástrofes, demanda inducida/riesgo moral del prestador, y externalidades en actividades de salud pública. El diseño del sistema de salud colombiano incluye mecanismos para contrarrestar estas fallas, sin embargo la crisis financiera del sector muestra que estos no han sido suficientes.
- Al interior del sistema, es decir, en las transacciones entre los diferentes actores se identifican múltiples fallas e incentivos perversos. En la relación Fosyga-EPS identificamos el recobro de lo no POS como el incentivo más perverso. En la relación EPS-Prestadores se identifican incentivos perversos asociados a monopolios/ monopsonios de parte de prestadores e incentivos perversos según modalidades de contratación por parte de las EPS. En la relación industria farmacéutica-SGSSS encontramos un enorme problema de falta de información. La literatura internacional identifica serios problemas de incentivos en la industria farmacéutica, entre ellos: sesgos de publicación, problemas de replicabilidad de estudios, prácticas de sobornos.
- Finalmente, se subraya como fallo de gobierno la inconsistencia del SGSSS en su principio de organización, mientras el régimen contributivo está basado en competencia regulada, el régimen subsidiado está basado en el principio político de descentralización administrativa. Esta dicotomía genera choques o duplicidades innecesarias en el sistema que deben resolverse.

- El documento consta de 7 secciones. En la primera se describen, a la luz de la teoría económica de la organización industrial, los problemas de mercado típicos del mercado de la salud. En la segunda, se discute el SGSSS como respuesta a las fallas de mercado identificadas en la literatura económica. En la tercera, se describe el flujo de fondos del SGSSS. En la cuarta, se presenta un análisis de incentivos en la relación FOSYGA-EPS. En la sexta, se presenta un análisis de incentivos en la relación EPS-Prestadores. En la sexta, se presenta un análisis de incentivos en la relación Industria Farmacéutica-SGSSS. La séptima sección concluye.

Descripción breve de algunos problemas del mercado de salud

El mercado de la salud es a la vez complejo y atípico. La complejidad proviene de la participación simultánea de varios actores entre ellos aseguradoras, prestadores (Hospitales, médicos), pacientes, farmacéuticas y el estado. El mercado es atípico por dos razones. En primer lugar porque las relaciones entre los actores del mercado están afectadas por lo que los economistas llaman “fallos de mercado”, es decir, mecanismos que previenen que el mercado asigne eficientemente los recursos. Estos “fallos de mercado” facilitan que alguna de las partes involucradas en las transacciones en el mercado “saque ventaja” sobre la otra. Los Países han diseñado mecanismos públicos y privados para intentar contener estos problemas con mayor o menor suerte. El Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es precisamente uno de esos intentos. En segundo lugar, comparado con otras industrias, en el mercado de la salud existe una importante participación de entidades sin fines de lucro cuyo comportamiento frente a los incentivos económicos, a priori, puede ser muy distinto a una entidad con

ánimo de lucro. El objetivo de esta sección es describir brevemente y selectivamente algunos de estos “fallos de mercado” que moldean la industria y proporcionar alguna evidencia empírica (principalmente internacional) sobre sus efectos en términos de precios y calidad del servicio.

Fallos de Mercado

Si bien existen varios fallos de mercado, sólo nos concentraremos en aquellos que consideramos más importantes a la hora de analizar el mercado de la salud: el problema de poder de mercado y los problemas de información asimétrica (riesgo moral y selección adversa). En la medida que corresponda daremos algunos ejemplos asociados a cuatro importantes relaciones entre actores del mercado: Aseguradoras-Prestadoras, Aseguradoras-Asegurados, Prestadora-Pacientes y Hospitales-Médicos.

Poder de Mercado

El poder de mercado suele estar asociado a la poca competencia entre vendedores o compradores en un mercado. La presencia de vendedores con poder de mercado (por ejemplo clínicas en una ciudad) permite a las empresas subir el precio generando niveles de utilización de los servicios de salud por debajo de lo socialmente deseable. El origen de este poder de mercado es esencialmente doble. En primer lugar, la existencia de altos costos fijos genera una barrera a la entrada de instituciones. Esto resulta claro en el contexto de ciertas instituciones prestadoras de salud: los hospitales requieren de edificios y equipos costosos. En segundo lugar, la multiplicidad de características de los servicios de salud (real o percibida) hace de estos un bien heterogéneo. Las aseguradoras y prestadoras explotan la naturaleza heterogénea de los servicios de salud, para ofrecer productos diferenciados y eludir la competencia directa entre ellas. De esta manera la presencia, por ejemplo,

de varias aseguradoras en una ciudad no necesariamente garantiza un entorno de competencia ya que ellas pueden no estar compitiendo por los mismos asegurados.

El poder de mercado del lado de los compradores (por ejemplo la presencia de pocas aseguradora en una ciudad que compra servicios a varios prestadores) genera efectos similares. Esto permite a las empresas pagar un precio más bajo generando niveles de producción de servicios de salud por debajo de lo socialmente deseable. La evidencia empírica¹ parece respaldar la idea que el poder de mercado por parte de aseguradoras y hospitales reduce el salario de médicos y enfermeras.

Los intentos por controlar el poder de mercado regulando el precio suelen aportar soluciones parciales ya que las empresas pueden alterar otras variables bajo su control, como la calidad del servicio, fijándolas en niveles debajo de lo socialmente deseable. En el contexto de productos diferenciados la calidad suele ser una variable más "opaca" y por lo tanto más difícil de controlar.

Desde el punto de vista teórico los efectos de una reducción de la competencia sobre variables como precio y calidad del servicio son inciertos. La integración horizontal (por ejemplo la fusión de dos aseguradoras) puede generar simultáneamente reducciones de costos por ganancias de eficiencia para la nueva empresa integrada pero al mismo tiempo puede aumentar el poder de mercado y la habilidad de incrementar el margen que cobra sobre estos menores costos. El efecto neto es por lo tanto incierto. Un fenómeno similar ocurre con la integración vertical: la compra de un hospital por parte de una aseguradora puede mejorar la coordinación y puede reducir el sobreuso². Al mismo tiempo puede aumentar el poder de mercado de la aseguradora integrada al excluir el uso del hospital por parte de otras aseguradoras.

La evidencia empírica sobre los efectos de la competencia es menos ambigua³. Las fusiones (horizontales) entre hospitales rivales en mercados concentrados usualmente suben el precio y no parecen generar grandes reducciones en costos. Asimismo, la mayor competencia en contextos donde los precios están fijados administrativamente tiende a aumentar la calidad. Sin embargo, los resultados asociados con la integración vertical son menos claros y no parece existir evidencia robusta de efectos anticompetitivos.

La evidencia empírica también parece sugerir que los efectos de la competencia se ven sustancialmente reducidos cuando existen altos costos de búsqueda de información y cuanto más difícil es para los asegurados cambiarse de plan. La existencia de una gran variedad de planes de salud puede afectar negativamente el proceso de decisión de los potenciales asegurados al generar una "sobrecarga" de información en los consumidores. Solo los consumidores más jóvenes y educados parecen invertir tiempo en la búsqueda de información para la elección de planes.

Información Asimétrica: Riesgo Moral.

El riesgo moral se refiere a situaciones en las que un lado del mercado (vendedores o compradores) no puede observar (o solo puede observar imperfectamente) las **acciones** del otro. Estas acciones redundan en un incremento de los beneficios de un lado del mercado a costa del que no posee información. Dado que en el mercado de la salud a veces resulta difícil verificar la naturaleza exacta de la enfermedad y su tratamiento asociado esto genera múltiples problemas de riesgo moral en la relación asegurado-aseguradora y paciente-medico.

En la relación asegurado-aseguradora, por ejemplo, dado que la aseguradora no conoce con certeza el estado de salud del asegurado, este tiene incentivos a sobre utilizar el seguro (por ejemplo al solicitar exámenes innecesarios) dado que sólo paga una fracción del costo del servicio. Los copagos, las autorizaciones y los límites de las pólizas intentan controlar este problema. En la relación prestador-paciente la asimetría de información lleva al fenómeno de la "demanda inducida": ante tratamientos alternativos el prestador puede, por ejemplo, ordenar aquel sobre el cual obtenga un margen más alto aunque resulte innecesariamente costoso en términos monetarios o en efectos secundarios para el paciente. La revisión y la necesidad de autorización por parte de la aseguradora puede, en algunos casos, reducir este conflicto de intereses entre el prestador y el paciente.

La evidencia empírica confirma la reducción del uso de los servicios de salud cuando aumenta el copago pero la magnitud de la reducción en el uso varía ampliamente entre los estudios. Los efectos en el estado de salud del asegurado no son concluyentes a excepción de aquellos individuos pobres e inicialmente enfermos donde existe un deterioro de la salud ante el copago. Por otra parte la evidencia empírica sobre "demanda inducida" es poco concluyente.

Información Asimétrica: Selección Adversa y Selección de Riesgos

La selección adversa se refiere a situaciones en las que un lado del mercado (vendedores o compradores) no puede observar (o sólo puede observar imperfectamente) las **características** del otro. Los potenciales asegurados, por ejemplo, pueden tener mayor información sobre su estado de salud que la aseguradora. Si la aseguradora intenta fijar sus primas en función del estado de salud promedio de la población puede que solo los individuos más riesgosos

tomen el seguro. El problema se potencia si la aseguradora intenta subir las primas, ya que eso reduciría aun más la participación de los individuos más saludables.

Las aseguradoras usualmente implementan varias estrategias para intentar reducir el problema de información asimétrica como excluir la cobertura ante enfermedades preexistentes o requerir un tiempo mínimo de espera antes de cubrir ciertos servicios. También es posible diseñar un menú de seguros diferenciados que permita descubrir el riesgo implícito de los asegurados. Este menú de contratos, sin embargo, implicará necesariamente niveles de cobertura para ciertos grupos por debajo de lo socialmente deseable.

El estado puede, en parte, corregir los problemas de selección adversa al obligar a la totalidad de la población a adquirir un seguro (potencialmente subsidiando a parte de la población). Esta solución, sin embargo, es parcial ya que las aseguradoras pueden incurrir en prácticas de selección de riesgo. Si la aseguradora recibe un pago asociado a un riesgo promedio, esta tiene incentivos a "filtrar" a los posibles asegurados intentado quedarse solo con los menos riesgosos (o más saludables), es decir, aquellos cuyas demanda de servicios esperada es más baja. Aun si estos pagos están ajustados por riesgos, es posible que la variabilidad de riesgo dentro de cada grupo sea todavía lo suficientemente grande como para que sea rentable "filtrar" a los asegurados.

La evidencia empírica internacional parece indicar que la discriminación de precios en contra de los más riesgosos es menor de lo que la teoría predice. Esto parece indicar cierta efectividad en las regulaciones que desalientan este tipo de discriminación. La evidencia⁴ sobre selección de riesgos es más importante, sin embargo el uso de esta estrategia parece estar declinando en mercados de Estados Unidos.

Instituciones sin fines de lucro.

En el debate público sobre el mercado de salud se suele argumentar que la presencia de actores sin fines de lucro puede reducir los efectos negativos de las fallas de mercado. Se presume, por ejemplo, que si las empresas no desean maximizar sus ganancias entonces no intentarán sacar provecho de las asimetrías de información o explotar su poder de mercado. El problema, sin embargo, es que no resulta claro cuál es el comportamiento a esperar de una empresa sin fines del lucro. Poder anticipar el comportamiento de estas instituciones es una cuestión es de suma relevancia a la hora de diseñar políticas para el sector. Existen varias hipótesis al respecto, que van desde asumir que se comportan como una empresa con fines de lucro hasta asumir que desean maximizar el bienestar de la comunidad. La evidencia empírica⁵ internacional sugiere que no existen diferencias muy grandes entre el comportamiento de las empresas privadas con fines de lucro y aquellas sin fines de lucro. Esto otorga relevancia al análisis de los fallos de mercado y a las políticas que intentan contener sus efectos negativos.

Fallos de Gobierno

“Muy grande para dejarlo fallar” y los salvamentos garantizados

La crisis financiera de 2008 en los Estados Unidos puso de relieve un problema de incentivos a nivel macro en las economías de mercado. Denominado en inglés “too big to fail”, esta expresión se refiere al poder político y de desestabilización económica y social que adquiere un sector en la economía, cuando es lo suficientemente grande, es decir, cuando es fundamental en la vida diaria de cualquier individuo de la sociedad. Las entidades privadas que participan en estos sectores tienen incentivos a tomar más riesgos financieros (a extraer mas

rentas) de los que podrían tomar en otros contextos, debido a que siempre existirá un garante de última instancia (el gobierno) que vendrá a rescatar financieramente al sector. El Sector Salud, debido al derecho fundamental a la salud consagrado en la Constitución, es sujeto de este fallo de gobierno.

EL SGSSS como respuesta a fallas de mercado

El diseño institucional del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) responde en buena medida a las fallas de mercado que se observan en el aseguramiento y prestación de servicios de salud.

Ante la posible selección adversa, que llevaría a la población más sana a preferir no asegurarse, el sistema establece que la afiliación es universal y obligatoria. Frente a la posible selección de riesgos por parte de las aseguradoras, que las llevaría a preferir no afiliar a las personas más costosas, el sistema prohíbe rechazar solicitudes de afiliación y además establece ajustes por riesgo a la Unidad de Pago por Capitalización (UPC). Así, por ejemplo, la UPC anual para afiliados mayores de 75 años es de \$2.158.000, y para niños entre 5 y 14 años es de \$184.000. Adicionalmente, existe la Cuenta de Alto Costo que compensa a las aseguradoras con mayor concentración de pacientes de ciertas patologías costosas, como la enfermedad renal crónica.

El riesgo moral alude al comportamiento de los asegurados, que por el hecho de estar cubiertos se cuidan menos o asumen mayores riesgos. Como lo anotan Cutler y Zeckhauser (1997)⁶, este problema no tiene por qué darse en salud, puesto que la enfermedad es de por sí indeseable, lo cual hace que la persona tema perder su salud así todos los costos estén cubiertos. En la literatura también se usa el término riesgo moral para indicar que las personas

aseguradas, al no tener que asumir el costo marginal de los servicios que consumen, sobre-utilizan los servicios. Las cuotas moderadoras y copagos del SGSSS buscan racionalizar la demanda, y tienen unos topes asociados al ingreso de las personas cuyo propósito es evitar que sean barreras al acceso a servicios necesarios, y las poblaciones de menores ingresos están exentas.

Uno factor que puede desequilibrar el mercado de seguros en salud es el advenimiento de hechos catastróficos, como desastres naturales, que generan súbitas demandas de atención por fuera de los parámetros normales. Ante esta posible falla el SGSSS establece una cuenta especial de aseguramiento público para la atención de tales eventos excepcionales.

Al pasar del aseguramiento a la prestación de servicios se encuentra, entre las fallas de mercado, a la inducción de demanda, también conocida como riesgo moral del prestador. Dado que un tercero (el asegurador) asume los costos, el prestador puede ordenar más servicios de los necesarios. Cuando el médico o el prestador se remuneran por evento (fee for service) su ingreso es mayor cuando se ordena más servicios, independiente de si son necesarios. El SGSSS, sin embargo, está basado en la contratación selectiva de prestadores por parte de los aseguradores, en la cual hay una negociación previa, y puede haber además revisión de utilización por parte del pagador. Hay, además, un plan de beneficios explícito que busca establecer cuáles son los servicios necesarios que se pagan con cargo al SGSSS. En principio, el contenido de dicho plan debe ser limitado.

Mercado	Falla de mercado	Respuesta institucional
Aseguramiento	Selección adversa	<ul style="list-style-type: none"> • Afiliación universal y obligatoria.
Aseguramiento	Selección de riesgos	<ul style="list-style-type: none"> • Prohibición de rechazar solicitudes de afiliación. • Ajuste por riesgo de la UPC. • Redistribución de recursos ex post mediante la cuenta de alto costo.
Aseguramiento	Riesgo moral	<ul style="list-style-type: none"> • Cuotas moderadores y copagos.
Aseguramiento	Riesgo sistémico por catástrofes	<ul style="list-style-type: none"> • Cuenta de eventos catastróficos y accidentes de tránsito (ECAT).
Prestación de servicios	Demanda inducida / riesgo moral del prestador	<ul style="list-style-type: none"> • Autorización previa de servicios (salvo urgencias). • Revisión de utilización. • Plan de beneficios con límites explícitos.
Prestación de servicios	Externalidades en actividades de salud pública	<ul style="list-style-type: none"> • Programas verticales (e.g. inmunizaciones) • UPC de promoción y prevención • Plan de atención básica

En la prestación de servicios también se dan externalidades. Éstas se dan cuando una acción o transacción entre dos partes afecta positiva o negativamente a un tercero. Por ejemplo, cuando muchas personas en una comunidad se vacunan, se benefician otras personas así no se vacunen. Estas externalidades dan en el control de enfermedades contagiosas y, sobre todo, en actividades de salud pública que tienen una base comunitaria o territorial. Ante esto, el SGSSS estableció un plan de atención básica, diferente del POS y a cargo de los alcaldes, para las actividades de salud pública. Para las actividades de promoción y prevención a cargo de las EPS estableció una UPC aparte –la UPC de PyP⁷–, que en principio debería financiarlas. Además existen programas, como el de vacunación, cuyo manejo se hace centralmente desde el gobierno nacional, aunque EPS e IPS participan en su implementación.

Estas respuestas institucionales varían en su grado de efectividad. Con la afiliación universal y la unificación de los planes de beneficios la selección adversa ha dejado de ser un problema. Sin embargo, subsisten poblaciones con capacidad de pago cuya afiliación está siendo subsidiada. Subsiste algo de selección de riesgos pese a los mecanismos establecidos para contra-restarla. Dichos mecanismos se deben perfeccionar. Aún así, hay que tener en cuenta que aún en los países con los mejores mecanismos de ajuste de riesgo este problema logra reducirse, mas no eliminarse del todo. Los mecanismos asociados al riesgo moral, como la revisión de utilización, causan tensiones entre pagadores y prestadores, y no siempre conducen a resultados que estén en el interés colectivo del sistema. La vigencia del plan de beneficios entra en contradicción con órdenes judiciales. Las actividades de salud pública y prevención no tienen la prioridad que deberían tener.

En resumen, las respuestas institucionales logran contrarrestar las fallas de mercado

de manera parcial. Algunos de estos remedios, a su vez, pueden contribuir a crear problemas adicionales. En la quinta sección vemos los incentivos que subsisten en las principales etapas de la cadena de valor en el actual diseño institucional del SGSSS.

Recursos en el SGSSS

En esta sección presentamos algunas cifras descriptivas para entender el tamaño del sector. Iniciamos con cifras macro en relación con el volumen de recursos financieros del sistema, seguimos con el número de EPS e IPS y finalizamos con algunas cifras del mercado farmacéutico.

Cifras macro del sector

En 2011, de acuerdo con un estudio de Fedesarrollo⁸, los recursos destinados al sector salud ascendieron a 45 billones de pesos (precios constantes de 2010), lo que equivale a un 8.3% del PIB. De estos \$45 billones, \$23 billones provinieron de cotizaciones laborales y otras fuentes administradas por el Fosyga⁹, \$8 billones del Presupuesto General de la Nación y \$6.5 billones de gasto de bolsillo. Según la misma fuente, 54% de los recursos en 2010 provinieron de recursos público, 19.5% de recursos privados y 26.5% de las cotizaciones obligatorias al sistema.

¿De qué universos estamos hablando: EPS e IPS?

El SGSSS tiene dos sistemas principales, el régimen contributivo (RC) y el régimen subsidiado (RS), y unos sistemas excepcionales. El RC y el RS afilian cerca de 42 millones de colombianos. En el régimen contributivo se encuentran operando 24 entidades y en el régimen subsidiado 48 (Tablas 1 y 2 en el anexo estadístico) de acuerdo con datos de afiliación tomados de la Base de Datos Única de Afiliados (BDUA).

Por su parte el universo de prestadores de acuerdo con el Registro Especial de Prestadores de Salud (REPS) de Febrero de 2012 ascendía a 39,165: de los cuales 9,885 se identificaban como Instituciones – IPS, 28,173 como Profesionales Independientes, 301 como Transporte Especial de Pacientes y 805 como entidades con un Objeto Social Diferente a la Prestación (i.e., Consultorios Psicológicos, Consultorios Universitarios, Fundaciones, etc). Entre las Instituciones IPS, la naturaleza jurídica predominante es privada con un 89% (8,774 instituciones), mientras que por definición todos los profesionales independientes se catalogan como privados.

De la anterior descripción se desprende dos implicaciones para el análisis. Una, las EPS son un grupo relativamente homogéneo, más regulado y pequeño, de tal forma que los incentivos aplican de una manera más general a todas las que pertenecen a un mismo régimen. Dos, el universo de prestadores es heterogéneo, menos regulado y muy amplio en números, de tal forma que los incentivos y motivaciones serán más difíciles de generalizar para este grupo.

Tamaño del Mercado Farmacéutico

En Colombia, de acuerdo con la Asociación de Laboratorios Farmacéuticos de Investigación y Desarrollo (AFIDRO) la distribución de medicamentos se realiza a través de 2 canales o mercados: el **Institucional** (distribución que se realiza a través del Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS) y el **Comercial** (distribución en puntos de venta como droguerías, cadenas, etc.).

De acuerdo con la misma fuente “Actualmente el país cuenta con información estadística certera para el canal comercial, a través de la auditoría que realiza la firma IMS Colombia”.

De igual forma AFIDRO afirma que “Sobre el canal institucional no se cuenta con información precisa y actualizada, sin embargo, este canal cada día toma más fuerza no solo para la Industria Farmacéutica sino para todos los actores del sector salud, los cuales lo estiman en un 40% del mercado total.”¹⁰

Mercado Comercial

El tamaño del mercado comercial fue de 3.5 billones en 2009 y se estima que en 2011 creció a 4 billones. El mercado comercial privado se divide a su vez en Mercado de Prescripción (Rx) y Mercado OTC¹¹. El mercado Rx en 2011 alcanzó 2.56 billones y el mercado OTC 1.43 billones. Según el mismo estudio, las tasas de crecimiento de estos dos mercados fueron 5.8% y 9.1% respectivamente frente a 2010.

La distribución de este mercado (facturación) es dominada por los laboratorios de investigación (51%), seguidos de las nacionales (45%) y las multilaterales (4%) (Brasil, Chile, México y Argentina).

Los medicamentos OTC que más peso tienen en la facturación total de 2011 fueron: leches infantiles (11.6%), analgésicos o antipiréticos (10.1%), emolientes y protectores (8.6%), y suplementos dietéticos (5.6%).

Por su parte, los medicamentos Rx que más peso tienen en la facturación total de 2011 son: hormonas anticonceptivas (7%), anti-reumáticos no esteroides (5.1%), leches infantiles (3.8%) y antiulcerosos (3.2%).

En 2011 en el mercado privado participaron 377 laboratorios farmacéuticos, alrededor de 150 distribuidores, según la firma IMS, y casi 20.000 farmacias (cálculos de Asocoldro).

Mercado Institucional:

Según AFIDRO este podría representar un 40% del mercado comercial, lo que equivaldría a unos 1.6 billones en 2011.

Incentivos y Macroprocesos

El diseño del SGSSS definió actores y roles. Sin pérdida de generalidad, y con el fin de ordenar el análisis de incentivos que sigue, identificamos tres grandes macroprocesos o macrorelaciones:

- La relación FOSYGA-EPS
- La relación EPS-Proveedores
- La relación Industria Farmacéutica-SGSSS

Análisis de incentivos en la relación FOSYGA-EPS

Consideramos en esta sección las formas de delimitar la cobertura de los seguros. A partir de estos conceptos, y de un análisis de los incentivos implícitos en los esquemas de recobro (en comparación con el reaseguro), se analizan los incentivos de la relación FOSYGA-EPS.

Formas de delimitar la cobertura de un seguro¹²:

Hay tres maneras de definir la cobertura de un seguro médico: por el origen del riesgo, por el valor de los servicios o por procedimientos médicos definidos.

Seguros cuya cobertura está definida por su origen son, por ejemplo, el SOAT (que cubre atención médica por accidentes de tránsito) y el de riesgos profesionales (que cubre accidentes y enfermedades causadas por el trabajo).

Existen también seguros comerciales de salud cuya cobertura se define por el valor de los servicios. En ellos hay tres compo-

nentes: el deducible, el co-aseguro, y el límite. Sólo puede haber reclamaciones por encima del deducible. Del valor que exceda el deducible la aseguradora asume el X% (el porcentaje coaseguro) y el cliente paga el resto. Hay un límite, en valor, por encima del cual el cliente (o paciente) asume el 100%.

La cobertura de un seguro de salud también puede estar delimitada por un listado de servicios, medicamentos y procedimientos. Puede ser una lista positiva, o una lista negativa. En una lista positiva, sólo los ítems explícitamente incluidos se consideran cubiertos. Todo lo demás se entiende excluido. La lista negativa funciona al contrario: los ítems de la lista se entienden excluidos, y todo lo demás se considera incluido.

Las compañías de seguros, a su vez, pueden ceder parte del riesgo a reaseguradoras. Los esquemas de reaseguro se pueden diseñar de acuerdo al valor de los servicios: la aseguradora paga un deducible por encima del cual hay un co-aseguro de la reaseguradora, y un límite. En esta forma del seguro "de segundo piso" la relación entre la aseguradora y la re-aseguradora es análoga al que hay entre el asegurado o afiliado y la compañía de seguros. En principio, también es posible diseñar un reaseguro cuya cobertura se defina por procedimientos o servicios médicos.

Los seguros de salud pueden combinar varias formas de delimitar la cobertura. En seguros comerciales voluntarios tiende a predominar la cobertura definida por valores, a la cual se puede adicionar una lista de exclusiones (por ejemplo, pre-existencias o procedimientos médicos explícitamente excluidos).

A su vez, los seguros públicos tienden a apoyarse más en listas de procedimientos para delimitar la cobertura. Miremos por ejemplo cómo es el POS en Colombia. Los copagos y las cuotas moderadoras son

análogos a un deducible, cuyo valor está acotado y es relativamente bajo. De ahí en adelante hay un co-aseguro del 100% (la EPS asume todo y el afiliado nada). No hay límite en el valor de la cobertura. Ésta se limita por tecnologías, mediante una lista positiva de procedimientos y medicamentos incluidos (el POS). También tiene una breve lista negativa de tipos de procedimientos que se excluyen (por ejemplo, cosméticos). Ahora bien, los jueces de tutela y los Comités Técnico Científicos pueden ordenar la prestación de servicios no cubiertos por el POS. En esos casos la EPS debe pagar la cuenta médica y enviarla al FOSYGA para su reembolso.

Análisis de incentivos

En el contexto de los seguros privados voluntarios, definidos por el valor de los servicios, se observa lo siguiente:

- Las aseguradoras no tienen un incentivo fuerte a controlar las tarifas o la utilización de servicios. Encuentran más fácil subir las primas el año siguiente que negociar hacia abajo las tarifas de los médicos y proveedores de medicamentos, o controlar la utilización de servicios.
- El paciente no se preocupa mucho por las tarifas del médico, porque está co-asegurado (no asume la totalidad del costo marginal del servicio).
- El asegurador no se preocupa mucho por las tecnologías que se prestan. Si aparece, por ejemplo, un medicamento muy caro, el asegurador lo asume pero sigue estando protegido por el límite de cobertura (en valor) de la póliza. En la vigencia siguiente el asegurador tiene la opción de adicionar el medicamento a la lista de exclusiones (lista negativa) o ajustar la prima hacia arriba.

En Estados Unidos las primas de seguros en salud, para poblaciones de riesgo comparable, han subido más rápido que la inflación

durante décadas. Muchos autores atribuyen esta inflación a los incentivos implícitos en los esquemas de seguros.

En el caso del POS, las EPS no tienen la capacidad de fijar la prima o de incrementarla, ni de decidir qué servicios y procedimientos cubre o excluyen (el regulador toma ambas decisiones). Analizamos a continuación cuáles serían los incentivos para todas las partes, si no existieran servicios no-POS ordenados por tutelas y CTC:

- Las EPS tienen un incentivo fuerte a negociar hacia abajo las tarifas con los médicos y prestadores, así como a controlar la utilización de servicios.
- Al afiliado no le preocupan las tarifas del prestador, ya que el deducible es relativamente bajo y el co-aseguro es del 100% (la EPS asume todo el valor de los servicios POS).
- Para la EPS, el efecto de incluir en el POS tecnologías médicas, depende de si éstas son más caras o más baratas en comparación con la tecnología anterior. Si son más caras el efecto sobre las finanzas de la EPS será adverso (sobre todo si no se ajusta la UPC).
- Sin embargo, también hay tecnologías que son menos costosas frente a lo usado anteriormente, con iguales o mejores resultados en salud, las cuales se denominan tecnologías dominantes. Si no existiera la posibilidad de recobrar, las EPS tendrían un incentivo a cubrir tecnologías dominantes, así no estén ordenadas en el POS, pues ahorran recursos.
- En ausencia de CTC y tutelas, los procedimientos no-POS estarían enteramente a cargo del paciente. La EPS no se preocuparía por las tarifas o la utilización, pero sí el afiliado.

Los eventos no-POS, ordenados por tutelas y comités técnico científicos (CTC), sin embargo, alteran los incentivos y desestabilizan financieramente al sistema de salud.

- Entre 2005 y 2010 el valor que FOSYGA pagó por recobros se multiplicó por 5 y superó los 2 billones de pesos anuales.
- En 2010 los recobros ocasionaron un déficit en la cuenta de compensación de FOSYGA, de donde se pagan en su mayoría.
- Pese a los controles de precios recientes, el valor pagado en recobros sigue siendo del orden de 2 billones de pesos anuales.
- La auditoría de los recobros es costosa y ha sido problemática. Hay un porcentaje de glosa importante, valores muy grandes en discusión entre FOSYGA y las EPS, y discrepancias contables entre uno y otras.
- Las EPS del contributivo, en el agregado, registran cuentas por cobrar al FOSYGA del orden de 2 billones de pesos, cuatro veces más que su patrimonio.
- El 45% de los recobros son por eventos de menos de \$100.000. Casi que vale más la auditoría y el costo administrativo que las cuentas reclamadas.

Observamos ahora lo que ocurre con estos incentivos en presencia de servicios no-POS. Mediante el recobro, FOSYGA ofrece a las EPS, de facto, un reaseguro para los eventos no POS, con las siguientes características.

- No hay deducible a cargo de la EPS.
- El coaseguro es del 100%. FOSYGA paga la totalidad de la cuenta.
- No hay límite a la cobertura, ni en valor ni por tipo de servicio.
- La EPS debe pagar el servicio de antemano y recibir un reembolso posterior. Si hay demoras, asume el correspondiente riesgo de liquidez. Si algunas cuentas se glosan, asume el riesgo de la pérdida correspondiente.

Bajo este esquema se configuran los siguientes incentivos:

- La EPS no tiene incentivo a negociar hacia abajo las tarifas de lo no-POS ni a controlar su utilización.
- Es indiferente la adopción de nueva tecnología. Incluso tiene un incentivo a dar procedimientos no-POS, pues sustituyen cosas del POS. Obtienen un ingreso adicional y “liberan” dinero de la UPC.
- La EPS tiene incentivo a negar tecnologías dominantes que no estén en el POS, pues tiene la posibilidad de recobrarlas.
- La única fuerza que obra en sentido contrario es el riesgo de liquidez, por posibles problemas en la auditoría y pago de los recobros.

Consideramos, finalmente, los incentivos que enfrenta el prestador en presencia de los recobros. Dado que la EPS necesita la factura pagada al prestador para recobrar, los servicios no-POS se pagan más rápido que los servicios POS. Además, la EPS no se preocupa tanto por las tarifas y la utilización. En este contexto no sería sorprendente que los servicios no-POS sean más atractivos y rentables para el prestador que los servicios POS. Estos incentivos al prestador se extienden hacia arriba a la EPS cuando está verticalmente integrada.

Análisis de Incentivos en la relación EPS-Prestadores

Esta sección se concentra en describir las fallas de mercado y los incentivos “perversos” que se presentan en el macro proceso EPS-Prestadores. Iniciamos describiendo el rol de las EPS en el sistema colombiano¹³. Luego se analizan los incentivos generados según el tipo de modalidad de prestación de servicios escogida por la EPS y termina con los incentivos asociados a la modalidad de pago definida en el contrato EPS-Prestadores.

El rol de las EPS

La característica fundamental del SGSSS de Colombia es la de ser un sistema de competencia regulada o manejada (managed competition). En teoría la competencia manejada es una estrategia de compra para obtener el máximo valor para los consumidores (asegurados). Los consumidores se agrupan libremente en diferentes entidades (EPS) y estas, actuando en su nombre, negocian los mejores productos a los mejores precios con los prestadores. Las entidades en el caso colombiano tienen a su cargo las siguientes funciones: administrar los recursos financieros, administrar un sistema de afiliación propio y reportar éste al FOSYGA, seleccionar los proveedores, definir reglas de acceso/raционamiento a estos servicios (co-pagos, tiempos de espera, etc.), y administrar el riesgo de sus afiliados. Este último punto es muy importante ya que, aunque las EPS no son aseguradoras en estricto sentido, en el SGSSS tienen funciones de manejo de riesgo (aseguramiento). No obstante, es debatible el si tienen las herramientas para hacerlo. Teóricamente la competencia manejada: (1) elimina el incentivo que tienen los prestadores de no competir vía precios, y (2) incentiva el control de gastos y la gestión del riesgo debido a que dado que los ingresos de la EPS son fijos, y por ende el riesgo financiero recae sobre ellas.

Aseguramiento a la colombiana

EL SGSSS definió dos clases de administradoras de fondos públicos que se diferencian por régimen del sistema y no por funcionalidad o por la viabilidad del modelo de competencia regulada.

En el Régimen Contributivo (RC) las personas pueden escoger libremente entre las EPS, que compiten entre sí. Los afiliados deben permanecer un año en una EPS, antes de poder cambiarse a otra de su elección. Este diseño ha sido señalado por algunos

como problemático, en particular para las actividades de Promoción y Prevención (PyP). De acuerdo con este argumento, el hecho de que los afiliados puedan cambiar de EPS genera un desincentivo para la inversión en PyP debido a la naturaleza de "maduración" de largo plazo de tal inversión (los frutos de estas inversiones sólo se producen en el largo plazo).

En el Régimen Subsidiado (RS), el sistema de competencia manejada es mucho menos claro y por ende los incentivos se tornan más complicados. Las autoridades locales se encargan de la administración de fondos públicos para el paquete del RS, así como del presupuesto para las actividades de salud pública y promoción de la salud. Mientras estas autoridades pueden realizar contratos con EPS para los beneficiarios del RS, ellos también pueden contratar servicios con proveedores directamente, de los cuales, algunos pueden ser parte de las mismas autoridades.

Como se puede ver, el SGSSS no es consistente en su principio de organización: mientras el RC está basado en competencia regulada, el RS está basado en el principio político de descentralización administrativa. Esta dicotomía genera choques o duplicidades innecesarias en el sistema, que deben resolverse.

Incentivos en la prestación de servicios según modalidad de contratación

Las EPS pueden optar por prestar los servicios de salud directamente, en sus propias instalaciones con personal asalariado. Por regulación, estas entidades pueden hacerlo hasta por el 30 por ciento del valor de los servicios. Generalmente, las EPS eligen una red de prestadores, las Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS), con base en el precio y la calidad. Sin embargo, la mayor parte de las EPS no necesariamente esco-

gen a sus prestadores basados en el precio, sino más bien por la red de prestadores de servicios. Existen medidas similares para el Régimen Especial.

Tanto las EPS públicas como las privadas pueden escoger prestadores públicos o prestadores privados para que formen parte de su red. En el RS, las EPS están obligadas a contratar cuando menos el 60 por ciento del valor de los servicios, con prestadores públicos, siempre y cuando estos cumplan determinados requisitos de calidad y capacidad de oferta.

Por otro lado, existe un sistema transitorio de prestadores públicos, que prestan servicios de atención en la salud a la población no asegurada (RE), aquella que aún no es parte del RS o RC. Este sistema está financiado principalmente por transferencias del gobierno nacional.

¿Cuáles son los incentivos en esquemas de compra basados en integración vertical?

Existen dos posiciones al respecto. Para la primera no existe conflicto de incentivos o de intereses, y defiende que la EPS es libre de prestar el servicio de la manera que mejor lo considere. Desde esta perspectiva, la integración vertical es simplemente una decisión administrativa o gerencial tomada por la EPS en aras de maximizar su beneficio.

La segunda posición, sugiere la existencia de conflictos de interés, en particular porque se rompe la lógica de competencia en la que está basado el sistema. Así, cuando la EPS tiene intereses económicos en la prestación de servicios se generan incentivos a:

- Inducir (autorizar) la prestación de aquellos servicios que dejan más ganancias para el proveedor

- Prestar, en caso de existir múltiples tratamientos para una condición, aquel de más bajo costo.

¿Cuáles son los incentivos en esquemas de compra con grupos de profesionales o IPS?

En este caso, los incentivos dependen de quien tiene el poder de mercado. Lo más importante es entender que los incentivos varían por cada combinación diagnóstico-tratamiento existente, de tal forma que en cada negociación EPS-IPS pueden co-existir incentivos en las dos direcciones:

- Si la EPS tiene poder de mercado puede fijar los precios, lo que genera el incentivo para que la IPS ahorre costos bajando la calidad del servicio;
- Si la IPS tiene poder de mercado puede fijar precios, lo que genera el incentivo a la producción de menores cantidades y, posiblemente, disminución en calidad.

¿Cuáles son los incentivos en esquemas de compra con profesionales individuales?

Los incentivos descritos anteriormente tienen sentido en la relación EPS-Prestador Individual. El poder de mercado se tipifica con más claridad de la EPS hacia los profesionales cuando el número de profesionales es amplio. En estos casos, cuando el precio de mercado de los servicios prestados es percibido como menor al valor por el prestador individual se generan incentivos a:

- Compensar ingreso, prestando más servicios en menor tiempo, en posible detrimento de la calidad,
- En tratamientos con alta discreción por parte del profesional, éste tenderá a escoger aquel más rentable para sí mismo.

Cuando el número de profesionales es bajo, el poder de mercado cambia de manos y son los profesionales individuales los que fijan las condiciones en el mercado. Esto se da en el caso colombiano. Según Ruiz y Uprimny (2012) "uno de los grandes problemas del recurso humano es la tendencia hacia la proliferación de las especialidades médicas"¹⁴. Un mayor número de subespecialistas significa un menor número de profesionales por subespecialidad generando condiciones monopólicas en cada uno de estos mercados. En estos casos, el precio de mercado de los servicios prestados es mayor al óptimo social y se generan incentivos a:

- Mantener un número bajo de entrada al mercado de nuevos especialistas por parte de los mismos especialistas.
- Limitar la competencia externa.

De igual forma, está la posibilidad de que algunos especialistas simplemente no entren al mercado del SGSSS y se dediquen a la práctica privada. La existencia de un mercado privado en el que los colombianos pueden comprar servicios de salud similares a los del POS (Medicina Prepagada) ha creado un sistema diferencial de tarifas por servicios profesionales, lo cual crea incentivos para profesionales que atienden a este mercado a minimizar o simplemente no ver pacientes a través del sistema POS.

Incentivos en la prestación de servicios según modalidad de pago

Existen tres modalidades de pago de la EPS al prestador: pagos por servicio (fee-for-service en inglés), pagos basados en grupos de diagnóstico relacionado (GDR o DRG por su sigla en inglés) y pagos por volumen. El primero consiste en un pago por unidad de servicio prestado, muy común en situaciones donde el producto es homogéneo (i.e. una profilaxis, un examen de laboratorio, etc.). El segundo consiste en pagar por un paquete de servicios dado

(un tratamiento) a un paciente que se define según el diagnóstico y otras variables tales como su edad, género, estado en que se dio de alta y la presencia de otras enfermedades. El sistema de GDR es utilizado principalmente para hospitalizaciones. El último, es un pago según el cual la EPS paga, no por unidad, sino por volumen de servicios (i.e. una jornada de vacunación a 500 niños).

¿Cuáles son los incentivos en esquemas de pago por servicio?

Se ha identificado en la literatura internacional que el pago por servicios:

- Incentiva la sobre oferta de servicios (Prestadores ordenan más procedimientos o exámenes).
- Incentiva a los profesionales a ver más pacientes y dedicarles menos tiempo, con posibles efectos en la calidad del servicio.

¿Cuáles son los incentivos en esquemas de pago por GRD?

Se ha identificado en la literatura internacional que el pago por servicios usados:

- Incentiva a los proveedores a codificar a los pacientes en los GRD más rentables (up-coding).
- Incentiva a hospitalizar pacientes ("innecesariamente") con los GRD más rentables.
- Incentiva a los proveedores a limitar la prestación de GRD no rentables (engage in under-provision).
- Incentiva a los hospitales a dar de alta antes de tiempo, lo cual potencialmente llevaría a mayores costos posteriores vía re-hospitalizaciones.
- Incentiva a los hospitales a seleccionar pacientes de bajo costo y a rechazar pacientes de alto costo.

¿Cuáles son los incentivos en esquemas de pago por volumen?

Las IPS tienen un incentivo a contratar por este mecanismo sólo aquellos servicios que pueden prestar a bajo costo.

Otras fallas de gobierno y posibles incentivos perversos en el sistema

Como falla de gobierno en Colombia, identificamos la falta de regulación en el tiempo que una EPS puede tomar para pagar a una IPS. Esta circunstancia, aunada al poder de mercado de una EPS, genera incentivos “perversos” a demorar el pago a las IPS. Como consecuencia, las IPS pueden responder con mayores reducciones de costos en la prestación de sus servicios, afectando negativamente la calidad y/o el acceso a los mismos.

Análisis de incentivos en la relación Industria Farmacéutica-SGSSS

Si algo caracteriza a la relación entre la industria farmacéutica y el SGSSS es la falta de información. Como se discutió en la cuarta sección, las cifras de tamaño de mercado son estimadas e incompletas incluso para la misma agremiación. Por este motivo no existe evidencia que permita identificar sin equívoco los incentivos que se encuentran presentes en el sistema, sin especular o caer en generalizaciones sin fundamento. Consideramos que la mejor aproximación a describir incentivos perversos que “podrían” estar operando en el sistema es resaltar aquellos que se encuentran operando en otros lugares del mundo y que han sido identificados, ya sea por los medios o por las autoridades locales.

Sesgos de publicación de resultados

De acuerdo con Ben Goldacre, médico británico y autor de libros críticos sobre la

industria farmacéutica como “Bad Science”¹⁵ y Bad Pharma: How drug Companies Mislead Doctors and Harm Patients”¹⁶. Los resultados de investigación positivos tienen una probabilidad cerca de dos veces más alta de ser publicados que aquellos resultados negativos. Este es un cáncer que afecta el centro de la medicina basada en evidencia”¹⁷. El sesgo de publicación se da por dos vías: (1) Los editores de revistas científicas tienen incentivos a publicar aquellos resultados que aumentan el prestigio y ranking de sus revistas; (2) la industria farmacéutica quién financia una buena parte de los estudios puede imponer cláusulas que limiten a los investigadores a publicar resultados sin el consentimiento de la industria. La consecuencia obvia de esto es la limitación de información o la existencia de información incompleta.

Problemas de replicabilidad

De acuerdo con el mismo autor, además de sesgos de publicación, investigadores en áreas como el Cáncer han tenido dificultades para replicar análisis publicados en revistas científicas.¹⁸

Sobornos a médicos¹⁹

Recientemente (El 7 de Agosto de 2012), la SEC (Securities and Exchange Commission) de los Estados Unidos anunció que había llegado a un acuerdo financiero por 45 millones de dólares con Pfizer. La SEC investigaba a subsidiarias de Pfizer y Wyeth de haber incurrido en prácticas de soborno de trabajadores del sector salud para incrementar el volumen de ventas de sus medicinas en países en desarrollo. El mismo día, el Departamento de Justicia (DOJ) de los Estados Unidos anunció que otra subsidiaria de Pfizer llamada Pfizer H.C.P. Corporation había llegado a un acuerdo por 15 millones de dólares. Las prácticas de corrupción tenían diferentes modalidades tales como:

- Programas de puntos que podían ser redimidos por premios.
- Programa de bonos y dinero en efectivo.

Pfizer aceptó que estos comportamientos se dieron en países como Croacia, Bulgaria, Italia, Rusia, Indonesia, Pakistán y China.

Pfizer no está solo en este escándalo; Johnson y Johnson acordó un pago de 70 millones de dólares en 2011 y aceptó prácticas de soborno a médicos europeos. Otras compañías que se encuentran en investigación y están colaborando con la SEC o el DOJ son Merck, Eli Lilly and Bristol-Myers Squibb.

Mercadeo para usos no aprobados y omisión de reportar información a las autoridades²⁰

En 2012, la compañía GlaxoSmithKline reconoció ser culpable de cargos criminales y acordó pagar 3 billones de dólares por promover medicamentos aprobados como antidepresivos para ser usados en otras terapias y por omisiones en reportar ante las autoridades de salud información sobre la seguridad de una droga popular usada en el tratamiento de la diabetes. Otras compañías involucradas en escándalos similares son Abbott Laboratories and Johnson y Johnson.

Logística hospitalaria²¹

De acuerdo con el Center for Innovation in Healthcare Logistics (CIHL) de la Universidad de Arkansas, uno de los impulsores del alarmante crecimiento de los costos de salud en los Estados Unidos es “la complejidad universal en la cadena de abastecimiento de insumos para la salud”. De acuerdo con esta misma entidad se cree que la logística del sector salud (muy concentrada en la logística hospitalaria) es una de esas áreas en las que las ineficiencias y

por ende los costos pueden ser reducidos de una manera costo-efectiva.

En 2008, el CIHL estableció una línea de base con respecto a la logística hospitalaria a partir de una encuesta aplicada a expertos norteamericanos. Dentro de los hallazgos más importantes el reporte de resultados destaca que el 42% de los encuestados ven la falta de estándares de datos como el principal reto para lograr la excelencia en la cadena de abastecimiento.

Expertos en logística hospitalaria sugieren que una de estas fallas de estándares es la falta de un sistema de código de barras (o un sistema similar) para medicinas hospitalarias. Esto acarrea dos ineficiencias: (1) el hospital se ve obligado a inventar/manejar sus propios sistemas de inventarios y códigos; (2) el hospital incurre en costos administrativos innecesarios. Un sistema como este permitiría la comparación de precios de medicamentos entre hospitales, una actividad que revelaría prácticas de discriminación de precios en la industria farmacéutica. De allí que esta industria no tenga incentivos a colaborar para que esto suceda.

Vacíos de política encontrados por el Conpes

El 30 de Agosto de 2012 se aprobó el Documento Conpes Social 155 “Política Farmacéutica Nacional”. De acuerdo con el comunicado²², y en palabras del Presidente, éste permitirá “corregir una serie de distorsiones y de situaciones que afectan la salud de los colombianos”.

De acuerdo al diagnóstico hecho por el Conpes “El problema central de la situación farmacéutica nacional es el acceso inequitativo a los medicamentos y la deficiente calidad de la atención”. Las causas y subcausas según el diagnóstico del Conpes son presentados en el siguiente cuadro:

1. Uso inadecuado e irracional de los medicamentos y deficiente calidad de la atención
 - 1.1 Prácticas inadecuadas de uso.
 - 1.2 Debilidades del recurso humano en salud (profesionales de la salud, tales como médicos prescriptores, enfermeras, farmacéuticos, técnicos y tecnólogos, formuladores de política, entre otros).
 - 1.3 Debilidades de las políticas de formación y educación continuada dirigidas al personal de salud y a la población.
 - 1.4 Monitoreo y vigilancia insuficientes de la publicidad y promoción farmacéutica.
 - 1.5 Dispersión y falta de integralidad en la prestación de los SF.
2. Uso ineficiente de los recursos financieros de la salud e inequidades en el acceso a medicamentos.
 - 2.1 Información y monitoreo deficiente en el cálculo de la UPC vs. explosión del gasto de medicamentos No POS.
 - 2.2 Debilidades en la rectoría, la vigilancia, el monitoreo y la política de precios.
 - 2.3 Debilidades en la selección de medicamentos y definición del plan de beneficios.
3. Oferta, suministro y disponibilidad insuficiente de medicamentos esenciales.
4. Ausencia de transparencia, baja calidad de la información y escaso monitoreo del mercado farmacéutico.
5. Debilidades en la rectoría y en la vigilancia.

No obstante, y como se señalaba al comienzo de este documento, el Conpes reconoce que el mayor problema es la falta de información: "No existe información que permita documentar con detalle las prácticas inadecuadas en la prescripción y el uso de medicamentos." (Pag 9, Documento Conpes Social No. 155).

Ahora bien, dentro de las prácticas inadecuadas de uso asociadas a la industria se resaltan:

- Crecimiento exagerado de utilización de medicamentos de alto costo, 600% en unidades y 847% en valor.
- Prescripción de medicamentos en indicaciones no aprobadas por el INVIMA, entre el 2 y el 30% en medicamentos recobrados. En Colombia no hay una regulación clara a este respecto.
- La reglamentación sobre recobros establece que el valor de cada medicamento no-POS será la diferencia entre el precio del medicamento no-POS recobrado y el precio del sustituto del POS, que se pretende sustituir. Esta decisión no incorpora criterios de racionalidad terapéutica y en la mayoría de situaciones puede no representar un control en el gasto público, pues el incentivo se orienta a la elección de aquel que genere la mayor diferencia. A este respec-

to, el Conpes sugiere crear “una lista explícita de homólogos elaborada con base en la evidencia y que contenga los precios de cada medicamento”.

Algunos otros datos que resaltar el diagnóstico Conpes y que pueden resultar indicativos de incentivos perversos explotados por las compañías farmacéuticas son:

- Se ha documentado que la formación (a droguistas) en el 52% de los casos proviene de cursos cortos, la mayoría (más del 75%) financiados directa o indirectamente por la industria farmacéutica.
- Análisis parciales realizados por el Consorcio Fidufosyga en 2010 sobre los valores de recobro de medicamentos no-POS encontraron importantes diferencias en los precios recobrados por las EPS, las IPS y los valores de venta reportados por los laboratorios farmacéuticos.
- En un análisis de los precios de 6 medicamentos monopólicos de alto recobro se estableció que el precio relativo de Colombia con respecto al promedio observado en América Latina es mayor en 4 medicamentos, en un rango entre 27% y 140%. Asimismo, para un conjunto de 8 medicamentos oligopólicos (menos de tres oferentes) se observó que en cinco de ellos el precio relativo en Colombia es mayor que el precio promedio de América Latina, en niveles que oscilan desde 2% y 60%.
- Con base en los precios de farmacias detallistas consolidados por IMS se observa una elevada dispersión de precios al consumidor final. A este respecto, la diferencia promedio de precios entre medicamentos de marca respecto del nivel medio de los precios de los medicamentos genéricos es de 4 a 1. Otra investigación utilizando datos de 2009, determinó que para el universo de medicamentos esenciales la relación

de precios promedio entre los de marca y el genérico más barato comparable es de 6 a 1.

Conclusiones

Las siguientes conclusiones se desprenden del análisis presentado:

- El mercado de la salud es a la vez complejo y atípico. La complejidad proviene de la participación simultánea de varios actores entre ellos aseguradoras, prestadores (Hospitales, médicos), pacientes, farmacéuticas y el estado. Esta complejidad se presenta en todos los sistemas de salud del mundo.
- El análisis económico sugiere que existen tanto fallas de mercado como fallas de gobierno. Ambas facilitan que alguna de las partes involucradas en las transacciones en el mercado “saque ventaja” sobre la otra. Estas fallas se dan en todos los niveles, a nivel macro (ej. Cómo se paga un servicio prestado) y a nivel micro (ej. Escasez de médicos especialistas).
- Los Países han diseñado mecanismos públicos y privados para intentar contener estos problemas con mayor o menor suerte. El Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es precisamente uno de esos intentos.
- Estas respuestas institucionales varían en su grado de efectividad. Con la afiliación universal y la unificación de los planes de beneficios la selección adversa ha dejado de ser un problema. Sin embargo, subsisten poblaciones con capacidad de pago cuya afiliación está siendo subsidiada. Subsiste la selección de riesgos pese a los mecanismos establecidos para contra-restarla. Dichos mecanismos se deben perfeccionar. Aún así, hay que tener en cuenta que aún en los países con los mejores mecanismos de ajuste de riesgo este problema logra reducirse, mas no eliminarse del todo.

- Los mecanismos asociados al riesgo moral, como la revisión de utilización, causan tensiones entre pagadores y prestadores, y no siempre conducen a resultados que estén en el interés colectivo del sistema. La vigencia del plan de beneficios entra en contradicción con órdenes judiciales. Las actividades de salud pública y prevención no tienen la prioridad que deberían tener.
- Se encuentra que la existencia de servicios no-POS ordenados por tutela y CTC desdibuja los incentivos originales del sistema tales como: (1) el incentivo fuerte que tendría la EPS a negociar hacia abajo las tarifas con los médicos y prestadores, así como a controlar la utilización de servicios; (2) el incentivo de la EPS a estudiar la costo-efectividad de ciertas tecnologías; (3) el incentivo de la EPS a invertir en promoción y prevención.
- La existencia de lo no-POS, del lado del prestador, configuran incentivos a facturar más, debido a que la EPS necesita la factura pagada al prestador para recobrar. Esta situación se agrava por el hecho de que los servicios no-POS se pagan más rápido que los servicios POS. Además, la EPS no se preocupa tanto por las tarifas y la utilización. Estos incentivos al prestador se extienden hacia arriba a la EPS cuando está verticalmente integrada.
- EL SGSSS definió dos clases de administradoras de fondos públicos que se diferencian por régimen del sistema y no por funcionalidad o por la viabilidad del modelo de competencia regulada. El modelo es especialmente problemático (no hay incentivos) para la provisión de servicios de salud en zonas apartadas.
- Existen pocos incentivos para que las EPS dediquen recursos a actividades de Promoción y prevención, gracias a la posibilidad que tienen los afiliados de cambiar de EPS después de un año de permanencia.
- En el régimen subsidiado, el sistema de competencia manejada es mucho menos claro y por ende los incentivos se tornan más complicados. La administración por parte de autoridades locales facilita la “captura de entidades” por parte de grupos políticos.
- En lo que respecta a la forma de pago de servicios e incentivos económicos perversos existe una amplia literatura. Los efectos se dan vía reducción de calidad o vía inducción de demanda.
- El mercado de especialistas está atomizado (muchas especialidades) y existen serios indicios de escasez, generándose cuellos de botella y extracción de rentas económicas.
- La existencia de mercados de seguros privados genera incentivos para los profesionales a limitar el número de pacientes POS atendidos o incluso a no atender tales pacientes. Esto tiene efectos en la calidad y la equidad de los servicios.
- La inexistencia de información respecto a la industria farmacéutica es una característica del sistema. Esto dificulta la formulación de diagnósticos adecuados. No obstante, las prácticas internacionales pueden dar luces de los incentivos perversos en dicha relación. A nivel internacional se han identificado casos de: (1) sesgos de publicación; (2) esquemas de sobornos a especialistas; (3) mercadeo de medicamentos para usos no aprobados; (4) y el impedir la integración de sistemas locales para aprovechar economías de escala y eficiencias otorgadas por mejoras en logística.

Los autores. Guerrero es Director Ejecutivo de PROESA, Prada es Investigador Senior de PROESA y Lambardi es profesor de Economía de la Universidad Icesi. Dirigir correspondencia a rguerrero@proesa.org.co.

Este documento de trabajo ha sido comisionado por la Friedrich Ebert Stiftung en Colombia – Fescol, con el objetivo de servir como punto de partida para la discusión de las propuestas de ley de reforma del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) en Colombia.

Notas

- 1 Para una revisión detallada se recomienda ver capítulo 20 y 27 del Handbook of Health Economics, Vol 1B y capítulo 9 del Handbook of Health Economics, Vol 2.
- 2 Para una explicación más detallada, ver capítulo 8 del Handbook of Health Economics, Vol 1A.
- 3 Para una revisión detallada se recomienda ver el capítulo 9 del Handbook of Health Economics, Vol 2 y para Colombia ver el trabajo de Jose Luis Ortiz "La estructura del mercado de los prestadores de servicios de salud y sus implicaciones en la calidad. El caso colombiano" Tesis para optar al grado de Magister en Economía de la Universidad de Los Andes, Octubre de 2011.
- 4 Para una revisión más detallada, ver capítulo 11 del Handbook of Health Economics, Vol 2.
- 5 Para una revisión más detallada, ver capítulo 21 del Handbook of Health Economics, Vol 1B.
- 6 Adverse Selection in Health insurance, NBER Working paper No. 6107.
- 7 Promoción y Prevención
- 8 Nuñez, Zapata, Castañeda, Fonseca y Ramírez (2012). "La Sostenibilidad Financiera del Sistema de Salud Colombiano". Fundación Suramericana.
- 9 Fondo de Solidaridad y Garantía
- 10 La Industria en Cifras: Mercado Farmacéutico Colombiano. Disponible en: <http://www.afi-dro.com/noticias.php?idsec=17> [Última visita: Nov 23 de 2012].
- 11 OTC es la sigla en inglés para "Over the Counter". Este mercado se refiere al tipo de medicamentos que se venden sin prescripción médica.
- 12 Esta sección se basa en: Guerrero y Bossert, "Diseño y reforma del Plan Obligatorio de Salud en Colombia", Documentos PROESA #2, 2012.
- 13 El número de EPS e IPS fue discutido en la sección 4
- 14 Ruiz, F. y M. Uprimny (2012). Sistema de salud y aseguramiento social: entre la reforma estructural y el ajuste regulatorio. ECOE Ediciones. ISBN 978-958-648-786-3. Página 179.
- 15 Ben Goldacre (2009). Bad Science. Harper Perennial. ISBN: 978-0007284870
- 16 Ben Goldacre (2012). Bad Pharma: How drug companies mislead doctors and harm patients. Fourth Estate. ISBN: 978-0007350742.
- 17 en el análisis de Erick H. Turner y colegas. Erick H. Turner et al. "Selective Publication of Antidepressant Trials and Its Influence on Apparent Efficacy". New England Journal of Medicine 2008; 358:252-260 January 17, 2008 DOI: 10.1056/NEJMsa065779
- 18 Begley y Ellis (2012). "Drug development: Raise standards for preclinical cancer research" Nature 483, 531–533, (29 March 2012) doi:10.1038/483531a
- 19 <http://www.nytimes.com/2012/08/08/business/pfizer-settles-us-charges-of-overseas-bribery.html>
- 20 <http://www.nytimes.com/2012/07/03/business/glaxosmithkline-agrees-to-pay-3-billion-in-fraud-settlement.html?pagewanted=all>
- 21 http://cihl.uark.edu/The_State_of_Healthcare_Logistics_July_2009.pdf
- 22 <http://www.dnp.gov.co/LinkClick.aspx?fileticket=I354jJ4x3xQ%3D&tabid=1157>

ANEXO

Tabla 1 Afiliación por entidad Régimen Contributivo a Diciembre de 2011

Código Entidad	Nombre Entidad	Afiliados (#)	%
EAS016	Empresas Publicas De Medellin-Departamento Medico	12,744	0.06 %
EAS027	Fondo De Pasivo Social De Los Ferrocarriles Nales	51,146	0.26 %
EPS001	Aliansalud Entidad Promotora De Salud S.A.	341,783	1.74 %
EPS002	Salud Total S.A. E.P.S.	1,749,147	8.91 %
EPS003	Cafesalud E.P.S. S.A.	787,835	4.02 %
EPS005	E.P.S. Sanitas S.A.	959,067	4.89 %
EPS008	Compensar E.P.S.	791,973	4.04 %
EPS009	Eps Programa Comfenalco Antioquia	366,378	1.87 %
EPS010	Eps Y Medicina Prepagada Suramericana S.A	1,458,812	7.44 %
EPS012	Comfenalco Valle E.P.S.	311,656	1.59 %
EPS013	E.P.S. Saludcoop	4,106,872	20.93 %
EPS014	Humana Vivir S.A. E.P.S.	151,157	0.77 %
EPS015	Salud Colpatria E.P.S.	65,721	0.33 %
EPS016	Coomeva E.P.S. S.A.	2,960,027	15.09 %
EPS017	E.P.S. Famisanar Ltda.	1,415,721	7.22 %
EPS018	Eps Servicio Occidental De Salud S.A. - Eps S.O.S. S.A.	813,494	4.15 %
EPS023	Cruz Blanca Eps S.A.	617,480	3.15 %
EPS026	Solsalud E.P.S. S.A	162,347	0.83 %
EPS033	Saludvida S.A. E.P.S	70,663	0.36 %
EPS034	Saludcolombia Eps S.A.	7,104	0.04 %
EPS035	Red Salud Atencion Humana Eps S.A.	2	0.00 %
EPS037	La Nueva Eps S.A.	2,344,830	11.95 %
EPS038	Multimedicas Salud Con Calidad Eps S.A.	1,354	0.01 %
EPS039	Golden Group S.A. Eps	73,100	0.37 %
	Total	19,620,413	100%

Fuente: FOSYGA, Encargo Fiduciario Administrado por Consorcio SAYP, Reporte Afiliados Activos por Entidad

Tabla 2 Afiliación por entidad Régimen Subsidiado a Diciembre de 2011

Código Entidad	Nombre Entidad	Afiliados (#)	%
CCF001	Caja De Compensación Familiar Comfamiliar Camacol	1.868	0,01%
CCF002	Caja De Compensación Familiar De Antioquia Comfama	615.940	2,76%
CCF007	Caja De Compensación Familiar De Cartagena "Comfamiliar Cartagena"	213.887	0,96%
CCF009	Caja De Compensación Familiar De Boyacá Comfaboy	112.367	0,50%
CCF015	Caja De Compensación Familiar De Córdoba Comfacor	361.237	1,62%
CCF018	Caja De Compensación Familiar Cafam	164.778	0,74%
CCF023	Caja De Compensación Familiar De La Guajira	101.878	0,46%
CCF024	Caja De Compensación Familiar Del Huila "Comfamiliar"	476.630	2,14%
CCF027	Caja De Compensación Familiar De Nariño "Comfamiliar Nariño"	131.646	0,59%
CCF028	Caja De Compensación Familiar De Fenalco "Comfenalco Quindío"	1.276	0,01%
CCF031	Caja Santandereana De Subsidio Familiar "Cajasan"	35.845	0,16%
CCF032	Caja De Compensación Familiar De Fenalco Seccional De Santander	44.692	0,20%
CCF033	Caja De Compensación Familiar De Sucre	98.202	0,44%
CCF035	Caja De Compensación Familiar De Barrancabermeja Cafaba	108.513	0,49%
CCF037	Caja De Compensación Familiar De Fenalco De Tolima Comfenalco	161.116	0,72%
CCF045	Caja De Compensación Familiar Del Norte De Santander "Comfanorte"	193.865	0,87%
CCF049	Caja De Compensación Familiar C.C.F. Del Oriente Colombiano "Comfaorient"	122.352	0,55%
CCF053	Caja De Compensación Familiar De Cundinamarca Comfacundi	88.668	0,40%
CCF055	Caja De De Compensación Familiar Cajacopi Atlántico	430.829	1,93%
CCF101	Colsubsidio	258.665	1,16%
CCF102	Caja De Compensación Familiar Del Chocó Comfachoco	65.367	0,29%
CCF103	Caja De Compensación Familiar Del Caquetá – Comfaca	15	0,00%
EPS020	Caprecom Eps	3.025.267	13,57 %
EPS022	Eps Convida	367.129	1,65%
EPS025	Capresoca Eps	137.118	0,62%
EPS028	Calisalud E.P.S	574	0,00%
EPS030	E.P.S. Condor S.A.	355.956	1,60%
EPS031	Selvasalud S.A. E.P.S	416.781	1,87%
EPSI01	Asociación Indígena Del Cesar Y La Guajira Dusakawi	215.383	0,97%
EPSI02	Manexka Epsi	219.264	0,98%
EPSI03	Asociación Indígena Del Cauca	353.267	1,58%
EPSI04	Anaswayuu	106.145	0,48%
EPSI05	Mallamas	227.805	1,02%
EPSI06	Pijaos Salud Epsi	69.010	0,31%
EPSS02	Salud Total S.A. E.P.S.	473.047	2,12%
EPSS03	Cafesalud E.P.S. S.A.	1.236.335	5,55%
EPSS09	Eps Programa Comfenalco Antioquia	450.023	2,02%
EPSS14	Humana Vivir S.A. E.P.S.	457.473	2,05%
EPSS26	Solsalud E.P.S. S.A	1.128.675	5,06%
EPSS33	Saludvida S.A .E.P.S	818.147	3,67%
ESS002	Empresa Mutual Para El Desarrollo Integral De La Salud E.S.S. Emdisalud Ess	908.275	4,07%
ESS024	Cooperativa De Salud Y Desarrollo Integral Zona Sur Oriental De Cartagena Ltda. Coosalud E.S.S.	1.267.479	5,69%
ESS062	Asociación Mutual La Esperanza Asmet Salud	1.341.222	6,02%
ESS076	Asociación Mutual Barrios Unidos De Quibdó E.S.S.	687.943	3,09%
ESS091	Entidad Cooperativa Sol.De Salud Del Norte De Soacha Ecoopsos	518.573	2,33%
ESS118	Asociación Mutual Empresa Solidaria De Salud De Nariño E.S.S. Emsanar E.S.S.	1.322.697	5,93%
ESS133	Cooperativa De Salud Comunitaria-Comparta	1.453.504	6,52%
ESS207	Asociación Mutual Ser Empresa Solidaria De Salud Ess	948.412	4,25%
	Total	22,295,114	100%

Fuente: FOSYGA, Encargo Fiduciario Administrado por Consorcio SAYP, Reporte Afiliados Activos por Entidad

Los documentos que publicamos son de exclusiva responsabilidad de sus autores y no traducen necesariamente el pensamiento de FESCOL

Fescol

Calle 71 N° 11-90, teléfono 3473077, E-mail: fescol@fescol.org.co, www.fescol.org.co