|  |
| --- |
| **ESTUDIO ECONOMICO DEL PROGRAMA DE APOYO A LA REFORMA DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD** |
| **Segunda Versión** |
| **Juan Diego Misas**  **Mauricio Avila**  Bogotá, D.C. – Diciembre de 2013 |
|  |



**ESTUDIO ECONOMICO DEL PROGRAMA DE APOYO A LA REFORMA DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD**

**Segunda Versión**

[RESUMEN EJECUTIVO 4](#_Toc377036752)

[PARTE I: ANÁLISIS DE LAS CUALIDADES E IMPACTOS ESPERADOS POR LA IMPLEMENTACIÓN DE LA REFORMA AL SGSSS (PROYECTO DE LEY 210 DE 2013) 6](#_Toc377036753)

[1. INTRODUCCIÓN 6](#_Toc377036754)

[2. ESTRUCTURACIÓN Y OPERACIÓN FONDO ÚNICO DE SALUD (SALUD-MÍA) 8](#_Toc377036755)

[2.1. CREACIÓN DE UN FONDO ÚNICO –SALUD MÍA- 8](#_Toc377036756)

[2.2. SÍNTESIS 21](#_Toc377036757)

[3. PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD (MI-PLAN) 23](#_Toc377036758)

[3.1. PLAN DE BENEFICIOS INDIVIDUAL DE SALUD - MI-PLAN 23](#_Toc377036759)

[3.2. MECANISMOS DE EXCLUSIÓN Y PRIORIZACION 32](#_Toc377036760)

[3.3. PRECIOS DE MEDICAMENTOS 36](#_Toc377036761)

[3.4. SÍNTESIS 41](#_Toc377036762)

[4. ORGANIZACIÓN DE LOS GESTORES DE SALUD 44](#_Toc377036763)

[4.1. REDEFINICIÓN DE FUNCIONES 45](#_Toc377036764)

[4.2. SE RESTRINGE LA INTEGRACIÓN VERTICAL ENTRE ASEGURADORES Y PRESTADORES 49](#_Toc377036765)

[4.3. ENDURECIMIENTO DE LOS REQUISITOS PARA SER GESTORAS DE SALUD 53](#_Toc377036766)

[4.4. MODELO DE PAGO POR DESEMPEÑO. 56](#_Toc377036767)

[4.5. ÁREAS DE GESTIÓN SANITARIA 59](#_Toc377036768)

[4.6. SÍNTESIS 61](#_Toc377036769)

[5. REFORMA TRIBUTARIA 64](#_Toc377036770)

[5.1. CREACIÓN DEL IMPUESTO A LA RENTA PARA LA EQUIDAD (CREE) 64](#_Toc377036771)

[5.2. SÍNTESIS 70](#_Toc377036772)

[PARTE II: ESTIMACIÓN DEL IMPACTO DE LA REFORMA AL SGSSS (Proyecto de LEY 210 DE 2013) 71](#_Toc377036773)

[6. MARCO METODOLÓFICO PARA LA EVALUACIÓN ECONÓMICA EX-ANTE DE LA REFORMA AL SGSSS (Proyecto de LEY 210 DE 2013) 71](#_Toc377036774)

[6.1. AJUSTE DE LA METODOLOGÍA EX ANTE PARA EL ESTUDIO 72](#_Toc377036775)

[6.2. FUENTES DE INFORMACIÓN 74](#_Toc377036776)

[6.3. SUPUESTOS GENERALES MACROECONÓMICOS 74](#_Toc377036777)

[7. ESTRUCTURACIÓN Y OPERACIÓN FONDO ÚNICO SALUD-MÍA 76](#_Toc377036778)

[7.1. SUPUESTOS REQUERIDOS PARA LA ESTIMACION 76](#_Toc377036779)

[7.2. DATOS EMPLEADOS 77](#_Toc377036780)

[7.3. SIMULACIÓN DE LOS COSTOS 79](#_Toc377036781)

[7.4. SIMULACIÓN DE LOS BENEFICIOS 80](#_Toc377036782)

[7.5. PROCESAMIENTO DEL MODELO Y LA INFORMACIÓN 80](#_Toc377036783)

[7.6. CÁLCULO DEL AHORRO GENERADO AL CENTRALIZAR LOS RECURSOS EN SALUD MIA 82](#_Toc377036784)

[7.7. ANALISIS DE SENSIBILIDAD 82](#_Toc377036785)

[7.8. CONCLUSIONES SOBRE LA VALORACIÓN DEL IMPACTO DE SALUD-MÍA SOBRE EL SGSSS 86](#_Toc377036786)

[8. PLAN OBLIGATORIO DE SALUD, MI-PLAN 87](#_Toc377036787)

[8.1. SUPUESTOS REQUERIDOS PARA LA VALORACIÓN 87](#_Toc377036788)

[8.2. DATOS EMPLEADOS 89](#_Toc377036789)

[8.3. SIMULACIÓN DE LOS COSTOS 90](#_Toc377036790)

[8.4. SIMULACIÓN DE LOS BENEFICIOS 92](#_Toc377036791)

[8.5. PROCESAMIENTO DEL MODELO Y LA INFORMACIÓN 92](#_Toc377036792)

[8.6. ANALISIS DE SENSIBILIDAD 94](#_Toc377036793)

[8.7. CONCLUSIONES SOBRE LA VALORACIÓN DEL IMPACTO DE MI-PLAN SOBRE EL SGSSS 99](#_Toc377036794)

[9. EFECTOS DE LA REFORMA TRIBUTARIA SOBRE LAS CUENTAS DEL SGSSS 100](#_Toc377036795)

[9.1. SUPUESTOS REQUERIDOS PARA LA VALORACIÓN 101](#_Toc377036796)

[9.2. DATA SET 102](#_Toc377036797)

[9.3. SIMULACIÓN DE LOS BENEFICIOS 102](#_Toc377036798)

[9.4. CÁLCULO DEL AHORRO GENERADO PARA EL SGSSS 103](#_Toc377036799)

[9.5. PROCESAMIENTO DEL MODELO Y LA INFORMACIÓN 103](#_Toc377036800)

[9.6. ANÁLISIS DE SENSIBILIDAD 104](#_Toc377036801)

[9.7. CONCLUSIONES SOBRE LA VALORACIÓN DEL IMPACTO DE LA REFORMA TRIBUTARIA SOBRE LAS CUENTAS DEL SGSSS 108](#_Toc377036802)

[CONCLUSIONES GENERALES 109](#_Toc377036803)

[BIBLIOGRAFÍA 112](#_Toc377036804)

**ÍNDICE DE TABLAS**

[Tabla 1. Valor de los recobros CTC y Tutela per cápita por EPS. 2010 72](#_Toc374389686)

[Tabla 2. Costos de la Operación y Gestión del Fosyga (Miles de Millones). 2012 75](#_Toc374389687)

[Tabla 3. Data Set para el Análisis de Salud-Mía 76](#_Toc374389688)

[Tabla 4. Costos del Manejo Unificado de Recursos. 2013 – 2020 (Millones de Pesos) 77](#_Toc374389689)

[Tabla 5. Beneficios Económicos del Manejo Unificado de Recursos SGSSS. (Millones de Pesos) 77](#_Toc374389690)

[Tabla 6. Coeficiente de GINI Antes y Después de Subsidios por Afiliación al Sistema de Salud 2003 81](#_Toc374389691)

[Tabla 7. Data Set para el Análisis de Mi-Plan 82](#_Toc374389692)

[Tabla 8. Costos de la unificación del POS. 2013 – 2020 (Millones de Pesos) 83](#_Toc374389693)

[Tabla 9. Beneficios Económicos por la Unificación del POS. 2013 - 2020 84](#_Toc374389694)

[Tabla 10. Data Set para el Análisis del Efecto de la Reforma Tributaria Sobre el Modelo de Financiamiento del SGSSS 88](#_Toc374389695)

[Tabla 11. Efectos de la Reforma Tributaria Sobre el Modelo de Financiamiento del SGSSS (Millones de Pesos) 88](#_Toc374389696)

**ÍNDICE DE CUADROS**

[Cuadro 1. Costos de la Operación y Gestión del Fosyga (Miles de Millones). 2012 12](#_Toc374389697)

[Cuadro 2. Cambios Propuestos 43](#_Toc374389698)

[Cuadro 3. Esquema de Análisis para las Gestoras en Salud 60](#_Toc374389699)

[Cuadro 4. Esquema de Análisis para la Sinergia entre la Reforma Tributaria y el SGSSS 67](#_Toc374389700)

[Cuadro 5. Factores Elegidos para la Valoración del Impacto 70](#_Toc374389701)

[Cuadro 6. Descripción del Impacto por Manejo Unificado de Recursos SGSSS 73](#_Toc374389702)

[Cuadro 7. Retos Metodológicos y Supuestos Asumidos para el Modelo de Evaluación Económica del Impacto por el Manejo Unificado de Recursos del SGSSS 74](#_Toc374389703)

[Cuadro 8. Descripción del Impacto por el Nuevo Plan de Beneficios en Salud 79](#_Toc374389704)

[Cuadro 9. Retos Metodológicos y Supuestos Asumidos para el Modelo de Evaluación Económica del Impacto por la Unificación del POS 80](#_Toc374389705)

[Cuadro 10. Descripción del Impacto por la Reforma Tributaria 2012 sobre el SGSSS 86](#_Toc374389706)

[Cuadro 11. Retos Metodológicos y Supuestos Asumidos para el del Modelo de Evaluación Económica del Impacto por la Unificación del POS 87](#_Toc374389707)

# RESUMEN EJECUTIVO

El estudio de evaluación económica ex ante cuantificó los posibles efectos que pueden tener cuatro cambios claves asociados a las reformas del sector de salud y de su financiamiento, entre los que se encuentran: (i) la creación de una unidad de gestión centralizada llamada Salud- Mía que se encargará de la afiliación al sistema de aseguramiento, del recaudo de los recursos, y del pago de los prestadores que son hoy funciones delegadas en los aseguradores; (ii) la creación de Mi-Plan que será un plan de beneficios mucho más amplio en contenido, que el actual plan de beneficios y que ofrecerá la misma prima y alcance para todos los ciudadanos independientemente de su nivel socioeconómico; (iii) reformulación del papel de las actuales aseguradoras, EPS en “gestoras de salud”; y (iv) la reforma tributaria en lo relacionado con la sustitución de la mayoría de los aportes patronales para financiar el aseguramiento de sus trabajadores, con un impuesto que grava las utilidades de las empresas envés del factor de trabajo.

Según los análisis económicos de este estudio, la creación de Salud-Mía generará una reducción neta en los costos de operación de cerca de $90 mil millones de pesos anuales y un aumento en los rendimientos financieros cercanos a los $950 mil millones de pesos, por lo que se espera unos beneficios netos de $1,04 billones de pesos al año. La introducción de Mi-Plan aumentará el costo para el sistema en $1,38 billones de pesos por concepto de igualación de las UPC de los dos regímenes y de $2 billones de pesos por concepto de aumento de la cobertura del paquete de beneficios. Por el otro lado se espera que la inclusión de los servicios que hoy se cobran por fuera del POS llevará a una reducción del uso de mecanismos administrativos y judiciales, lo que a su vez hace suponer una reducción de los gastos administrativos asociados estimada en $50 mil millones de pesos anuales. La sustitución de los aportes patronales ordenada por la reforma tributaria incrementará los recursos totales del sistema en $3,7 billones de pesos anuales, principalmente como consecuencia de la formalización del trabajo de cerca de 11% lo que a su vez aumentará el número de cotizantes y, por ende los aportes de los trabajadores al sistema.

En términos generales el estudio encuentra que las medidas de la Reforma a la salud plasmadas en el proyecto de Ley 210 de 2013, estimadas dentro del presente estudio, representan un beneficio neto el SGSSS superiores a $1,36 billones promedio anuales equivalentes a US$760 millones.

# PARTE I: ANÁLISIS DE LAS CUALIDADES E IMPACTOS ESPERADOS POR LA IMPLEMENTACIÓN DE LA REFORMA AL SGSSS (PROYECTO DE LEY 210 DE 2013)

# INTRODUCCIÓN

Los sistemas de salud en el mundo son dinámicos, estando en permanentes procesos de perfeccionamiento y modernización. El Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia –SGSSS, no es ajeno a dicha dinámica, de allí que se haya visto sometido a varias etapas de actualización y reformulación durante su vigencia. Durante 20 años, Colombia ha logrado grandes avances, como pasar de 24% de cobertura en 1993 a la universalización en el 2013, caracterizándose además por la disminución de la desigualdad en acceso a la salud, no sólo entre niveles de ingreso sino también entre zonas geográficas. Un aspecto importante a resaltar es como el sistema ha permitido ser un mecanismo efectivo de protección financiera frente a eventos en salud, logrando que los gastos de bolsillo bajaran de niveles del 44% del total del gasto en salud en 1993 a 14% en el 2011.

A pesar de lo anterior, por falta de procesos de actualización y reformulación de sistema, se generaron problemas de rectoría, falta de regulación y escenarios de generación de rentas indebidas con los dineros de la salud. Un aspecto de la mayor relevancia es que el modelo basado en el aseguramiento llevo a que los aseguradores tuvieran como objetivo la contención del gasto y no los resultados en salud.

Por estas y otras razones, el Gobierno Colombiano a través del Ministerio de Salud y Protección Social – MSPS, ha planteado una reforma al sistema de salud basada en cambios estructurales que permitan corregir el rumbo del SGSSS. Esto incluye acciones para el mejoramiento de la calidad de los servicios y la reducción de las barreras de acceso.

El presente informe se divide en dos partes. La primera, dedicada al análisis conceptual de los tres principales componentes de los cambios propuestos por el proyecto de Ley 210 de 2013 de reforma (Salud-Mía, Mi-Plan, Gestoras de salud); sumado a lo anterior se realiza un análisis de los efectos de la Reforma Tributaria de 2012 sobre el nuevo escenario que plantea la reforma a la salud. La primera sección aborda cada componente de cambio a través de una descripción de la problemática actual, el cambio planteado dentro de la Reforma y, finalmente, los efectos medidos en términos de posibles beneficios, costos y riesgos como resultado del proceso de implementación de la Ley 210. En la segunda sección se presenta el análisis cuantitativo y se estima la razón de costo/beneficio de algunos de estos cambios. Se finaliza el informe con las conclusiones y principales cálculos que esbozan el impacto esperado de la Reforma.

# ESTRUCTURACIÓN Y OPERACIÓN FONDO ÚNICO DE SALUD (SALUD-MÍA)

Una de las principales medidas tomadas en el Proyecto de Ley 210 de 2013, es la creación de un fondo nacional único llamado Unidad de Gestión Salud-Mía. Con esta medida se busca **centralizar el flujo de fondos y de información del SGSSS**. Este capítulo analiza los aspectos relacionados con dicha unidad donde inicialmente se hace una descripción de la situación y problemática actual para luego describir las modificaciones propuestas y finalizar con una discusión de los posibles beneficios, costos y riesgos. El capítulo termina con una matriz que resume los potenciales beneficios, costos y riesgos que pueden conllevar este cambio. Se marcan en negrilla aquellos aspectos donde fue posible realizar estimaciones cuantitativas de las medidas propuestas. Estas estimaciones son explicadas en mayor detalle en la segunda parte (parte cuantitativa) de este documento.

## CREACIÓN DE UN FONDO ÚNICO –SALUD MÍA-

* + 1. **Situación Actual**

1. *Descentralización de las fuentes de financiación*

El actual sistema de salud presenta una gran dispersión de fuentes de financiación. Son 14 fuentes de financiación entre recursos de origen nacional y territorial, fiscales y parafiscales, cada uno de los cuales con distintos procesos de recaudo, asignación y flujo (Ministerio de Salud y Protección Social - MSPS, 2013). Lo anterior, dificulta el control y el flujo de los mismos desde las fuentes hacia los aseguradores y de estos hacia los prestadores de servicios en salud.

La canalización de estos recursos está en manos de diversos actores. El principal de éstos es el Fondo de Solidaridad y Garantía –Fosyga-, quien manejó, en el año 2011 el 59% del total de los recursos destinados a la salud. Este fondo es de orden nacional, adscrito al Ministerio de Protección Social, y la administración financiera de sus recursos está en manos de un encargo fiduciario. El fondo tiene como funciones el proceso de compensación[[1]](#footnote-1), el giro de la UPC a las aseguradoras, la auditoria de las solicitudes por recobros y pago de los mismos[[2]](#footnote-2) y el de mantener la base de datos de afiliados al día para evitar doble reporte al sistema. Un segundo actor, en orden de importancia de acuerdo al monto de los recursos a su cargo, son los departamentos y municipios los que manejan recursos propios y transferidos por la Nación, para financiar la salud en los territorios, lo cual representa el 8.7% de los recursos destinados a la salud (Fedesarrollo, 2012). Tales recursos son en orden de importancia: Las transferencias del Sistema General de Participaciones (SGP) para la salud, las regalías directas, los recursos propios de estas entidades y las rentas cedidas (Fedesarrollo, 2012).

Dentro del amplio listado de agencias que intermedian recursos de la salud están también las EPS (Empresas Promotoras de Salud) y las IPS (Instituciones Prestadoras de Salud). Las EPS tiene como funciones por delegación del Estado: recaudar las cotizaciones, pagar las licencias de maternidad y pagar contenidos No POS (vía tutelas y CTC), y como funciones propias del aseguramiento: administrar la afiliación, cubrir las incapacidades por enfermedad general y brindar las intervenciones contenidas dentro del POS. Las EPS son intermediarios en el recaudo de las cotizaciones entre el afiliado y la Nación, e intermediario en los pagos de servicios entre la Nación y el prestador. Además, las EPS del régimen contributivo se apoyan en los operadores de recaudos de la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes (PILA), quienes se encargan de liquidar y recibir las contribuciones parafiscales de los empleadores, por concepto de la seguridad social de cada uno de sus empleados. Las IPS son los prestadores de los servicios médicos; Las EPS son cerca de 66 entidades y las IPS ascienden a 30.000 entidades registradas para los dos regímenes.

Lo anterior, evidencia la complejidad actual de la estructura de financiamiento del Sistema de Salud tanto por el elevado número de actores que la componen como la diversidad de funciones que cumplen cada uno de ellos. La descentralización de las fuentes de los recursos genera dificultades frente al control de los mismos, así como para el flujo entre los diferentes actores.

A modo de ejemplo, los recursos con los que se financia el aseguramiento en salud de la población del régimen subsidiado provienen de diferentes fuentes. Se tienen aportes parafiscales, como son los de las Cajas de Compensación Familiar, los recursos propios de departamentos y municipios, las regalías y otros recursos de libre destinación de las entidades territoriales, recurso del Presupuesto General de la Nación y recursos por concepto de solidaridad de las cotizaciones del régimen contributivo. Dichos recursos son girados al asegurador o EPS por cada fuente de forma independiente haciendo que el financiamiento del régimen subsidiado sea complejo y dependa del flujo de un sin número de entidades.

1. *Dificultades operativas de la administración de los recursos, que son los del recaudo, afiliación y pagos.*

La estructura de financiamiento del SGSSS y la concurrencia de múltiples actores en el recaudo, operación y control de los recursos, ha generado la necesidad de estructurar procesos complejos al interior del principal fondo encargado del manejo de los recursos –FOSYGA-. Dentro de estos procesos está el de unificar la base de datos de afiliados reportados por cada asegurador, donde se tienen serios problemas de estructuración de la información reportada, dado que cada EPS realiza el reporte de manera diferente. Sumado a lo anterior, el FOSYGA deberá girar recursos en los casos de urgencias generadas en accidentes de tránsito, en acciones terroristas ocasionadas por bombas o artefactos explosivos, en catástrofes naturales, entre otros. Igualmente, el FOSYGA está encargado de realizar el proceso de compensación, el cual conlleva trasladar los recursos destinados a la promoción y prevención, descontar de las cotizaciones reportadas por las EPS el monto asignado por concepto de solidaridad para el régimen subsidiado, girar a las aseguradoras los recursos por concepto de UPC de acuerdo al padrón de beneficiarios de cada una de ellas y, auditar el pago de los recobros al sistema de salud por intervenciones no contenidas dentro del Plan de Beneficio.

Uno de los procesos que ilustra las dificultades en el control de los recursos es la conciliación del recaudo de las cotizaciones del Régimen Contributivo. Como se mencionó anteriormente el Estado delegó en las EPS las funciones de afiliación y recaudo de las cotizaciones de los afiliados al régimen contributivo. Dichas entidades captan los dineros por concepto de cotización, descuentan de las cotizaciones el monto por concepto de UPC de sus afiliados y giran la diferencia al FOSYGA. Dicha entidad debe realizar la conciliación de los recursos tomando como base el número de afiliado reportados por cada EPS y el monto captado por concepto de cotizaciones. La conciliación se debe hacer mensualmente por cada EPS; de allí que el número de períodos o meses a conciliar sea extremadamente numeroso dado el total de EPS que operan dentro del sistema. Un ejemplo de la actual problemática es que a diciembre de 2012 tan solo se había logrado conciliar 171 periodos de un total de 1.916, es decir el 9% (Ministerio de Salud y Protección Social - MSPS, 2013). Para el 91% restante no ha sido posible encontrar concordancia en los recursos recaudados por concepto de cotizaciones frente al total de los recursos empleados para el pago de las UPC de los afiliados de cada EPS.

Actualmente, el proceso de afiliación de la población está delegado a las EPS, las cuales son las encargadas de generar las bases de datos con la información relativa a la afiliación, registro de novedades y movilidad de los usuarios entre aseguradores. Es obligación de las EPS enviar dos veces al mes al FOSYGA dicha información, teniéndose dificultades en el reporte dado que las estructuras de bases de datos difieren entre EPS. Cabe anotar, que la base de datos consolidada por el FOSYGA no se maneja en línea por cuánto no puede ser utilizada como comprobador de derechos de las personas. Esto significa que cada EPS tiene su propia base de datos de comprobación de derechos que debe suministrar a cada institución con la que contrata servicios para su población afiliada. Concentrar el proceso de registro de afiliación permitiría tener información oportuna sobre el estado de afiliación de los usuarios y facilitaría el proceso de comprobación de derechos. A pesar de los esfuerzos del MSPS y el adelantado estado de la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA, el sistema de información de afiliados y el de recaudo no se encuentran integrados, lo cual dificulta no solo el control de los recursos sino especialmente el reconocimiento de derechos de los afiliados al sistema.

Hoy las EPS del país recaudan cerca de $14 billones de pesos por concepto de cotizaciones a la seguridad social en salud y se espera suba a $18 billones de pesos después de la implementación de la Reforma Tributaria (Minsalud, 2013). Cabe notar que las EPS reciben en sus cuentas bancarias el dinero correspondiente a las cotizaciones, teniendo dividendos financieros por los mismos, los cuales no son girados al FOSYGA sino que quedan en manos de los aseguradores.

Como se ha mencionado, el actual modelo de salud presenta una descentralización importante tanto en el origen de los recursos como en el número de actores o instituciones por los cuales fluyen los dineros del sistema. Lo anterior, hace que los procesos de pago a los prestadores deban ser solicitados, revisados, aprobados y girados en diferentes instancias y en diferentes instituciones del sector. Esto ha conducido a retrasos sustanciales en el flujo de los recursos, iniciado en el FOSYGA en gran parte por los procesos de conciliación y el pago de compensaciones a las EPS y, en consecuencia, demorando el pago de estas aseguradoras a los prestadores. A junio de 2010, FOSYGA adeudaba $96.516 millones de pesos a las IPS con una cartera morosa del 82,3% (Barón G, Betancourt F, Cuadros JG, Fernández L, Giraldo V JC. , 2010); por su parte los Entes Territoriales adeudaban a las IPS $493.369 millones de pesos con un 69% de esta cartera morosa; y la Nueva EPS con la red de prestados, con una deuda de $402.296 millones de pesos siendo el 47,3% de ésta cartera morosa. Dichas deudas afectaron de forma considerable la liquidez de las IPS llevando a que para muchas de ellas fuese inviable la prestación. A pesar del reporte de dichas cifras, no se conoce con exactitud el monto total de la deuda entre FOSYGA, las aseguradoras y las IPS, en gran parte por la falta de centralización de información básica de afiliados y de recaudo.

1. *Costos de Operación*

Actualmente el FOSYGA tiene altos costos de operación que se originan por la administración fiduciaria, la recepción y revisión de recobros y reclamaciones, auditoría especializada e interventoría al contrato de administración fiduciaria y los costos incurridos por los procesos de ordenación y seguimiento. Dichos costos anuales por la operación y gestión ascienden a $63.998 millones de pesos del 2012. De ellos, $50 mil millones son para cubrir los costos del Administrador Fiduciario y la recepción y revisión de cuentas por concepto de recobros y reclamaciones, $7.3 mil millones son costos por concepto de auditorías especializadas e interventoría del contrato fiduciario y, $6.2 mil millones para el pago de los procesos de coordinación del Ministerio y aseguramiento del Fondo. A lo anterior, se deben sumar los costos asociados al recaudo de las cotizaciones, que según cifras del MSPS, con base en la información suministrada por las EPS para los últimos cinco años, en 2011 ascendía a $55.000 millones de pesos, de los cuales 60% es pagado a los operadores de información de la PILA ($33.000 millones) y el restante ($22.000 millones) a entidades financieras, por los convenios que las EPS deben realizar para garantizar el recaudo (Minsalud, 2013). La suma de estas dos cuentas maestras de costos para el Fosyga alcanza los $118.000 millones de pesos año (2012).

Cuadro 1. Costos de la Operación y Gestión del Fosyga (Miles de Millones). 2012

|  |  |
| --- | --- |
| **Concepto** | **Costo** |
| Administrador fiduciario de los recursos del Fosyga y, recepción y revisión de cuenta de recobro y reclamaciones | $50.458 |
| Auditoría especializada al Fosyga e interventoría del contrato de administración fiduciaria | $7.296 |
| Procesos de ordenación del Ministerio y aseguramiento al Fosyga | $6.244 |
| **Total** | **$63.998** |

**Fuente:** MSPS, 2013

Al aprobarse el proyecto de Ley se espera que estos costos sean menores considerando que se eliminarán o reducirán en gran medida los relacionados a la administración fiduciaria y a las transacciones para el recaudo de las cotizaciones, en gran medida porque el operador de dichas tareas sería una única entidad estatal y sin ánimo de lucro.

1. *Disminuir la evasión en cotizaciones*

Dada la función delegada por parte del Estado a las EPS de realizar el recaudo por concepto de cotizaciones, son estas entidades con el apoyo de PILA, las encargadas de captar los dineros por este concepto. Un aspecto importante a mencionar, es que independientemente del recaudo por concepto de cotizaciones, las EPS sólo reciben el dinero correspondiente a la UPC. Esto hace que las aseguradoras no tengan ningún tipo de incentivo para controlar la evasión de los cotizantes. De acuerdo a cifras del Ministerio de Hacienda y Crédito Público, la evasión en 2012 por concepto de salud ascendió a $5,32 billones de pesos (UGPP, 2013). Si la función del recaudo estuviese a cargo el FOSYGA o entidad estatal con el mismo objetivo misional, se buscaría disminuir la evasión dado que se tendrían recursos adicionales para el financiamiento del sector de la salud.

* + 1. **Cambios Propuestos por el Proyecto de Ley**

El proyecto de Ley 210 de 2013, propone la creación de un fondo único o tesorería (Salud-Mía), con el objetivo de que el Estado realice las funciones antes llevadas a cabo por las EPS (Recaudo y Afiliación) y por el Fosyga (Administración financiera, encargo fiduciario y transferencia de recursos). Igualmente, esta entidad se encargará del pago directo a los prestadores por concepto de servicios prestados, previa auditoria por parte de las EPS/Gestores. De esta forma, se pasa de un modelo donde la operación financiera en su mayoría era privada a un modelo donde estas funciones las asume el Estado (Gaviria, 2013).

En síntesis, Salud-Mía centralizará el manejo de los recursos y la información del SGSSS, se encargará de los procesos de afiliación y recaudo, la administración de los recursos y la realización de pagos directos a las IPS (Prestadores), más las transferencias a las entidades territoriales, entre otras funciones.

A continuación se explica porque se considera que los anteriores cambios propuestos pueden solucionar, por lo menos en parte, algunos de los problemas mencionados en la sección anterior.

1. *Para supera las dificultades generadas por la descentralización de las fuentes de financiación*

Con Salud-Mía se espera evitar la dispersión de fuentes de financiación del sistema al contar con una única tesorería, encargada de integrar las fuentes de financiamiento del SGSSS, con los destinos de uso (Entidades Territoriales, Gestoras y Prestadoras), estandarizando la ejecución, control y evaluación de los procesos requeridos, especialmente con el giro directo de recursos.

Salud-Mía se encargará de recaudar, administrar y girar los recursos públicos de la Salud (MinSalud, 2013) de los dineros de las 14 fuentes de recursos definidos para el SGSSS y re-direccionará a las 14 cuentas de usos o destinatarios (Ver Artículo 15 de la Ley 210 de 2013). El Ministerio de Salud espera que para el año 2014 esta unificación represente el recaudo y administración de $44 billones de pesos.

1. *Para supera las dificultades operativas de la administración de los recursos, que son los del recaudo, afiliación y pagos.*

Con Salud-Mía se podrán superar las dificultades operativas de la actual administración del FOSYGA, en varios aspectos:

Será la entidad la encargada de recabar la información de los afiliados lo que le permitirá un mayor control de los asegurados, evitará el doble aseguramiento y podrá garantizar la portabilidad de los afiliados en el territorio nacional.

No dependerá de terceros (hoy por ejemplo EPS) para llevar a cabo los procesos de conciliación de información lo que permitirá agilizar el proceso de pago tanto a Gestoras como a Prestadores.

Reducirá los costos asociados a la administración del FOSYGA y de los procesos delegados en las EPS. Esto se dará por la eliminación del 25% de los actuales macro-procesos del Fosyga más la simplificación de otro 8% de los mismos, y además por la reducción de los costos transaccionales para el recaudo (PILA y Bancarios) (Minsalud, 2013).

Dado que Salud-Mía realizará los procesos de afiliación y recaudo de las cotizaciones, no tendrá que realizar acciones adicionales frente a la base de datos de los afiliados, hoy manejadas por las diferentes EPS, lo que causará que los procesos de compensación sean menos complejos, permitiendo así un mayor control sobre los recursos del sistema. Un ejemplo de ese control es que los traslados de dineros para la cuenta de promoción y prevención o el giro a la cuenta de solidaridad, serán mucho más eficientes en la medida que contará con la información unificada de los afiliados al sistema.

Finalmente, Salud-Mía al realizar directamente la afiliación y el recaudo será la entidad que administre los dineros de las cotizaciones y no dependerá del giro que le realice las EPS después de haber descontado los dineros por concepto de UPC de sus afiliados, permitiendo así no depender de los excedente que la EPS envíen después del proceso de cobro por concepto de UPC, sino que tendrá pleno control del total del recaudo de las cotizaciones

Salud-Mía realizará la afiliación de la población, permitiendo contar con la información actualizada de los afiliados, dicha base podrá ser transaccional y ser comprobadora de derechos de las personas por cuánto se manejará en línea. El realizar la afiliación directamente, Salud-Mía impedirá que las aseguradoras realicen selección de riesgo de sus afiliados quedándose sólo con aquellos que generen los menores costos (mejores estados de salud) e impidiendo la afiliación de la población que demande muchas intervenciones (peores estados de salud).

Salud-Mía realizara el recaudo por concepto de cotizaciones, permitiendo que los procesos de giro y compensación no presenten dificultades y que los rendimientos financieros de los dineros por este concepto se reviertan en sistema de salud.

Se realizarán pagos directos a los prestadores, suprimiendo la interacción de actores en el flujo de los recursos. Los aseguradores sólo deberán auditar las cuentas presentadas por los prestadores y ordenar el pago desde Salud-Mía. Mediante este mecanismo de pago directo, se espera un mayor flujo de los recursos y reducción de costos para el prestador por concepto de cartera.

1. *Para superar costos de Operación*

Salud-Mía asumirá el recaudo de las cotizaciones de forma directa eliminando intermediarios en el proceso. Con ello se espera disminuir los costos asociados a esta actividad, los que al 2011 ascendieron a $55.000 millones, 60% dirigidos al pago de los operadores de información de la PILA y 40% a entidades financieras. Salud-Mía recibirá el pago de las cotizaciones permitiendo reducir sustancialmente estos costos por la oportunidad de realizarse una negociación centralizada con el operador financiero, sumado a que el operador de información será una entidad estatal sin ánimo de lucro disminuyendo así ese margen de intermediación.

1. *Para superar la evasión de cotizaciones*

Al realizarse el recaudo por parte del Estado se tendrán incentivos a disminuir la evasión en la cotización. Con ello se espera que aumente el recaudo por concepto de aportes de trabajadores y empleadores.

* + 1. **Beneficios, Costos y Riesgos**

A continuación se discuten los principales factores asociados con las medidas tomadas en el proyecto de Ley 210 de 2013 en torno a la creación de Salud-Mía. Como en los otros capítulos, se clasifican en beneficios, costos y riesgos, luego se resumen en un cuadro para facilitar el esquema de análisis usado en el capítulo dedicado a la cuantificación o estimación de sus resultados.

Beneficios

1. *De la centralización de las fuentes de financiación*

El manejo unificado de las fuentes de los recursos permitirá un mayor control y mejorará los tiempos de flujo de los mismos. Se podrán realizar los giros a las diferentes subcuentas del sistema (promoción y prevención, solidaridad) y destinatarios finales (EPS, IPS) sin tener mayores retrasos.

1. *Con relación a las dificultades operativas de la administración de los recursos, que son los del recaudo, afiliación y pagos*

Se logra el control de los recursos financieros y la Información de afiliados. Al manejar las fuentes de financiamiento en un único fondo, se facilita tanto el flujo como la disponibilidad de recursos para las diferentes actividades que se realizan en torno al financiamiento, como es el caso del pago de la UPC a los Gestores, giros directos a los Prestadores, pago de incapacidades, traslado de los dineros por concepto de solidaridad para el régimen subsidiado, pago de eventos No POS, entre otros. El contar con la información de forma estandarizada, centralizada, veraz y actualizada, se podrá ejecutar de mejor manera procesos de control del flujo de los recursos y conciliación de cuentas.

Uno de los elementos más importantes del sistema es poder contar con la información relativa a la afiliación, registro de novedades y movilidad de los usuarios. Unificar el proceso de afiliación en Salud-Mía permitirá tener información oportuna sobre el estado de afiliación de los usuarios y facilitara el proceso de comprobación de derechos.

Se espera que con la unificación y centralización de los sistemas de información de los usuarios se puedan disminuir usuarios repetidos y escenarios de fraude al sistema. De la misma forma, dado que será Salud-Mía la encargada de la afiliación, se tendrá mayor movilidad entre las aseguradoras, se evitará la selección del riesgo y se incentivará la competencia entre las Gestoras de Salud.

Cabe mencionar, que actualmente FOSYGA no puede pagar al asegurador por afiliados que no estén relacionados en las bases de datos, problema principalmente evidenciado en el régimen subsidiado, haciendo que el pago por concepto de UPC dependa de las deficientes bases de datos existentes de la población afiliada. Al realizar la afiliación desde Salud-Mía se tendrá información en línea de la población beneficiaria y así el giro por concepto de UPC no se verá obstaculizado por bases de datos deficientes.

Actualmente, el sistema de información del sector salud cuenta con un número considerable de registros y bases de datos de más de 15 años, que son propiedad del SGSSS y que por su complejidad e importancia representan un punto sensible en la trazabilidad y soporte de los procesos del SGSSS. El Estado deberá ejercer a través de Salud-Mia un control directo de los procesos de mantenimiento, desarrollo y administración del sistema de información, así como de la seguridad de esta información, para mejorar la oportunidad y calidad de los procedimientos.

Para que sea viable que Salud-Mia realice los pagos de forma directa al prestador se requerirá que las fuentes de financiación del sistema sean manejadas directamente por este fondo y no dependa del giro de los dineros de las múltiples fuentes de financiamiento. Las cuentas por pagar a los prestadores no tendrán que ser cobradas al asegurador y éste a su vez al fondo, por el contrario el prestador realizará el cobro directo y el asegurador solo auditará las facturas y pedirá el pago por parte de Salud-Mía.

Cabe mencionar, que el mecanismo de pago directo ya ha sido implementado en el pasado. El Ministerio de Protección Social tomó la decisión de realizar pagos directos a los prestadores del régimen subsidiado a través de la Resolución 2320 de 2011, y de esta forma desvinculaba a las EPS del régimen subsidiado como intermediario de pago, eliminando eslabones en la cadena que disminuían el flujo de recursos. Esta medida ha traído buenos resultados; el Ministerio de Salud entre enero y septiembre de 2013, giró directamente a IPS, cerca de $5.5 billones, de los cuales $3 billones fueron a instituciones públicas y $2.5 billones a privadas y mixtas. Estos giros han beneficiado a 2.390 IPS en el país (1.368 privadas, 1.001 públicas y 3 mixtas) (Minsalud, 2013), ayudando a mejorar el flujo de caja de las IPS. Lo anterior, ha tenido efectos positivos en cuanto a la oportunidad de los pagos, y la disminución sustancial de la cartera de los hospitales.

Un aspecto de la mayor relevancia es que Salud-Mía girará una fracción de la UPC a los aseguradores dependiendo de los logros en salud. De allí, que Salud-Mía estará obligada a velar por los resultados obtenidos con los recursos invertidos. Salud Mía concentrará principalmente actividades financieras, de recaudo, giro y reaseguro, pero, al mismo tiempo, velará por la afiliación de los usuarios y el cumplimiento de los resultados en salud. (este tema se desarrolla con mayor detalle en el capítulo Gestoras de Salud).

1. *Con relación a los costos de Operación*

Al centralizar las funciones de afiliación de beneficiarios, recaudo de cotizaciones, y pago directo a Prestadores, se reducirán significativamente los costos operacionales (Ministerio de Salud y Protección Social - MSPS, 2013). Actualmente estas funciones las realizan las EPS, las cuales incurren cada una de ellas en costos fijos y de operación para su ejecución, los cuales podrán ser reducidos sustancialmente al tener economías de escala y reducción de procesos entre el FOSYGA y los aseguradores.

Además, no será necesario el pago por concepto de transacciones financieras por el recaudo de cotizaciones y cobro de intermediación por los operadores PILA. De la misma forma, al abandonar el modelo fiduciario no se incurrirá en costos por concepto de administración y auditoria fiduciaria.

De acuerdo a estimaciones realizadas por los autores se espera que los costos operativos y de recaudo relacionados a Salud-Mía pasarán de $124.934 mil millones en el 2013 bajo el esquema actual de manejo, a cerca de $38 mil millones, casi la tercera parte del costo actual. La diferencia entre esos montos asciende a $86.712 millones de pesos al año, o aproximadamente US$ 47,4 millones de dólares. Se debe tener en cuenta que los costos de recaudo podrían reducirse sustancialmente dependiendo del modelo tecnológico en TIC que decida implementar el MSPS para su captación, administración, control y manejo.

Por último se tienen que el Estado recibirá los dividendos financieros generados por la gestión de los recursos depositados en el Fondo Único Salud-Mía, los que podrán ser reinvertidos en el sistema de salud.

1. *Con relación a la evasión de cotizaciones*

El realizar el recaudo de las cotizaciones por parte de una entidad del Estado, se generarán incentivos para identificar y sancionar los cotizantes que realicen evasión, ya que la disminución de la misma llevará a un aumento en los dineros disponibles para la salud (no se contó con información suficiente para realizar las estimaciones del impacto de reducción de las evasión y aumento del dinero de las cotizaciones).

Costos

1. *Dificultades operativas de la administración de los recursos, que son los del recaudo, afiliación y pagos*

La creación de este fondo único, trae exigencias para su operación. El Ministerio de Salud calcula que el número de cotizantes estará por encima de los 11.5 millones de personas y se tendrán casi 47 millones de afiliados en el 2014, sin discriminar el régimen al cual pertenezcan, los cuales deberán ser registrados y monitorizados dentro del sistema de información. Sumado a lo anterior, se estima que la demanda de servicios se traducirá en aproximadamente 40 millones de procedimientos en salud al mes sujetos a facturación y auditoría, sin mencionar las incapacidades por enfermedad general o las licencias por maternidad y paternidad.

El que Salud-Mía pague de forma directa a los prestadores a través de la autorización del asegurador, no lo exime de la responsabilidad en el evento de fraude al sistema. De allí, que probablemente el ordenador de gasto en Salud-Mía establezca controles adicionales a la auditoría de los gestores que podrían causar más atrasos en el flujo de los recursos.

1. *Costos de Operación*

Dadas las exigencias que se tendrán por las diversas tareas que deberá realizar Salud-Mía, se tendrán que hacer inversiones importantes en infraestructura y recurso humano para la implementación de los procesos que desarrollará. Igualmente, deberá invertir en el fortalecimiento de los sistemas de información actuales que permitan la consolidación de los afiliados y el manejo de los recursos.

Riesgos

Centralizar el recaudo en manos del Estado puede convertir a Salud-Mia en un fortín político dados los cuantiosos fondos de la salud.

El recaudo, la compensación, el pago a prestadores, el manejo fiduciario, por mencionar algunas de ellas, se vienen desarrollando en varias entidades (Existe el riesgo que la suma de actividades en una única entidad puede desbordar la capacidad operativa de la misma.

## SÍNTESIS

Puede concluirse, que la creación del fondo único Salud-Mia puede traer grandes beneficios financieros y reducción de costos de operación. De la misma forma, el pago directo a prestadores permitirá disminuir considerablemente el número de días de cartera y se tendrá una mayor trazabilidad de los recursos. Un aspecto de la mayor relevancia es que al ser una entidad estatal aquella encargada de realizar el recaudo se tendrán incentivos de reducir las tasas de evasión al sistema. Por otro lado, se tiene que la implementación de este modelo unificado conllevara altos costos de implementación y requerirá fortalecimiento de los sistemas de información existentes. Dentro del conjunto de riesgos está el que Salud-Mía no pueda manejar el alto volumen de operaciones, que deba diseñar controles adicionales de auditoria que retrasen los pagos a prestadores y que dado el alto volumen de manejo de recursos esta entidad se convierta en un fortín político en manos de corruptos.

La matriz que se muestra a continuación sintetiza los beneficios y costos así como los riesgos que se vislumbran con la creación de Salud-Mía.

Cuadro 2. Esquema de Análisis para Salud-Mía

| **ESTRUCTURACIÓN Y OPERACIÓN FONDO ÚNICO SALUD-MÍA** | | |
| --- | --- | --- |
| **Beneficios** | **Costos** | **Riesgos** |
| * Se agilizará el flujo de fondos. * Se mejorará el control de los recursos. * **Reducirá costos operacionales del SGSSS.** * **Se tendrán rendimientos financieros basados en el recaudo de $44 billones que serán reinvertidos en el sistema.** * Disminución de la evasión de cotizaciones | * **Procesos de implementación complejos, lo cual exige inversiones en infraestructura y recurso humano.** * Inversión en el fortalecimiento de los sistemas de información actuales. * Se sacrifica el uso de la fiducia como mecanismo de control y anticorrupción, que a la fecha ha sido una experiencia positiva. | * El manejo unificado de recursos conlleva riesgos financieros, de manejo burocrático y de corrupción. * La suma de actividades en una única entidad puede desbordar la capacidad operativa de la misma. * La operación puede verse afectado por los volúmenes de fondos y transacciones. |

En el cuadro anterior se resaltan en negrilla los elementos que se incluirán en el proceso de valoración económica del impacto por la implementación del Fondo Único de Salud, Salud-Mía (**Capítulo 7, Cuadro 7**). Como de ahí se desprende, el análisis cuantitativo se centrará en los costos y beneficios de uno de los elementos claves de ese nuevo fondo como son los rendimientos financieros de los dineros de la salud, disminución de costos operacionales y de transacción. Los demás aspectos no se evaluaron en razón a que los beneficios, costos y riesgos son medidos en forma cualitativa o se carece de información básica para realizar estimaciones. Para el agregado de medidas y según los análisis cuantitativos realizados, los relacionados con el manejo unificado de recursos del SGSSS, generará un ahorro cercano a $5.7 billones de pesos en los siguientes 6 años (2015 – 2020) ($950 mil millones en promedio año). De la misma forma, la reducción de los costos operativos y de recaudo, bajo el nuevo esquema, llevaría a que dichos costos fuesen 1/3 de los actuales asociados con el manejo del Fosyga, tendiéndose un ahorro cercano a $90.000 millones al año.

# PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD (MI-PLAN)

La reforma en salud planteada en el proyecto de Ley 210 de 2013 incorpora cambios respecto al plan de beneficios. Este capítulo revisa la adopción de Mi-Plan, mucho más amplio que el actual y que, en principio, incluye todo menos algunos servicios explícitamente excluidos, determina un mecanismo de exclusión de tecnologías que define aquellas tecnologías que harán parte de una lista negativa de los servicios a cubrir, establece los mecanismos de priorización de las intervenciones a incluir dentro del plan de beneficios y establece la regulación de precios como mecanismo de contención del gasto en salud.

Al comienzo de la sección, se describe la problemática actual para luego detallar cada una de las modificaciones propuestas seguido de una discusión de sus posibles beneficios, costos y riesgos que son luego resumidos en una matriz. Para algunos de los aspectos abordados dentro del análisis fue posible realizar estimaciones del impacto económico y los posibles beneficios en términos de salud. Dichas estimaciones son explicadas en detalle en la segunda parte de este documento y referenciadas en negrilla dentro de la matriz que aparece al final de este capítulo.

## PLAN DE BENEFICIOS INDIVIDUAL DE SALUD - MI-PLAN

* + 1. **Situación Actual y Problemática**

En el sistema de salud colombiano, los aseguradores reciben una prima ajustada por riesgo denominada unidad de pago por capitación (UPC), a cambio de un plan obligatorio de salud (POS), definido por el Ministerio de Salud. El POS es un listado de 5.874 actividades, procedimientos e intervenciones en salud y servicios hospitalarios, así como 730 moléculas. Este plan es, desde el año 2012, el mismo para toda la población afiliada al SGSSS, independientemente de si pertenece al régimen contributivo o subsidiado. Hasta entonces, la población sin capacidad de pago afiliada al régimen subsidiado tenía derecho a un plan más pequeño que cubría la mayoría de los servicios de baja y alta complejidad pero excluía gran parte de los servicios de mediana complejidad. Ello se veía reflejado en cápitas (UPC) diferenciales donde la prima de aseguramiento del subsidiado (UPC-S) era sustancialmente menor que la del régimen contributivo (UPC-C).

*Mecanismos de solicitud de intervenciones no incluidas en el Plan de Beneficios*

El actual sistema parte que todo lo que no está expresamente incluido dentro del POS, estaría excluido (lista positiva). Sin embargo, existen mecanismos jurídicos y administrativos que permiten a los usuarios a acceder a intervenciones no contempladas dentro del Plan de Beneficios. Estas acciones se realizan o por medio de una solicitud a los Comités Técnicos Científicos (denominado CTC) que existen en cada EPS o por medio de una acción legal de amparo de los derechos fundamentales consagrados en la Constitución (tutela). Las solicitudes hechas a los CTC las realiza el médico tratante, las cuales son analizadas y decididas por ese Comité. El mecanismo jurídico es la tutela, dicha acción está prevista en el artículo 86 de la Constitución Política de Colombia, que busca proteger los Derechos constitucionales fundamentales de los individuos "cuando quiera que éstos resulten vulnerados o amenazados por la acción o la omisión de cualquier autoridad pública”. Bajo ese principio, toda persona tiene el derecho a que se le garantice el acceso a los servicios de salud que *requiera*. La acción de tutela es presentada ante un juez de la República, el cual analizará el caso y si encuentra mérito para brindar la intervención, obligará a la EPS a prestarla. En caso de aprobarse una solicitud vía CTC o tutela, se prestan los servicios y las EPS pagan por ellas. Posteriormente la EPS presenta “recobros” ante el FOSYGA para poder recuperar el costo de dichas intervenciones y para acceder al pago de un margen del 12% al que tienen derecho por concepto de intermediación. Como se verá más adelante, dichos recobros alcanzaron a representar un monto equivalente a un 18.5% de los ingresos totales del régimen contributivo. Cabe notar que el otorgamiento de estos servicios No POS se hace sin mayor control en cantidad, calidad y costo (Ministerio de Salud y Protección Social - MSPS, 2013), en gran parte por el gran volumen de solicitudes por CTC y tutelas además de la poca capacidad de auditoria del Fondo Público y la falta de capacidad técnica de los jueces al tomar decisiones clínicas.

Vale la pena comentar que las acciones de tutela se emplean no sólo para solicitar servicios no POS, sino también para exigir el otorgamiento de servicios incluidos en el plan de beneficios. A modo de ejemplo, en el 2011 el 68% de las tutelas se referían a beneficios explícitamente cubiertos por el POS y el 32% para contenidos No POS (Defensoría del Pueblo, 2012). En otras palabras, la tutela no es sólo un mecanismo para acceder a servicios no incluidos en el POS sino también para hacer exigible lo consignado en el plan de beneficios.

A través de las solicitudes por medio de CTC y tutelas, las EPS e IPS identificaron ventanas de oportunidad para acceder a una fuente adicional de ingresos.

*Gasto en salud por intervenciones No POS*

El gasto del FOSYGA por concepto de pago de CTC y fallos de tutela en el régimen contributivo, pasó de 0.1 billones de pesos en el 2003 a cerca de 2.5 billones en el 2010. Es decir, se pasó de 0.9% en el 2003 a cerca del 18.5% en el 2010 del total de gastos de la subcuenta de compensación del FOSYGA. En términos reales, los pagos de las intervenciones No POS se multiplicaron por 7 entre enero de 2007 y diciembre del 2010 (Fedesarrollo, 2012). Dado el aumento exponencial de los recobros al sistema, en el 2008 los gastos No POS superaron los excedentes que se tenían en la cuenta de compensación del FOSYGA, haciendo que a partir del 2010 se estuviera en una situación deficitaria ( Ministerio de Hacienda y Crédito Público, 2011).

Los recobros no sólo están amenazando el equilibrio financiero del sistema de salud colombiano sino que están acentuando la inequidad en el acceso a los servicios ya que son en mayor medida las personas de ingresos medios y altos las que más se están beneficiando de los servicios obtenidos vía CTC o tutela. Se estima que el 44% de los recobros han beneficiado al quintil poblacional más rico (Ministerio de Salud y Protección Social - MSPS, 2013). Puede concluirse que los recobros han tenido un efecto regresivo en la distribución de la riqueza; es el 20% más rico de la población aquel que ha tenido una “ampliación de la cobertura” por medio de CTC o tutelas.

Cabe anotar, que el uso de mecanismos de hecho como la tutela, implican altos costos al sistema judicial, de acuerdo a estimaciones realizadas el costo administrativo de un proceso de tutela es cerca de $441.512 a pesos de 2009, teniéndose un costo total para el 2011 de cerca de $50 mil millones de pesos (Nieto, E., & Arango, A. , 2011).

La naturaleza de los reembolsos realizados por el FOSYGA a las EPS por concepto de intervenciones No POS fueron principalmente por cubrimiento de medicamentos no incluidos en el POS (87%) y un 13% restante en cubrimiento de tratamientos médicos, exámenes y dispositivos. Esta situación se explica por la dinámica de innovación terapéutica y diagnóstica. Por ejemplo, según cifras del INVIMA, un promedio de 20 nuevos principios activos entran al mercado cada año. Estos principios activos aparecen rápidamente entre los más recobrados sin mediar procesos de evaluación técnica sobre su beneficio. De hecho, 10 principios activos que entraron al mercado colombiano en los últimos cinco años representaron más de 30% del valor de los recobros totales en 2012 y 16 principios activos de origen biotecnológico representan el 80% de los gastos en recobros para el mismo año (Ministerio de Salud y Protección Social - MSPS, 2013).

Otra de las razones que explica el gran peso que tienen los medicamentos en la problemática de los recobros reside en el extremo nivel de detalle que tiene el plan de beneficios para describir la cobertura de medicamentos: se especifica el principio o sustancia activa, la concentración y la forma farmacéutica. Con ello, se propician diferenciaciones artificiales (sin relevancia terapéutica) entre prestaciones que se consideran sustituibles. Un ejemplo de ello es el caso del acetaminofén en jarabe que está en el POS y la presentación en gotas que no lo está (Ministerio de Salud y Protección Social - MSPS, 2013).

Dados los instrumentos existentes para acceder a tecnologías no incluidas y la gran cantidad de recursos públicos que se asignan hoy a su financiamiento, pareciera que el concepto de un plan de beneficios explícito y delimitado se ha diluido cada vez más en el contexto de Colombia. Además, mientras que existan incentivos perversos para usar tecnologías por fuera del plan de beneficios, como son el tener un margen de intermediación del 12% por lo cobrado no incluido dentro del plan, y poco control del uso y el costo de dichas tecnologías, se seguirá teniendo un gasto desproporcionado en el uso de los recursos. Por ello ha venido emergiendo la idea de que Colombia debería alejarse de un plan explícito de beneficios consignado en una lista positiva para transitar hacia un sistema donde cubriría todo menos aquello explícitamente excluido (lista negativa).

*Limitaciones de cobertura del Plan de Beneficios*

El POS tuvo muy pocas modificaciones a lo largo de los últimos 20 años desde su implementación (Ley 100 de 1993). La mayoría de ellas tuvieron como propósito reducir inequidades en cobertura entre los dos regímenes y, un porcentaje muy reducido en la inclusión de nuevas tecnologías (Giedion & Panopoulou, 2009). Sólo a finales del 2011 se da la primera actualización sustancial del Plan Obligatorio de Salud, la cual se concentró principalmente en la incorporación de más de 100 nuevas moléculas dentro del POS (Acuerdo 029) (CRES, 2011). Es así como la actualización del plan de beneficios como herramienta estratégica para orientar el gasto de salud no se ha hecho de forma periódica y sistemática. Ello explica porque muchos consideran que el POS se ha desactualizado y que ello sea una de las razonas por las que han aumentado las solicitudes de servicios por fuera del POS. Un ejemplo de ello es el conjunto de intervenciones no contempladas dentro del POS que son necesarias para el manejo de algunos tipo de cáncer, tal es el caso de medicamentos de enfermedades metastásicas donde no están ni los análogos y antiandrógenos para el cáncer de próstata. Así, la falta de actualización del POS ha sido otra de la causa del crecimiento del recobro de intervenciones no incluidas dentro del Plan de Beneficios

* + 1. **Cambios Propuestos**

*Ampliación de cobertura*

Con la creación de Mi-Plan se ampliará la cobertura en intervenciones del paquete de beneficios actual. Se plantea la inclusión paulatina de las tecnologías recobradas (No POS) que generen beneficios comprobados en salud y que se esté en capacidad de financiar con los recursos existentes (MinSalud, 2013). Finalmente, se diseña un proceso de actualización del plan de beneficios cada cierto tiempo que permita la no obsolescencia del paquete de beneficios.

*Restructuración del Plan de Beneficios; lista negativa y menor nivel de detalle*

El cambio central propuesto consiste en que, en el mediano plazo, se pase de una lista positiva a una negativa, con exclusiones explicitas tanto en intervenciones como en medicamentos. Para este último componente, se tendrá una lista de principios activos agrupados por su uso (Clasificación ATC) y una lista de exclusiones explicitas. Lo anterior, evitará que se hagan recobros innecesarios al sistema por concepto de diferencias artificiales entre moléculas.

*Igualación de las cápitas*

En los últimos años se ha venido disminuyendo la diferencia entre las UPC del régimen contributivo y el régimen subsidiado ya que el POS para el régimen subsidiado ha venido teniendo ampliaciones de cobertura, principalmente en el nivel II de atención hospitalaria, y para el 2012 se logró la unificación del Plan de beneficios. A pesar de lo anterior, en el 2013 sigue existiendo una diferencia de cerca de $60.000 per cápita entre las dos UPC, la cual se espera eliminar en 2014. Para ello se hace necesario realizar una inversión de cerca de $2 billones de pesos año, lo cual permitiría que las dos UPC se homologaran.

* + 1. **Beneficios, Costos y Riesgos**

Beneficios

*Ampliación de cobertura*

Un primer beneficio que se tiene con la nueva estructura de Mi-Plan, es el aumento de cobertura de intervenciones, principalmente en medicamentos. Se espera que al incluir dichas intervenciones dentro del Plan de Beneficios, financiado con la UPC, las Gestoras y los prestadores de Salud tengan incentivos para ejercer un mayor control sobre los criterios de cantidad, oportunidad, pertinencia y precio en el uso de las moléculas que actualmente vienen siendo recobradas, dado que el gasto que se realice por concepto de medicamentos deberá ser financiado con la UPC, única fuente de recursos. Cabe notar que ninguno de los anteriores beneficios pudo traducirse en una estimación cuantitativa por falta de información al respecto.

*Restructuración del Plan de Beneficios: construcción de lista negativa en el mediano plazo, eliminación de diferencias artificiales entre moléculas*

El hecho de que se pase en el mediano plazo de una lista positiva a una negativa, conllevará que el uso de instrumentos para acceder a intervenciones no cubiertas como son el CTC y la tutela tengan un campo de acción limitado, impidiendo de esta forma el recobro al sistema de tecnologías sin mayores valores terapéuticos agregados con elevados costos.

En segundo lugar, la eliminación de diferencias artificiales en medicamentos llevará a que no se tengan mayores argumentos que permitan emplear moléculas por fuera del Plan de Beneficios que tengan sustitutos incluidos dentro de Mi-Plan, haciendo que los recobros al sistema bajen sustancialmente.

*Ahorro por concepto de reducción del gasto No POS*

Con la inclusión de las intervenciones No POS se espera disminuir sustancialmente el número de reclamaciones por derechos en salud, que se traducen en procesos de recobro al SGSSS, ya sea por CTC o por vía tutela. En caso de no modificarse los precios que se cobrarán por esos servicios, se logrará como mínimo una reducción por gastos administrativos judiciales por concepto de tutelas cercanos a $20.447 millones de pesos al año (Nieto, E., & Arango, A. , 2011).

*Reducción de la inequidad por igualación del POS y por ampliación de cobertura del plan de beneficios*

La igualación de la UPC para el régimen contributivo y subsidiado tendrá un efecto positivo en términos de equidad, dado que los ingresos de los hogares del régimen subsidiado aumentaran al sumarle recursos a su actual prima de aseguramiento en salud (subsidio de salud), disminuyendo la brecha entre ricos y pobres.

Adicionalmente, el aumento de la UPC por concepto de la ampliación de cobertura (UPC actual + Gasto adicional)[[3]](#footnote-3), tendrá un efecto tanto en el régimen contributivo como en el subsidiado. Para el contributivo, el efecto en equidad se da través de los subsidios cruzados entre población contribuyente de altos ingresos y población contribuyente de bajos ingresos, dado que la cotización de la población rica será mucho mayor al gasto realizado por concepto de UPC para esta población. En contraste, para la población contribuyente de bajos ingresos la cotización será más baja frente a la UPC que recibe. Frente al régimen subsidiado, el efecto redistributivo por concepto del subsidio en salud es mayor en la medida que los hogares de dicho régimen no realizan aportes al sistema de salud.

Para efectos de analizar los anteriores beneficios en disminución de la inequidad en la distribución del ingreso por concepto de subsidios en salud, se calculó el efecto a través de las variaciones porcentuales del índice de GINI[[4]](#footnote-4) que se deriva del cambio en el ingreso del hogar antes y después de recibir el subsidio en salud. Lo anterior se hizo con base en el análisis de incidencia de los subsidios en salud desarrollado por Acosta, Misas, et al. (Acosta OL, Misas JD, et. al., 2007) y Misas (2009) (documento interno CEPAL).

Después de estimar la reducción en la inequidad gracias al aumento de los ingresos del hogar por concepto de los subsidios en salud, es necesario analizar si la inversión realizada para la igualación de las UPC más la ampliación de cobertura fue acorde con “el retorno de la inversión” esperado. Es decir, si el dinero invertido en igualar las UPC más la ampliación de cobertura tomando como referente el gasto adicional para alcanzar el gasto per cápita del Magisterio, tuvo el efecto redistributivo deseado en la riqueza de los hogares.

Se obtiene retorno de la inversión cuando el dinero invertido logra desplazar el índice de GINI en más de punto porcentual. Con base en lo anterior, se tomaron las estimaciones realizadas por Velez-Echavarría (Vélez, 1997), donde se calcula la eficacia redistributiva relativa (ERRE), donde se obtuvo que un incremento del gasto social del 20%, aproximadamente $400 mil millones de 1997 ($1.088 billones a precios de 2013), permitiría mejorar la distribución del ingreso y disminuir el coeficiente de GINI después de subsidios en un punto porcentual.

Con el objetivo de medir el retorno de la inversión o razón de costo/utilidad, es necesario cuantificar el gasto adicional requerido para la igualación de las cápitas y el aumento de cobertura y, posteriormente, cuantificar el beneficio logrado en equidad medido en variaciones del GINI.

De acuerdo a las estimaciones realizadas por parte de los autores, la igualación de las primas para el 2014 y 2015 conllevará a incurrir en un gasto cercano a $1.38 billones de pesos año. La ampliación de cobertura tomando como referencia el plan de beneficios del magisterio (gasto promedio año) llevaría a realizar una inversión de $1 billón de pesos anuales adicionales.

Este gasto total adicional (Igualación de cápitas + ampliación de cobertura), tendrá un efecto sobre la distribución de la riqueza en términos de equidad medido en variaciones porcentuales del índice de GINI de cerca de 3 puntos porcentuales en el régimen subsidiado y de 1 punto porcentual en el régimen contributivo *(estimaciones preliminares)*.

Lo anterior permite concluir, que el efecto esperado de desplazar el GINI un punto porcentual por cada billón de pesos invertido, es alcanzado dado que la inversión es de cerca de $2.4 billones de pesos y el desplazamiento es más de 3 puntos porcentuales del GINI.

Costos

*Igualación de cápitas y ampliación de cobertura*

De lo anterior se concluye entonces que la igualación de las primas y, el aumento de cobertura del Plan de Beneficios implican costos adicionales al sistema: La unificación de primas requiere una inversión de $1,38 billones de pesos anuales adicionales.

Con respecto a la ampliación del Plan de Beneficios, cabe anotar que a la fecha no se cuenta con el listado de intervenciones o moléculas que serán incluidas dentro de Mi-Plan. Sin embargo, diferentes instituciones han realizados estimaciones al respecto. FEDESARROLLO, desarrolló estimativos preliminares que pueden ser una primera aproximación a un plan de beneficios con ampliación de cobertura.

Una primera estimación realizada por FEDESARROLLO, tomó como referente la UPC del régimen contributivo para el 2010 más el gasto No POS del contributivo de ese mismo año dividido por el total de afiliados a dicho régimen (UPC-C + Gasto NO-POS-C / # afiliados del contributivo). Bajo este escenario se tuvieron en cuenta los supuestos de que la inclusión de las intervenciones No POS dentro del Plan no llevaría a un incremento en la demanda ni tampoco que la inclusión de dichas intervenciones llevaría a una reducción de precios de las mismas. Lo anterior, tendría como resultado un aumento de la UPC anual en el régimen contributivo de $557.891 pesos a $684.114 pesos, es decir un incremento del 22,6% (Fedesarrollo, 2012). Esto equivaldría un costo adicional del orden de $5.4 billones de pesos al año.

Una segunda estimación, tomó los gastos per cápita anuales de los regímenes especiales, los cuales son regímenes donde se brinda atención o tratamiento de todo tipo de patologías sin restricción, a los afiliados y sus beneficiarios, donde no existen cuotas adicionales a los aportes de ley para atención o tratamiento y, donde las intervenciones que se ofrecen son mucho más numerosas a las contenidas dentro del POS. Esta segunda estimación tomó como referente el Paquete de Beneficios del Magisterio y el de la Policía, al ser planes que toman como base el POS y le suman medicamentos no cubiertos, intervenciones odontológicas, entre otros (Magisterio, 2008). Lo anterior, dio como resultado un aumento de la UPC-C de $557.891 pesos a $884.294 pesos para el caso del Magisterio (aumento del 58,5%) y $557.891 a $910.184 pesos para la Policía (aumento del 63,4%). Las simulaciones realizadas por FEDESARROLLO son una primera aproximación del ajuste necesario que se requeriría para ampliar la cobertura de Mi-Plan, que haría necesario un aumento de la UPC del orden de 22% a 60% y que equivaldría a un gasto adicional entre $5.4 billones y $15 billones de pesos al año.

Sumando la igualación de las UPC del régimen contributivo y subsidiado, más la ampliación de cobertura tomando como base las estimaciones realizadas por FEDESARROLLO, se tendría que realizar una inversión anual adicional entre $6.78 billones y $16.8 billones de pesos.

Riesgos

*Sostenibilidad financiera del sistema*

A pesar de que el Plan de beneficios tendrá una ampliación de cobertura, que estará asociado a un aumento de la capíta, el alto dinamismo de las nuevas tecnologías sanitarias ejercerá gran presión al alza de la UPC para poder responder a la inclusión de medicamentos de alto costo. A modo de ejemplo IMS Consulting proyecta que para 2016 llegarán por lo menos 180 nuevas moléculas (IMS, 2013) . De allí la necesidad del fortalecimiento de las acciones del INVIMA y del IETS a la hora de autorizar y recomendar la comercialización de nuevas moléculas.

*Desequilibrio financiero*

Al ampliar la cobertura se corre el peligro que el gasto en salud sea mayor a los ingresos actualmente existentes. Como se mostró en apartes anteriores el aumentar la prima de aseguramiento para ampliar el contenido del POS puede conllevar incrementos sustanciales sobre el gasto, imposibles de financiar.

## MECANISMOS DE EXCLUSIÓN Y PRIORIZACION

* + 1. **Situación Actual**

*Mecanismos de priorización y exclusión de tecnologías*

Hasta el 2007 no existía una metodología explícita y aplicada de manera Sólo hasta el 2011 se realiza una actualización integral y se incluyeron nuevas tecnologías tomando como base una metodología de análisis “rápida” (Comisión de regulación en salud, 2011). Se priorizaron para evaluación 246 medicamentos que de acuerdo con su perfil farmacológico y teniendo en cuenta que contaran con registros sanitarios vigentes, fueran útiles en el tratamiento de enfermedades de tipo cardiovascular, metabólico, infeccioso, inflamatorio, mental, neurológico, oftalmológico, respiratorio, renal y urológico, así como los medicamentos que se usaban dentro del tratamiento integral del cáncer. Como resultado de la actualización, se obtuvo que para el 34% de las evaluaciones realizadas no fue posible dar un concepto de favorabilidad debido a la falta de información en cuanto a eficacia, seguridad y costo/efectividad en el país. Un 31% representó aquellos medicamentos que si bien se consideraron como alternativas favorables a ser incluidas dentro del nuevo Plan Obligatorio de Salud, no mostraron una ventaja significativa con respecto a medicamentos ya presentes en el POS. Sólo un 8,5% de las evaluaciones tuvieron concepto favorable para la inclusión al plan de beneficios dado que representaban una alternativa segura, eficaz y costo-efectiva. Para el 18,3% restante se tuvo concepto de favorabilidad y fueron incluidos, basados en que otras concentraciones o formas farmacéuticas de principios activos ya habían sido sumados al POS en el acuerdo 8 de 2009.

En 2013, la Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud del Ministerio de Salud y Protección Social, desarrolló una metodología de los procesos generales de depuración y ordenamiento de tecnologías en salud a evaluar, aumento de cobertura y supresión para efectos de la actualización del pos 2013 (Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud, 2013). Actualmente, está en análisis 105 tecnologías a ser evaluadas.

Lo anterior, evidencia que en los últimos años se han realizado esfuerzos en los procesos de exclusión e inclusión de tecnologías dentro del Plan de Beneficios. Sin embargo, dichos esfuerzos han llegado de forma tardía y han sido insuficientes dada la problemática actual de las intervenciones recobradas al SGSSS, teniendo grandes implicaciones sobre el gasto sanitario.

La falta de una metodología clara, de aplicación sistemática y periódica, donde tengan participación los diferentes actores del sistema, hace que los procesos de inclusión y exclusión de tecnologías no respondan a las necesidades actuales de la población, generándose rezagos en los procesos de actualización y obsolescencia de tecnologías disponibles.

* + 1. **Cambios Propuestos**

Dado lo descrito en la sección anterior, más el objetivo de pasar de un listado positivo de intervenciones a uno negativo de exclusiones en el mediano plazo, la ley propone que se implemente un mecanismo explícito de exclusión para tecnologías en salud, estipulando que los únicos criterios de exclusión admitidos son i) tecnologías que se encuentren en fase de experimentación, ii) tecnologías o usos de las mismas que no hayan sido autorizadas por autoridad competente (INVIMA), iii) que no exista evidencia técnica o científica sobre su seguridad y eficacia clínica, iv) que no exista evidencia técnica o científica sobre su pertinencia clínica y v) tecnologías para usos suntuarios o cosméticos.

El objetivo básico del mecanismo es institucionalizar un proceso incluyente, participativo y con bases técnico-científicas, para la identificación, selección, evaluación y exclusión de tecnologías en salud que serán parte de Mi-Plan.

El método a aplicar para dicha priorización tomará como base la metodología desarrollada por la Dirección de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud (DBCTAS) (Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud, 2013).

Se espera que con este mecanismo se identifiquen tecnologías obsoletas dentro de Mi-Plan y, aquellas que se contemplen a ser incluidas dentro del plan de beneficios, estén obligadas a surtir un proceso de evaluación que permita concluir si su adición aporta beneficios en salud a los pacientes y si el SGSSS está en capacidad de financiarlas. Igualmente, el contar con un proceso mejor blindado y argumentado frente a eventuales solicitudes por vía CTC o tutela y que deban ser negadas.

* + 1. **Beneficios, Costos y Riesgos**

Beneficios

El definir una metodología clara de exclusión de tecnologías permitirá tener un Plan de Beneficios actualizado acorde a las necesidades en salud de la población y en el que se esté en capacidad de financiar. A través de este mecanismo se impedirá el uso de tecnologías que tengan altos costos y pocos beneficios terapéuticos adicionales a los que actualmente se tengan con intervenciones cubiertas por el Plan de Beneficios.

De la misma forma, se buscará renovar aquellas tecnologías obsoletas que pueden estar asociadas a mayores costos y/o riesgos para los pacientes. Lo anterior, conllevará la necesidad de disminuir el rezago tecnológico entre regiones y así derribar barreras de acceso a servicios de salud para los ciudadanos.

Al tenerse un mecanismo legítimo y técnicamente robusto para la priorización y exclusión de tecnologías el Plan de Beneficios, se contará con los argumentos necesarios a los CTC y a los jueces de la República para fundamentar sus decisiones. De esta forma, se disminuirán los posibles escenarios de recobro de tecnologías no incluidas dentro del Plan de Beneficios que no tengan claramente definido su valor terapéutico para el paciente.

La existencia de una metodología explícita para la inclusión de nuevas tecnologías dentro de Mi-Plan permitirá mayor transparencia en los procesos de actualización del paquete de beneficios, teniéndose un proceso participativo de la comunidad científica y de los usuarios.

El contar con procesos de evaluación para la incorporación de nuevas tecnologías permitirá recabar información necesaria para el diseño y estructuración de herramientas como son manuales tarifarios, información estratégica para la planeación sectorial y sistemas de indicadores para la evaluación de la gestión (administrativa, financiera, resultados en salud). Con este conjunto de herramientas se podrá mejorar el control del gasto y la evaluación del desempeño relacionado al mecanismo de pago (mirar capítulo de Gestoras).

Costo

El proceso de exclusión de tecnologías obsoletas deberá ir acompañado de la renovación tecnológica, dado que la exclusión prematura podría llevar a no tener opciones terapéuticas en ciertas regiones del país. Igualmente, un escenario posible es el eventual caso de excluir tecnologías que actualmente estén cubiertas por el POS y que con su eliminación o no disponibilidad dentro del conjunto de beneficios, se puede llegar a que los usuarios de ciertas tecnologías interrumpan, abandonen o pierdan adherencia en sus tratamientos.

La implementación de mecanismos de priorización y exclusión demandará inversiones por parte del SGSSS, estas son necesarias para realizar los procesos de evaluación de tecnologías basada en la evidencia, donde la Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud (DBCTAS) y el IETS serán piezas esenciales dentro del proceso y, donde actualmente se tiene una capacidad limitada de operación.

Riesgo

Dentro de los criterios de exclusión propuestos en la Ley se contemplan aspectos de seguridad, eficacia y efectividad, dejando de lado elementos que permitan ranquear y escoger entre las diferentes tecnologías como es la razón de costo/efectividad. Hasta el momento el Ministerio no ha tomado un paso decidido de este criterio de “value for money”.

Las tecnologías excluidas, y que sean comercializadas en el país, pueden, de todas maneras, ser recobradas al sistema por vías de hecho (tutela), creando un gasto adicional al sistema de salud. Sin embargo, se espera en el mediano plazo poder pasar de una lista positiva a una negativa donde los escenarios de recobro de tecnologías son poco posibles.

Dado que uno de los objetivos de los procesos de priorización es poder allegar información para la elaboración de manuales tarifarios aplicables dentro del sistema, se corre el peligro que estos no contemplen las diferencias regionales existentes donde se tienen costos diferenciales y, de esta forma, se corra el peligro de generar problemas económicos en la prestación.

Finalmente, es necesario contemplar las diferencias regionales existentes dado el rezago tecnológico existente ya que éste puede convertirse en una barrera de acceso a las intervenciones contempladas dentro de Mi-Plan.

## PRECIOS DE MEDICAMENTOS

* + 1. **Situación Actual**

El incremento en el gasto total en medicamentos No POS en la última década se explica en gran medida por las debilidades institucionales para la actualización periódica del plan de beneficios, una política de precios inoperante y debilidades en el monitoreo y vigilancia de los precios (DNP, 2012). Entre los años 2003 y 2009 el crecimiento anual promedio del valor de los reembolsos por medicamentos No POS fue de 68% y alcanzó una cifra cercana a los $2.5 billones en 2010, aproximadamente USD$1,317 millones de dólares. El valor de los medicamentos ha sido el principal componente del reembolso total (alrededor del 82% en los dos últimos años). Sumado a lo anterior, en 2010 la mitad de los medicamentos de mayor participación en el valor total del recobro, que en conjunto concentraron el 60% del recobro total, coincidía con los medicamentos de mayor venta en el mercado mundial, de origen biológico o biotecnológico e innovaciones de reciente introducción (Zapata, J, Bernal, S, Castillo, J, Garzón, K., 20112).

El precio de los medicamentos en Colombia alcanzó cifras tres y cuatro veces mayores que en el resto del mundo., haciendo que el índice de precios de los fármacos creciera un 30% y el gasto en salud de los colombianos entre US$500 millones y US$1.000 millones en el último año.

Los medicamentos de alto costo presentan un alto grado de concentración en pocos laboratorios de registros (fármacos). De hecho, para el 2012 solo 244 registros (1% del total) devengaban valores superiores a $5 mil millones de pesos anuales cada uno. De esta manera, el análisis de los 244 registros de mayor valor reportado al Sistema de Información de Precios de Medicamentos (SISMED), venden los medicamentos de alto costo, de los cuales detentan el monopolio, a precios dos, tres y más veces superiores a los que se venden en países como Perú, México, Estados Unidos, España o Reino Unido (Observamed, 2012). Puede concluirse, que el país está entre el segundo y tercero más caro en precios de fármacos en el mundo.

*Regulación de precios de medicamentos*

A pesar de la existencia de una política de regulación de precios del sector farmacéutico, que tiene sus orígenes en la Ley 100, en los últimos años se han visto precios desproporcionados por concepto de medicamentos que ha contribuido en gran parte al desequilibrio del sistema de salud. Es posible identificar tres momentos de dicha regulación. El primero que va desde 1993 hasta el primer trimestre de 2002, caracterizado por una intervención amplia con procedimientos automáticos del paso de uno a otro régimen de regulación (entiéndase libertad vigilada, libertad regulada y control directo), definición de precios de venta al público y obligación de marcado de precios en los empaques. Un segundo período desde el 2002 hasta el 2006, menos intervencionista, que paulatinamente fue flexibilizando el régimen de control de medicamentos. Finalmente, un tercer período de libertad de precios (con muy pocas excepciones) a partir de 2006 (DNP, 2012) mediante la Circular Número 04.

A partir de 2011 y 2012 se emitieron las resoluciones para fijar Valores Máximos de Recobro que consiguieron ahorros sustantivos para el sistema, especialmente en lo que tenía que ver con medicamentos de alto costo. Así mismo, la [Circular 03 de 2013](https://www.mincomercio.gov.co/descargar.php?id=67025), que establece la metodología para regular los precios de los medicamentos donde se destaca el hecho de que, a diferencia de lo que sucedía con la política anterior ([Circular 04 de 2006](http://www.epssura.com/files/circular4_2006.pdf)), la nueva política elimina complejidades en la determinación de precios de referencia internacionales y propone una estrategia mucho más precisa para establecer cuándo un medicamento tiene suficiente competencia y no debería ser regulado y cuando no la tiene y por lo tanto debería pasar a control directo a través de precios de referencia internacional.

Dado lo anterior, puede decirse que aunque históricamente Colombia contó con una serie de instrumentos normativos e institucionales para regular los precios de los medicamentos en el mercado, su aplicación fue muy limitada. Esto puede explicarse por la complejidad del modelo metodológico para decidir las intervenciones, sumado a la debilidad del sistema de información en la generación de alertas de activación de los mecanismos de control. De la misma forma, la carencia de criterios de priorización para balancear los beneficios de una eventual intervención frente a los costos públicos, privados y políticos, llevó a no aplicar procesos regulatorios frente a los precios de los medicamentos. Adicionalmente, en la última década se adoptó una posición de política económica de defensa de la competencia, como regulador automático de precios, sin considerar las distorsiones propias del mercado farmacéutico por concepto de patentes y protección de datos (DNP, 2012).

* + 1. **Cambios Propuestos**

*Instrumentalización de la política farmacéutica*

Se plantea la eliminación de la Comisión Nacional de Precios y Medicamentos y Dispositivos Médicos, cuyas funciones serán asumidas por el Ministerio de Salud y Protección Social. Se adoptará la Política Farmacéutica Nacional (CONPES 155 de 2012) la cual tendrá como estrategias transversales: i) disponibilidad de información confiable, oportuna y pública sobre acceso, precios, uso y calidad de los medicamentos, ii) construcción de una institucionalidad eficaz, eficiente y coherente; y iii) adecuación de la oferta y las competencias del recurso humano del sector farmacéutico. De la misma forma desarrollará siete estrategias restantes: i) desarrollo de instrumentos para la regulación de precios y del mercado; ii) fortalecimiento de la rectoría y del sistema de vigilancia; iii) compromiso con la sostenibilidad ambiental y el aprovechamiento de la biodiversidad; iv) adecuación de la oferta de medicamentos; v) desarrollo de programas especiales de acceso; vi) diseño de redes de Servicios Farmacéuticos (SF); y vii) promoción del uso adecuado de medicamentos.

*Patentes*

Se plantea la vigilancia tecnológica en los procesos de evaluación de la altura inventiva de los medicamentos que soliciten patente. La concesión de patentes en cabeza de la Superintendencia de Industria y Comercio preservará los incentivos a la innovación pero en equilibrio con el aporte a la solución de problemas de salud relevantes que justifiquen la existencia del monopolio que representa la patente y su potencial efecto sobre el precio y la sostenibilidad del sistema de salud (Ministerio de Salud y Protección Social - MSPS, 2013).

* + 1. **Beneficios, Costos y Riesgos de una mayor regulación de precios de medicamentos**

Beneficio

La Política Farmacéutica Nacional de 2012 se constituye en hoja de ruta en materia de acceso, oportunidad de dispensación, calidad y uso de los medicamentos. La Política farmacéutica jugará un papel protagónico en la gestión pública del gasto farmacéutico nacional, evitando prácticas inadecuadas de uso, inducción indebida de la demanda, precios altos y márgenes de intermediación exagerados.

A través de la regulación de precios se garantiza que las tarifas de comercialización de los medicamentos que actualmente se venden en Colombia, estén acordes con los precios internacionales, eliminando la posibilidad de obtención de rentas con precios por encima de los de mercado.

El llevar a que los precios estén acordes al mercado mundial permitirá una mayor previsibilidad del gasto en salud y se tendrá un mayor control sobre el gasto No POS.

Costo

La implementación de referenciación de precios internacionales hace necesario que la autoridad competente tenga altos estándares técnicos y operativos que permitan la sustentabilidad de las decisiones en torno a las moléculas a regular. Lo anterior, implica inversiones en capacitación y aumento de personal técnico en las entidades encargadas de regular tarifas.

Es necesario fortalecer el sistema de información de precios de medicamentos (SISMED), para poder monitorizar los comportamientos del mercado y dictar las medidas necesarias cuando se observen desviaciones a lo reglamentado.

Riesgo

Un riesgo existente es el relacionado con la capacidad regulatoria, la CNPMD no dispone de un cuerpo técnico suficiente. Los técnicos de apoyo en los dos Ministerios (MSPS y MCIT) son pocos y disponen de escasos recursos.

Así mismo el Sistema de Información de precios de Medicamentos (SISMED) no ha sido aprovechado en su potencial y presenta algunas limitaciones técnicas y operativas pendientes de resolver. Dado que toda la regulación de precios está montada en el punto de la cadena del mayorista, las prácticas de reporte de estos mayoristas y la capacidad del Estado de identificar y sancionar a quienes no reporten juiciosamente será crucial para que la nueva política funcione.

En la actual política de regulación de precios no se ha contemplado como regular aquellos medicamentos que no tengan países de referencia internacional a comparar.

La fijación de precios máximos de recobro puede generar un efecto murciélago, haciendo que aquellos productores de medicamentos que actualmente tengan precios por debajo al regulado se aproximen al precio techo fijado.

## SÍNTESIS

La matriz que se muestra a continuación sintetiza los cambios planteados en el marco de la reforma frente al Plan de Beneficios. Cada cambio analiza los posibles beneficios que se tendrá sobre el sistema y la población, los costos o desventajas en que se podrá incurrir y los posibles riesgos que se tendrán en la puesta en marcha de cada uno de ellos.

Cuadro 3. Esquema de Análisis para Mi-Plan

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **1. Plan de Beneficios ampliado, reestructurado y con primas iguales para ambos regímenes** | | |
| **Beneficios** | **Costos** | **Riesgos** |
| * **Se contará con un plan integral que garantiza mayor cobertura.** * Se reducen los recobros al SGSSS, ya sea por CTC o vía tutela gracias a la mayor cobertura. * **Mejora la equidad en el acceso a servicios de salud**. | * Se requiere fortalecer las capacidades técnicas de los funcionarios del Ministerio. * No hay garantía de la total eliminación de procesos de recobro. * **Asociados a la igualación de las UPC entre regímenes**. * **Incrementos en la UPC por ampliación de cobertura.** | * La igualación y ampliación de la cobertura, pueden desbordar los presupuestos estimados en el SGSSS. |
| 1. **Mecanismos de Exclusión y priorización** | | |
| * Se eliminarán tecnologías obsoletas o que no den mayor valor terapéutico. * Se tendrán criterios claros sobre los métodos de exclusión de tecnologías. * Mecanismo explícito para la incorporación de nuevas tecnologías que da mayor transparencia a los procesos de actualización. * Se facilita la generación de herramientas de tarificación, planeación y evaluación, que refuerzan el control del gasto y la evaluación del desempeño. | * No se consideran explícitamente aspectos de costo/efectividad de las tecnologías a excluir frente a opciones terapéuticas con resultados clínicos similares. * Las tecnologías excluidas de Mi-Plan podrán ser recobradas al sistema mediante tutela. * Demandará inversiones en evaluación de tecnologías basadas en evidencia para todas las intervenciones elegidas. | * La exclusión de tecnologías de vieja data puede llevar a que en regiones con rezago tecnológico no se tenga opción terapéutica. * La exclusión de tecnologías actualmente cubiertas, puede llevar a que los pacientes interrumpan su tratamiento. * Falta de claridad sobre las etapas que se surtirán dentro de la evaluación para la priorización de tecnologías en salud. * La fijación de un manual tarifario de referencia podría no contemplar las diferencias regionales que se pueden traducir en costos diferenciales de prestación. |
| 1. **Regulación de Precios de Medicamentos** | | |
| * Se facilitará la contención y la previsibilidad del gasto sanitario. * Se consolida la Política Farmacéutica Nacional * Los precios de los medicamentos comercializados en Colombia responderán al comportamiento mundial de los mismos. | * Se debe garantizar altas capacidades operativas y técnicas en la autoridad encargada de definir y monitorizar los precios con un costo operativo alto. | * No contar con los sistemas de información necesarios generadores de alertas. * Los mecanismos de referencia de precios no contempla el escenario de medicamentos comercializados en Colombia y que no se tenga referencia de otros países. * Se puede generar el efecto murciélago para aquellos medicamentos que tengan un precio menor al precio de referencia |

En el cuadro anterior se resaltan los elementos que se incluirán en el proceso de valoración económica del impacto por la unificación e integración del Plan Obligatorio de Salud, Mi-Salud (**Capítulo 8, Cuadro 9**).

# ORGANIZACIÓN DE LOS GESTORES DE SALUD

La reforma en salud planteada en el proyecto de Ley 210 de 2013 incorpora cambios estructurales dentro del SGSSS. Uno de ellos es la reformulación del papel de las actuales aseguradoras, EPS en “Gestoras de Salud”. Este capítulo revisa cada uno de estos cambios propuestos y resumidos en la tabla 1. Inicialmente, se realiza una descripción de la situación y problemática actual para luego describir cada uno de los cambios propuestos y finalizar con una discusión de los posibles beneficios, costos y riesgos. El capítulo termina con una matriz que resume los potenciales beneficios, costos y riesgos que pueden conllevar estos cambios.

Cuadro 2. Cambios Propuestos

|  |  |
| --- | --- |
| Cambios propuestos | Principal objetivo |
| Funciones del asegurador | El asegurador ya no recibirá los recursos correspondientes a la prima. Estos son mantenidos en una unidad de gestión adscrita al Ministerio de Protección Social. |
| Restricción a la Integración Vertical entre Aseguradores y Prestadores | No se podrá tener integración vertical entre la Gestora de Salud y la Red de Prestación en todos los niveles de atención, excepto en atención primaria en salud (nivel I de complejidad). |
| Endurecimiento de los requisitos para ser Gestoras de salud | Se aumentan los niveles necesarios de respaldo patrimonial, margen de solvencia y reservas. |
| Pago por desempeño al asegurador | Se propone incorporar un modelo de pago por desempeño a la gestora de salud, donde parte de sus ingresos serán en función de su desempeño medido en indicadores de salud. |
| Definición de Áreas de Gestión Sanitaria | Las Áreas de Gestión Sanitaria se definen como zonas del territorio colombiano para las cuales el Gestor hará identificación, clasificación y tamizaje de riesgo en salud con base en lo cual organizará la redes de prestación de servicios adecuadas para la atención oportuna, integral y continúa de los usuarios. De esta forma, se permitirá que los gestores concentren su gestión en áreas geográficas específicas evitando la dispersión de la operación. |

## REDEFINICIÓN DE FUNCIONES

* + 1. **Situación Actual**

El esquema actual del sistema de salud colombiano basado en el aseguramiento tiene como uno de sus principales actores las Empresas Promotoras de Salud (EPS). Dentro de las funciones que actualmente desarrollan las EPS son:

1. **Por delegación del Estado**

* Recaudar cotizaciones
* Pagar las licencias de maternidad e incapacidades por enfermedad general
* Pagar servicios no incluidos en el plan de beneficios (servicios NO-POS) cuando así lo ordene una instancia judicial o un comité técnico científico.

1. **Propias (funciones de aseguramiento)**

* Administrar la afiliación
* Cubrir las incapacidades por enfermedad general y por licencias de maternidad
* Cubrir el plan de beneficios explícito –POS-, para lo cual:
  + Administran el riesgo de salud
  + Organizan la red de servicios
  + Gestionan el costo de salud

La mezcla de funciones concedidas a las EPS les permitió ser aseguradoras, prestadoras, compradoras de servicios y productos relacionados a la salud, entre otros. Para algunas, eso llevó a que se desdibujara su rol principal ante el sistema; en vez de dedicarse a la gestión de riesgo se centraron en la generación de rentas a partir de los dineros que recibían a cambio de prestar el POS. Lo anterior fue posible por la falta de rectoría del sistema y un ente regulador fuerte (Ministerio de Seguridad y Protección Social - MSPS, 2013).

De acuerdo a la Exposición de Motivos que acompaña el Proyecto de Reforma al sistema de salud colombiano (Proyecto Ley 210 de 2013), el modelo de funcionamiento de las EPS generó incentivos para que estos agentes extrajeran rentas basadas en dineros públicos, en detrimento del bienestar de la población. Los mecanismos que se dieron para esto fueron: La concentración de la atención en los servicios más costosos y/o rentables, una función de aseguramiento concentrada en generar utilidad financiera y no en gestionar riesgo y producir resultados en salud y, la imposición directa o indirecta de barreras de acceso a los usuarios (geográficas, financieras y administrativas) con el fin de aumentar utilidades.

* + 1. **Cambios Propuestos por el Proyecto de Ley**

El proyecto de Ley actualmente en trámite en el Congreso, reestructura el sistema y transforma las EPS en una figura llamada Gestoras de Salud. Un primer cambio, radica en la eliminación de las funciones de afiliación de los usuarios al sistema la cual será asumida por SaludMia, ya no realizará el recaudo de los dineros de las cotizaciones de los asalariados al sistema de salud y estos serán consignados de forma directa a la unidad de gestión SaludMia, no le será girada la prima de aseguramiento (Unidad de Pago por Capitación) y sólo recibirá un 10% de la misma para gastos administrativos y, no cumplirá la función de pagar a los prestadores de servicios de salud contratados por el asegurador, de ahora en adelante los pagos serán de forma directa entre SaludMia y el prestador.

Se espera que con los anteriores cambios en las funciones, las Gestoras de salud concentren sus esfuerzos en la contratación de la red de prestación, gestión del riesgo en salud y búsqueda de objetivos sanitarios en vez de concentrar sus esfuerzos en administrar los dineros del sistema.

* + 1. **Beneficios, Costos y Riesgos.**

Dentro de los beneficios esperados de la redefinición de funciones a las Gestoras de Salud se tiene la recuperación del control de los fondos del sistema al pasar estos de los aseguradores a una unidad de carácter financiero adscrito al Ministerio de protección Social denominada Salud-Mía (es tema se desarrolla en capítulo aparte de este documento). De esta forma, la gestión financiera sobre dichos fondos generará rendimientos que serán reinvertidos en el Sistema de Salud y que ya no quedarán en manos de particulares y ya no serán reinvertidos en temas ajenos a la salud. En 2012, las EPS tuvieron un recaudo cercano a los $25.3 billones de pesos (SUPERSALUD, 2012), los cuales generaron en las cuentas bancarias de las aseguradoras rentabilidades financieras cercanas a $1.35 billones de pesos[[5]](#footnote-5) (este monto equivale a la UPC del régimen contributivo de 2´372.817 personas), las cuales hubieran podido ser reinvertidas dentro del sistema. Adicionalmente, una proporción no despreciable de los fondos del SGSSS se re direccionaron a inversiones alejadas del objetivo esencial de las EPS y se asignaron a otros como la construcción de infraestructura, la implementación de proyectos inmobiliarios y a otras inversiones ajenas al sistema (Semana, 2011).

Por otra parte, el tener el control de los fondos del SGSSS en SaludMia, permitirá disminuir los tiempos de días de cartera entre el pagador y los prestadores mediante la simplificación de procesos bajo un esquema de pago directo desde esa unidad de gestión y los prestadores en vez de tener que ser cobrados a las EPS y estas a su vez al Fosyga, dado que muchos de los cobros generados por parte de los prestadores son intervenciones no cubiertas dentro del Plan de Beneficios. Se estima que al 31 de diciembre de 2012 la deuda del SGSSS con la red de prestación ascendía a $4.9 billones de pesos, de los cuales el 57.2% era cartera mayor a 60 días (SUPERSALUD, 2012). La mayor deuda la tenían las EPS del Contributivo ($1.7 billones de pesos con 59% de cartera morosa), seguidas por las EPS del Subsidiado ($1.4 billones de pesos con 67.7% de cartera morosa). Es decir, que las EPS representaban $3.1 billones de pesos del total de la deuda, cerca del 63%. Este nivel de endeudamiento hace que cerca del 40% de las IPS públicas estén en riesgo medio alto de carácter fiscal y financiero (Ministerio de Salud y Protección Social, 2012). Lo anterior evidencia las grandes dificultades en el flujo de los recursos que llevan a que el sector de la salud este atravesando por una gran crisis. Cabe mencionar, que el mecanismo de pago directo a prestadores ya cuenta con un anteceden en el sistema al haber sido adoptado para el régimen subsidiado en el 2012. Unos primeros resultados muestran que se desembolsó a diciembre del 2012 cerca de $5.3 billones de pesos a 999 Instituciones Promotoras de Salud (IPS) públicas y 1.129 privadas ( Departamento Nacional de Planeación, 2013), dando solvencia financiera a los prestadores. Adicionalmente, a través del pago directo se logra una mayor trazabilidad de los flujos de los dineros del sistema dado que los servicios facturados deberán ser revisados por la unidad de gestión SaludMia para que ésta posteriormente realice el pago al prestador. Se reducen el número de actores que intervienen en el flujo de los recursos y, de ésta manera los costos de transacción igualmente disminuyen.

Además, las gestoras de salud al no tener que gestionar el recaudo y administración de los dineros del SGSSS, podrán concentrar sus esfuerzos en la gestión del riesgo y el logro de resultados en salud. Sumado a esto se implementará un modelo de pago por desempeño que permitirá balancear los incentivos económicos con los sanitarios (este tema será presentado en una sección posterior).

A pesar que SaludMia será la encargada del recaudo y la administración de los dineros del SGSSS, las Gestoras mantendrán la potestad de elegir, definir las condiciones contractuales y auditar las facturas y el desempeño de los prestadores al considerar que eso son funciones importantes para cualquier entidad aseguradora que asume algún tipo de riesgo y que tiene que prestar el plan de beneficios y a la vez hacer alcanzar la prima (UPC). Sin embargo, con ello sigue existiendo la posibilidad que el asegurador y el prestador busquen obtener rentas indebidas en la operación sino se cuenta con un ente regulador robusto que monitoree el sistema. Esta potestad de contratación puede ser más contraproducente si se tienen en cuenta que muchas de las actuales IPS tendrán que ser escindidas por parte del asegurador como grupo empresarial, manteniéndose relaciones y comunicaciones informales (lo que más adelante se menciona como la Integración Vertical virtual).

En síntesis, el suprimir dentro de las funciones de las Gestoras de Salud el recaudo y la administración de los dineros del SGSSS, se logrará una mayor trazabilidad del gasto en salud, reinversión de la rentabilidad financiera de los dineros de la salud en el sistema, disminución en el número de días de cartera para el prestador que se traducirá en mayor liquidez y se reducirán los procesos administrativos y los costos de operación. Las Gestoras de Salud seguirán teniendo la potestad de la contratación de la Red de Prestadores haciendo necesario una institución reguladora robusta que audite las actividades y la creación de incentivos que generen un balance entre la reducción de costos y el alcanzar metas sanitarias.

## SE RESTRINGE LA INTEGRACIÓN VERTICAL ENTRE ASEGURADORES Y PRESTADORES

* + 1. **Situación Actual**

La integración vertical en el SGSSS ha sido contemplada desde la ley 100 de 1993, donde se hablaba de las relaciones que debería tener la aseguradora con las instituciones prestadoras de servicio de su propiedad. En el 2007, se empieza a regular dichas relaciones entre el asegurador y el prestador (Ley 1122, artículo 15), donde se plantea que “las Entidades Promotoras de Salud (EPS) no podrían contratar, directamente o a través de terceros, con sus propias prestadores más del 30% del valor del gasto en salud. Las EPS podrán distribuir este gasto en las proporciones que consideren pertinentes dentro de los distintos niveles de complejidad de los servicios contemplados en el Plan Obligatorio de Salud.” De esta forma, se habilitaba la integración vertical, pero se limitaba el porcentaje de empresas integradas.

De acuerdo a estudios realizados en el 2008 donde se midió la concentración de mercado dentro del SGSSS (Gorbaneff, 2008), se concluyó que se tenían pocas aseguradoras que concentrando la totalidad de los afiliados y que ello conducía a que los prestadores presentaran crisis financieras que los llevaba a unirse con los aseguradores para negociar mejores precios dado que las aseguradoras ejercían su posición dominante a la hora de negociar con el prestador.

Las aseguradoras podían crear su propia red de prestadores de servicios, tener sus propios hospitales, y de esta forma ya no sentirán la necesidad de prestar un buen servicio pues no tendrían que competir contra otros prestadores, ya que la EPS –dueña- privilegiaría por encima de todo a sus prestadores a la hora de la contratación (Parra, 2013).

* + 1. **Cambios Propuestos por el Proyecto de Ley**

No se podrá tener integración vertical entre la Gestora de Salud y la Red de Prestación en todos los niveles de atención, excepto en atención primaria en salud (nivel I de complejidad).

* + 1. **Beneficios, Costos y Riesgos**

Desde la perspectiva de organización industrial, la integración vertical se ve como una de las estrategias que más valor generan en la producción de bienes, la alineación de intereses entre las diferentes firmas vinculadas en el proceso de elaboración de un producto lleva a que éste aumente su valor agregado durante los procesos de elaboración o etapas de desarrollo sin mayores incrementos en costos en cada etapa del proceso. La integración vertical en el caso del mercado del aseguramiento y prestación en salud tiene una diferencia sustancial con la que se da en industrias de bienes. Dicha diferencia radica en que el seguro de salud no implica para el asegurador un gasto automático en bienes o servicios que deba brindar al asegurado en el momento que éste se asegura, sólo en el caso que el asegurado tenga un “siniestro” en salud, el asegurador tendrá que incurrir en costos de prestación por la atención del asegurado, de allí que el asegurador tenga incentivos para que el beneficiario del seguro no lo ejecute en plenitud (MPS, 2013). Por lo anterior, surge la preocupación de incentivos perversos que puedan ser catalizados por la integración vertical para la no prestación, disminución de la calidad, retrasos en la dispensación de servicios y generación de rentas indebidas.

A pesar del riesgo que existe en que la integración vertical permita al asegurador influenciar al prestador frente a brindar la atención en salud, es importante considerar algunos aspectos positivos de la misma. La integración vertical elimina el problema de la doble marginalización (Spengler, 1950). Los procesos que conforman la prestación o manejo de un problema de salud son brindados por el asegurador y el prestador, donde cada uno de ellos busca obtener una rentabilidad mínima, de esta forma, por cada proceso que desarrolle el asegurador o el prestador llevará a que el precio del manejo del problema de salud aumente dada la inclusión de los costos y márgenes de rentabilidad de cada uno de los integrantes del proceso. Cuando se tiene IV, solo uno de los actores introduce su rentabilidad en el precio, y de esta forma, el costo final del manejo del problema de salud será mucho menor. En contraste, cuando el asegurador y el prestador no están integrados, se incurrirá en ciertos costos necesarios para la operación (p.e. infraestructura, personal administrativo y asistencial) tanto para el asegurador como para el prestador. Cuando se tiene la IV se puede compartir costos entre el asegurador y prestador (p.e. área administrativa), haciendo que el costo final sea menor frente al modelo no integrado. Algunos autores muestran que en Colombia los motivos de la IV se sustentan en esa doble marginalización, donde mencionan que dados los altos costos de transacción entre empresas (asegurador y prestador) se tienen mejores resultados un modelo integrado que tener aseguradoras y hospitales trabajando por separado (Restrepo, 2007). Adicionalmente, argumentan que los potenciales beneficios de la IV descritos anteriormente, sólo son benéficos bajo ciertos criterios, particularmente cuando se busca suplir necesidades de oferta y no como un modelo de extracción de rentas. Dado que el asegurador debe garantizar contar con una red de prestación con oportunidad para el paciente, puede ser beneficio que el asegurador cree la oferta de prestadores en el caso de la inexistencia de la misma en algunas regiones del país.

Otro aspecto positivo de la IV a tener en cuenta es ésta reduce los problemas de asimetrías de información (Castaño, 2004). En los modelos de salud basados en aseguramiento se tiene un problema de información entre el asegurador y el prestador, ya que el segundo atiende al benefactor del seguro y tiene un rango de decisión sobre cómo tratarlo, mientras que al primero sólo le llega la factura de los servicios. Caso contrario ocurre cuando se tiene IV, ya que permite reducir costos dado que puede coordinar y tiene el flujo de información sobre los procesos de atención. Las ventajas de la reducción de las asimetrías de información de lo que se le hace al paciente para el manejo de su problema de salud radica en tres aspectos. Primero, el asegurador verifica la prestación del servicio; segundo, tiene mayor control sobre los gastos y; tercero, puede generar mayor coordinación en la red de servicios y búsqueda de un desenlace en salud. Este último, es de la mayor relevancia dado que los objetivos en salud por parte del asegurador se pueden alinean de mejor forma con las acciones desarrolladas por parte del prestador.

A pesar de las ventajas de reducir las asimetrías de información entre el asegurador y el prestador, no se puede desconocer el riesgo que existe en que el asegurador tenga el control de prestador, ya que puede ejecutar planes de contención de costos reduciendo la calidad. Sin embargo, algunos estudios muestran que con la presencia de integración vertical la calidad de los productos aumenta (AcademyHealth, 2010).

Al limitar la integración vertical sólo al nivel I, hace que el poder de mercado de las aseguradoras disminuya e incentiva la competencia entre prestadores del nivel II y III logrando mejores tarifas en la prestación y mejoras en la calidad del servicio. Si el asegurador pudiese tener su propio hospital en niveles de complejidad II y III, a la hora de negociar tarifas podría asignar valores por encima de las de mercado para aquellas intervenciones no cubiertas dentro del plan de beneficios o intervenciones que son cubiertas a través de la cuenta de alto costo y así generar rentas indebidas. El incentivar la competencia entre prestadores puede incrementar la eficiencia en el uso de los recursos y mejoras en la calidad de la prestación basada en un modelo donde el que audita la intervención es un asegurador independiente al prestador. Dado que la facturación de los servicios por parte del prestador es independiente al asegurador, se tiene un mayor control de lo facturado al no estar ésta viciada por manejos no adecuados de cobros indebidos al sistema por parte del asegurador.

Un riesgo latente con la limitación de la integración vertical en los niveles II y III de complejidad, es que los actuales aseguradores integrados, pasen a ser sólo prestadores y se concentren en los servicios de mayor margen de rentabilidad dejando de lado aquellos más costosos y menos rentables (Ej. Atención de las urgencias o de las enfermedades crónicas). Cuando existe la IV el gestor maneja los problemas de salud en forma integral donde buscará a través de la prestación un determinado resultado en salud, siendo congruente sus acciones en los diferentes niveles de atención. Al no existir la integración vertical, se tendrán incentivos por parte del prestador en concentrarse en aquellas intervenciones que presenten costos bajos. De acuerdo al estudio realizado por el Ministerio de Salud a partir de la información del Registro Especial de Prestadores de Salud con corte a abril 2013 (MPS, 2013), se observó que los servicios de urgencias y hospitalarios, que requieren los más altos costos por parte de los hospitales, son atendidos por las instituciones públicas, mientras que las consultas externas están fuertemente controladas por los hospitales privados. Esto indica que existe una preferencia marcada del sector privado por las actividades en salud que no implican costos tan altos. Dado lo anterior, muchos de los actuales prestadores integrados verticalmente con los asegurados, preferirán concentrarse en la prestación de aquellas intervenciones de bajo costo y alta rentabilidad.

El debate sobre los efectos que tiene la integración vertical (IV) y más específicamente la integración vertical entre el asegurador y el prestador continúa abierto. Desde una aproximación teórica se parte que la IV disminuye los costos de transacción, mejora la gestión del riesgo técnico[[6]](#footnote-6) (incurrir en pérdidas), disminuye problemas generados por las asimetrías de información con los prestadores, mejora la capacidad para negociar las tarifas con los prestadores, evita la doble marginalización[[7]](#footnote-7) (Spengler, 1950) y puede generar problemas de competencia desleal al fijar precios de intervenciones por debajo del costo marginal, haciendo que empresas no integradas verticalmente salgan del mercado (Salinger, 1988), (Rey, P. and J. Tirole, 2007).

Lo anterior evidencia que existen argumentos a favor y en contra de la IV sin que unos pesen más que otros. Es importante analizar en detalle cada uno de ellos y suscribirlos a la realidad del SGSSS, el cual dado sus características no se comporta como un sector industrial de producción de bienes finales sino por el contrario reúne una serie de características propias de la firmas de seguros.

A pesar que la reforma en salud plantea la no integración vertical en los niveles II y III en busca de mayores niveles de eficiencia en el uso de los recursos, mejoras en calidad y mayor control en la administración de los recursos, es importante mencionar la necesidad de contar con un ente regulador que apoye el proceso de auditoría de las intervenciones, que verifique los procesos de contratación entre el asegurador y el prestador, dado que a pesar que no exista una IV por propiedad financiera, si puede darse una IV “virtual”, basada en acuerdos contractuales que generan una dependencia técnica y administrativa (Restrepo, 2007), abriendo un espacio de generación de rentas indebidas.

## ENDURECIMIENTO DE LOS REQUISITOS PARA SER GESTORAS DE SALUD

* + 1. **Situación Actual**

Actualmente tanto aseguradores como prestadores del SGSSS atraviesan serias dificultades financieras dado el alto volumen de cuentas de prestaciones pendientes de pago. La situación es tan grave que se habla inclusive de quiebra sectorial (Correa, 2013). Cabe mencionar, que las EPS deben mantener un patrimonio técnico superior al margen de solvencia a fin de garantizar las condiciones financieras y determinar la capacidad para el cumplimiento de las obligaciones. La ley le exige a las EPS, tanto del régimen contributivo como del subsidiado, tener un patrimonio de por lo menos 10.000 salarios mínimos legales mensuales (cerca de $5.000 millones de pesos), cuando este requisito no es cumplido por alguna EPS implica que dicha entidad no es solvente y no tiene con qué responder por sus obligaciones o frente a cualquier imprevisto. El margen de solvencia es el indicador que muestra si la EPS tiene capacidad de pagarles a los prestadores de servicios de salud por los servicios e insumos que necesitan sus afiliados. Cuando una entidad no cuenta con ese margen, no solo pone en riesgo la calidad de la atención, sino el bienestar e, incluso, la vida de los pacientes.

De acuerdo a la Superintendencia de Salud, las cuentas por pagar a los prestadores del régimen contributivo ascienden a $3.671.673 millones de pesos a junio de 2013 y para el régimen subsidiado dicha cifra asciende a $4.064.429 millones de pesos. Cabe anotar, que para junio de 2013 los activos de las aseguradores de los dos regímenes era menor al pasivo que presentaban (10.030.129 y 10.167.860 millones de pesos, respectivamente) (SuperSalud 2013). La deuda a los prestadores ha aumentado en cerca de $2.740.980 millones de pesos frente al 2012 y se evidencia una disminución del patrimonio en cerca de $492.096 millones de pesos. Esta situación ha llevado que la red de prestadores, y más aún la red pública, tenga una gran proporción de prestadores a portas de ser liquidados.

* + 1. **Cambios Propuestos por el Proyecto de Ley**

A partir de la puesta en marcha del Decreto 1052 de 2013, se aumentan los niveles necesarios de respaldo patrimonial, margen de solvencia y reservas, donde se tendrá un factor de ajuste por riesgo de los ingresos operacionales para aquellas entidades que no se acogieron o cumplieron con el sistema de administración de riesgo (10% para las que no cumplieron y 8% para las que cumplieron). De allí, que para aquellas entidades que actualmente han puesto en marcha su gestión de riesgo tendrán que realizar menos esfuerzos financieros. Se requerirá mayor capacidad de gestión administrativa y tecnológica, e integralidad y suficiencia de la Red de Prestación de Servicios de Salud. Lo anterior busca acabar con las aseguradoras de “garaje” (Ministerio de Seguridad y Protección Social - MSPS, 2013), que operaban con muy pocos afiliados y sin servicios confiables. Sumado a lo anterior, a partir de la reforma se define un número mínimo de afiliados por Gestor para un Área de Gestión Sanitaria que garantice la sostenibilidad de la Gestora financieramente.

* + 1. **Beneficios, Costos y Riesgos**

La exigencia de requisitos más fuertes desde el aspecto financiero y capacidad de prestación asegurarán que el asegurador tendrá respaldo financiero para adquirir deudas con los prestadores por concepto de servicios prestados y que la red de prestadores no interrumpirá la prestación por no pago de facturas. Esto asegurará poder desarrollar una mejor gestión del riesgo y lograr mejores resultados en salud. Cabe anotar, que de acuerdo a la Superintendencia de Salud, las actuales EPS que estarían en capacidad de volverse Gestoras y cumplir con lo exigido en el proyecto de Ley sería un porcentaje muy reducido. En el primer semestre del 2013, de las 49 EPS del régimen Subsidiado 14 de ellas estaban intervenidas para ser liquidadas y 1 intervenida para administrar, 1 en plan de recuperación, 4 en vigilancia especial y 9 en estudio de actuación administrativa; 2 de las 20 restantes pidieron retiro voluntario y sólo 8 de las 18 sin actuación administrativa, cumplen con los requisitos básicos de patrimonio mínimo y margen de solvencia. En el régimen contributivo de 23 EPS, 4 han sido intervenidas para liquidación y 1 para administración, 1 está en trámite de actuación administrativa, 4 en vigilancia especial, de las 13 sin actuación administrativa, solamente 4 de ellas cumplen con el requisito de patrimonio y solvencia. Los resultados expuestos por la Superintendencia de Salud muestran que sólo 8 EPS del régimen subsidiado y 4 EPS del régimen contributivo cumplirían parcialmente los requisitos exigidos dentro del marco de la reforma.

Sumado al conjunto de acciones que garanticen la capacidad financiera y de continuidad de la prestación, es necesario realizar una serie de modificaciones dentro del sistema que permitan que la operación sea viable financieramente. Algunas de estas modificaciones ya están siendo llevadas a cabo como es el caso del giro de director al prestador, el cual ha venido teniendo un efecto importante sobre el número de días de cartera y disminución de las cuentas por pagar al prestador del régimen subsidiado.

Tal como se mencionó anteriormente, el número de EPS que pueden cumplir con los requisitos exigidos es reducido frente al total de aseguradoras existentes. Sólo 12 del total estarían en capacidad de convertirse en Gestoras de Salud, lo que podría llevar a concentración del mercado de aseguramiento en unos pocos que sin un ente regulador fuerte puede llevar a que los aseguradores ejerzan su poder de mercado en contra del prestador.

Adicionalmente, los requisitos exigidos hacen que se perciba un mayor margen de retorno a la inversión en la figura de Prestadora que en el de Gestora. Por lo anterior, se tendrán incentivos para que las actuales empresas aseguradoras (EPS) que actualmente tienen IV con prestadores prefieran dedicarse a la prestación y abandonar el aseguramiento, haciendo que la oferta de aseguradores disminuya y que algunos de los que cumplen hoy en día con los requisitos exigidos se vuelvan prestadores.

En síntesis, el endurecimiento de los requisitos para ser Gestora de Salud persigue que aquellas aseguradoras existentes y las que van a ser constituidas tengan el patrimonio necesario que garantice la continuidad de la prestación del servicio: Sin embargo, es importante mencionar que igualmente es necesario corregir problemas estructurales del sistema para que el modelo financiero sea viable. Un posible efecto del endurecimiento de las exigencias es que serán muy pocas las aseguradoras existentes que estén en capacidad de cumplir los requisitos haciendo que se tenga concentración de mercado en las Gestoras de salud y adicionalmente las que cumplen actualmente tendrán mayores incentivos en volverse prestadores, disminuyendo la oferta institucional de las posibles gestoras.

## MODELO DE PAGO POR DESEMPEÑO.

* + 1. **Situación actual**

El sistema de salud colombiano funciona a través de aseguradoras de salud que cumplen la función de intermediarios entre el pagador de primas (Estado) y los prestadores de servicios de salud. Dentro de las funciones del asegurador está la de negociar las tarifas de prestación con el Prestador para maximizar su utilidad, sin que existan incentivos para proporcionar una buena calidad de los servicios a sus afiliados. En términos generales, la ganancia de las aseguradoras depende actualmente de la diferencia entre el "pago por capitación recibido menos los gastos de salud", donde se busca maximizar la diferencia a expensas de la calidad de los servicios ofrecidos. Cabe notar que la concepción del actual sistema de salud estaba basada en la competencia por calidad. Se esperaba que en ausencia de competencia por precio de las primas y ausencia de competencia por el contenido del plan de beneficios, ambos aspectos definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, la competencia se hiciera por calidad. Sin embargo, eso no ha ocurrido por temas de asimetría y por dificultades de cambiarse de asegurador cuando éste no muestra buenos indicadores de calidad del servicio. Es en ese contexto, el pago por desempeño reviste especial importancia pues se considera que al pagar parte en función de desempeño se introduce un elemento de competencia por calidad.

* + 1. **Cambios Propuestos por el Proyecto de Ley**

Se propone incorporar un modelo de Pago por Desempeño a la gestora de salud, donde parte de sus ingresos serán en función de su desempeño medido en indicadores de salud.

El modelo de pago por desempeño surge dada la necesidad que el gestor realice contratos con los prestadores en busca de encontrar un balance entre la contención de costos y la generación de resultados en salud. De acuerdo al modelo de contratación entre el asegurador y el prestador es necesario generar un marco normativo que permita al gestor pagar la completitud de los servicios si y solo si el prestador ha cumplido con unos resultados en salud determinados en un contrato (Rice, N., & Smith, P., 1999). Por lo anterior, en el proceso de negociación entre el asegurador y el prestador en busca de maximizar su utilidad no podrá ir en contravía de la calidad del servicio. El principal objetivo del pago por desempeño es incentivar la generación de valor en salud, que es la relación entre los resultados de la atención en salud de la población y los recursos invertidos para ello. Sin embargo, es importante tener en cuenta que el pago por desempeño puede incentivar a los aseguradores el buscar alcanzar los objetivos medibles y descuidar aquellos que no están siendo medidos, teniendo grandes implicaciones sobre el estado de salud de la población en general.

Aunque los esquemas de pago por desempeño pueden ser muy variados, sus elementos comunes son el establecimiento de un conjunto de objetivos de calidad y/o eficiencia que delimitan el objeto a evaluar y la definición de estándares explícitos para definir el cumplimiento de los objetivos (García‐Altés, 2009). De allí, la necesidad de contar con un sistema de información robusto que permita cuantificar los avances o retrocesos que se tienen frente a los indicadores a ser evaluados. Lo anterior, es de la mayor relevancia dado que la implementación de un modelo basado en el desempeño obliga a realizar inversiones tanto en infraestructura como en recurso humano necesarias para la implementación y administración de este tipo de modelos de pago que permitan auditar y verificar los resultados.

El modelo de pago por desempeño planteado por el Ministerio de Salud y Protección Social, consiste en un esquema de tres niveles. El primero, donde se fijará una penalidad por el incumplimiento en la realización de las actividades que son deseables por el impacto positivo en la salud de la población. El segundo, corresponde a la evaluación del cumplimiento de las funciones asignadas a los gestores medido a través de indicadores de salud previamente fijados. El tercero, entrega de un incentivo financiero adicional para los gestores que logren un desempeño superior al promedio (MPS, 2013).

* + 1. **Beneficios, Costos y Riesgos**

Dentro de los beneficios esperados de un modelo de pago por desempeño es que se alcanza un balance entre la contención de costos por parte del asegurador con el objetivo de maximizar ganancias y el garantizar un nivel de calidad en la prestación de los servicios. Se tendrá un mayor impacto en el estado de salud de la población por el dinero invertido en el sistema de salud. Se logrará una mayor eficiencia de los recursos invertidos en salud traducidos en mejores resultados en salud “mayor retorno de la inversión” (Cutler D, Richardson E, 1998).

Un riesgo a considerar es que las aseguradoras focalicen sus esfuerzos en producir resultados para los aspectos cuyo desempeño se mida y se monitorice, dejando de lado aquellas actividades que no son parte de los indicadores de desempeño. De allí la importancia de tener tres niveles de gestión, donde se penalice al asegurador si no realiza el conjunto de actividades básicas necesarias para garantizar el estado de salud de la población. Adicionalmente, se hace necesario que los indicadores de salud a ser medidos sean compuestos y que busquen objetivos de alto impacto en el estado de salud de la población. A modo de ejemplo podría tomarse los indicadores empleados en los ODM frente a niñez, donde se mide la mortalidad de menores de un año y la de menores de cinco años, lo anterior obliga que para tener impacto sobre el indicador se deben realizar una serie de acciones de promoción y prevención que garanticen la salud del menor y que puedan disminuir las tasas de mortalidad.

El pago por desempeño parte de poder influenciar el comportamiento del asegurador y cómo este puede llevar a que el prestador alcance ciertos objetivos en salud. De allí, que el asegurador seleccione a los prestadores que se alineen de mejor forma con los objetivos buscados. Un riesgo de no poder alcanzar el desempeño deseado y así garantizar sus ingresos es la dependencia que existe entre el asegurador del régimen subsidiado y su obligación de contratar el 60% de los servicios de prestación con la red pública, Red de prestadores que actualmente presenta grandes dificultades financieras y que difícilmente podría garantizar los resultados deseados[[8]](#footnote-8) (ACESI, 2013).

La evidencia disponible muestra que no hay reglas generales que garanticen el éxito de la implementación de mecanismo de pago por desempeño, lo que exige diseñar con detalle estos mecanismos para cada caso particular, especialmente en lo que tiene que ver con su operación e implicaciones en la salud de la población en general.

A modo de síntesis, bajo el modelo actual del sistema de salud se hace necesario implementar un mecanismo que obligue al asegurador a brindar calidad en el servicio, bajo la ausencia de competencia en primas y el contar con una población cautiva. Por ello, es necesario que el asegurador tenga algún tipo de condicionamiento sobre su ingreso que lo haga cambiar su comportamiento y busque un balance entre la contención de costos y una calidad mínima en la prestación. Los modelo de pago por desempeño pueden incentivar a que el asegurador sólo se concentre en aquellas actividades que le están siendo medidas y dejando de lado aquellas que no lo están, de la misma forma puede concentrarse en aquellas actividades que tengan un mejor retorno de la inversión abandonando acciones que el resultado en salud no sea significativo o que éste se de en el mediano o largo plazo. Debe procurarse que los indicadores a ser medidos sean compuestos y que busquen lograr objetivos diversos dentro de la población, por ejemplo disminución de mortalidad materna que implicaría realizar controles prenatales, tener en cuenta aspectos nutricionales, asistencia del parto por un profesionales de la salud, etc.

## ÁREAS DE GESTIÓN SANITARIA

* + 1. **Situación actual**

La excesiva fragmentación de los servicios de salud que actualmente presenta el Sistema, genera dificultades en el acceso a los servicios, la prestación de servicios de baja calidad técnica, el uso irracional e ineficiente de los recursos disponibles, un incremento innecesario de los costos de producción, y una baja satisfacción de los ciudadanos con los servicios recibidos. Los usuarios deben ir de una región a otra para recibir parte de un tratamiento que la aseguradora no tiene contratado cerca del paciente. Lo anterior eleva los tiempos y costos de desplazamiento y aumenta los gastos de bolsillo de la población. Pero, sobre todo, el tener que desplazarse de un lugar a otro aumenta los riesgos en los desenlaces de salud de los pacientes.

Las atenciones se realizan a través de un número elevado de IPS con el fin de lograr el menor precio en cada actividad. Como consecuencia, se pierde la continuidad de la atención y es el paciente quien debe asumir los costos de transporte al desplazarse de un lado a otro para recibir la atención.

* + 1. **Cambios Propuestos por el Proyecto de Ley**

Se platea un modelo con énfasis en el territorio, donde se tendrán áreas de gestión sanitaria en las cuales operaran los Gestores de salud y sus redes de prestadores, garantizando que se puedan prestar todos los servicios y tecnologías incluidas en MiPlan. Las redes de prestación se organizarán de acuerdo a la ubicación del usuario y no de la operación de la Gestora.

Las Áreas de Gestión Sanitaria se definen como zonas del territorio colombiano que reúnen un conjunto de territorios (municipios o incluso departamentos) que comparten ciertas condiciones y características funcionales que permiten la construcción de redes de prestación de servicios adecuadas para la atención oportuna, integral y continúa de los usuarios. Estas áreas permitirán mejorar la organización de la prestación de los servicios de salud y la operación de los Gestores de Servicios de Salud. De esta forma, se permitirá que los gestores concentren su gestión en áreas geográficas específicas evitando la dispersión de la operación. Las Áreas de Gestión funcionaran como un mecanismo para organizar la gestión de las prestaciones individuales de Mi–Plan y no se superpone o reemplaza las competencias de las entidades territoriales frente a la salud de sus respectivas poblaciones, por el contrario busca ser una instrumento de articulación territorial de los diferentes actores del sistema alrededor de los usuarios.

* + 1. **Beneficios, Costos y Riesgos**

A través del modelo de prestación a través de Áreas de Gestión se garantiza que el paciente podrá recibir atención en salud sin tener que desplazarse de una región a otra. La Red de Prestación estará organizada en torno al paciente y no entorno a las preferencias del asegurador. Se disminuyen los costos asociados al desplazamiento que van contra el bolsillo del usuario y se tendrán mejores resultados dado que los tiempos de desplazamiento no serán una variable en contra de la prestación con oportunidad.

Dado que la Red de prestación responderá a las necesidades de la población residente en un mismo territorio, se podrá tener mejor respuesta a los determinantes de salud, se hará mejor gestión del riesgo en salud y los resultados en salud serán mucho mejores.

Un aspecto donde no se tiene mayor claridad es cómo el Gestor deberá o podrá contratar servicios de salud fuera de su Área de Gestión, buscando garantizar el derecho del usuario a la portabilidad. Debe darse lineamientos claros de cómo se cobrarán intervenciones entre Gestoras de Salud cuando un paciente sea atendido por una Gestora diferente a la que está afiliado el paciente y el cual tuvo que recurrir por encontrarse fuera de su Área de Gestión.

Un riesgo que existe a la hora de conformar las Áreas de Gestión es que en algunas de ellas se tendrá infraestructura hospitalaria insuficiente y difícilmente se podrá garantizar que el paciente no tenga que desplazarse. Debe buscarse en una primera instancia que la atención primaria llegue con oportunidad y posteriormente, realizar las mejoras necesarias en infraestructura que permita garantizar los servicios a la población sin mayores desplazamientos. En el proceso debe brindarse soluciones integrales de desplazamiento del paciente cuando no existen instituciones que puedan brindar servicios complejos dentro de la misma Área de Gestión.

A modo de síntesis, la conformación de áreas de Gestión acercará los servicios de salud a la población, permitirá mayor integralidad y continuidad de la atención y llevará a una mejor gestión del riesgo, dadas las características propias de una población suscrita a un territorio. Es necesario que se dicten mayores lineamientos para garantizar la portabilidad del servicio y definir los mecanismos de recobro entre Gestoras.

## SÍNTESIS

La matriz que se muestra a continuación sintetiza los cambios planteados en el marco de la reforma frente al papel de las Gestoras en Salud. Cada cambio analiza los posibles beneficios que se tendrá sobre el sistema y la población, los costos o desventajas en que se podrá incurrir y los posibles riesgos que se tendrán en la puesta en marcha de cada uno de ellos.

**Cuadro 3. Esquema de Análisis para las Gestoras en Salud**

| **Beneficios** | **Costos** | **Riesgos** |
| --- | --- | --- |
| 1. **Redefinición de funciones** | | |
| * Se combina el incentivo de contención de gasto en las EPS con el de mantener sana a la población. * Los rendimientos financieros son apropiados por el sistema y ya no por el asegurador. * Se reducirán los procesos administrativos y los costos de operación. | * Seguirán existiendo espacios de extracción de rentas entre la Gestora y el Prestador, dado que la primera mantendrá la potestad de elegir a quien contratar, como contratarlo y la autorización de los pagos por los servicios prestados. | * La Gestora podrá tener espacios donde alinee intereses con los Proveedores y así generar rentas indebidas. * Muchas instituciones prestadoras que operan actualmente en los niveles 2 y 3 de complejidad pasarán a ser empresas escindidas de los grupos empresariales dueñas de las actuales EPS (futuras Gestoras), generándose más espacios de alineación de intereses para obtener rentas indebidas. |
| 1. **Restricciones a la integración vertical** | | |
| * Los Prestadores tendrán que competir en calidad y precios para ser contratados por las gestoras. * Mayor control en la administración de los recursos. | * La restricción de IV puede aumentar los costos de transacción. * No se manejará la patología de forma integral entre niveles de complejidad. | * Restringirla IV puede llevar a que los actuales Prestadores integrados con el asegurador se concentren sólo en los servicios de mayor margen de rentabilidad dejando de lado aquellos más costosos y menos rentables (Ej. Atención de las urgencias o de las enfermedades crónicas). |
| 1. **Endurecimiento de los requisitos para ser Gestoras de salud** | | |
| * Se tendrán Gestoras con capacidad financiera y de garantía para la continuidad del servicio y la calidad de la atención. | * Los criterios de habilitación reduce el número de potenciales EPS elegibles. | * Las exigencias para convertirse en Gestora pueden hacer que se perciba un margen de retorno a la inversión mayor en la figura de Prestadora que en el de Gestora. Se podría reducir la oferta institucional. |
| 1. **Pago por desempeño** | | |
| * Se alcanzaran mejores resultados de salud y se tendrá un mejor manejo de la inversión (value for money). | * La implementación de un modelo de pago por desempeño requiere una infraestructura de monitoreo robusta y de alta inversión económica. | * Se puede incentivar actividades para el logro de metas basadas en los indicadores, dejando de lado aquellas actividades no medidas en el desempeño. * Al exigirse la contratación de la red pública, la cual presenta actualmente un rezago tecnológico, se pueden ver afectados los indicadores de gestión financiera e impacto en salud. |
| 1. **Definición de Áreas de Gestión Sanitaria** | | |
| * Los servicios de salud estarán más cerca del paciente. Se tendrán menores tiempos de desplazamiento. * Mejora en la integralidad y continuidad en la atención por parte de las redes de prestación. | * Falta de claridad de cómo el Gestor podrá garantizar la prestación por fuera del área de Gestión y así garantizar la portabilidad. | * Red de prestación insuficiente por Área de Gestión Sanitaria definida. |

# REFORMA TRIBUTARIA

La reforma tributaria que se realizó en el país en el 2012 (Ley 1607) tiene efectos sustanciales sobre el financiamiento del sector de salud. Mediante esta ley se sustituyeron gran parte de los aportes de seguridad social de salud de los empleadores por un impuesto que grava las utilidades de las empresas. Ello con el fin de no gravar el factor de producción de trabajo y así estimular la formalización de empleo, toda vez que Colombia tiene uno de los niveles más altos de informalidad en América Latina.

El presente capitulo discute primero el estado actual del financiamiento del sistema, el cambio que se introdujo y las repercusiones que tendría en términos de beneficios, costos y riesgos para Colombia. El capítulo termina con un resumen de las los posibles beneficios, costos y riesgos de esta sustitución de financiamiento. A final del capítulo se encuentra una matriz de análisis donde se identifican lo elementos que se incorporaron al análisis cuantitativo, donde se estimaron los beneficios y costos susceptibles a valoración económica.

## CREACIÓN DEL IMPUESTO A LA RENTA PARA LA EQUIDAD (CREE)

* + 1. **Situación antes de la Reforma Tributaria**

Los cotizaciones que realizan trabajadores y empleadores para salud constituyen una fuente importante de los recursos del SGSSS al representar cerca de un tercio (29,4% en el 2010) (Fedesarrollo, 2012) (Ministerio de la Protección Social - FOSYGA, 2010) de los recursos de salud. Los aportes a salud que deben realizar se define en 12.5% del ingreso base de cotización del trabajador, donde el 4% lo paga el trabajador y el 8.5% va a cargo del empleador. Adicionalmente, el empleador está obligado a pagar por cada trabajador que contrate aportes parafiscales correspondientes al 9% del Ingreso Base de Cotización, que son una contribución para financiar el funcionamiento del SENA (2%), ICBF (3%) y Cajas de Compensación Familiar (4%), y así facilitar que estas entidades adelanten programas de naturaleza social, según su misión. En total, los impuestos a la nómina ascienden actualmente al 58,1% sobre el ingreso laboral (Ministerio de Hacienda y Crédito Público, 2012), porcentaje que está por encima de países como Chile (7,5%) y Perú (13.5).

Dado lo anterior, se considera que la carga que grava el trabajo formal en Colombia, es una de las causas que han llevado a tener altas tasas de informalidad y de desempleo en comparación con otros países de la región (Ministerio de Hacienda y Crédito Público, 2012).

La informalidad laboral tiene efectos importantes sobre el financiamiento del SGSSS. Una mayor tasa de informalidad genera menores cotizaciones dado que solo los trabajadores con ingresos superiores a un salario mínimo legal tienen que hacer aportes a la seguridad social y que, a la vez, la misma informalidad hace muy difícil lograr que estos pagos se hagan en la realidad. La mayoría del sector informal termina por afiliarse al régimen subsidiado y queda a cargo de los subsidios estatales para la salud.

De acuerdo a estimaciones realizadas por Schneider (Friedrich Schneider & Christina Burger, 2004) y Gómez (Gómez. J, Morán. D., 2012), el tamaño del sector informal en países emergentes se encuentra entre 23 y 60% de la economía, en contraste, en países desarrollados la informalidad oscila entre el 8 y 23%. Para el caso de Colombia, diferentes estudios muestran que la informalidad laboral se encuentra entre 60% y 75% (Cárdenas. M, Mejía. C., 2007) (Gaviria, 2004) (Nuñez, 2005).

En resumen, se puede decir que la alta carga tributaria al empleador ha llevado a una segmentación dentro del mercado laboral entre trabajadores formales e informales. La falta de oferta del mercado asalariado formal impulsa a las personas a desplazarse al sector de cuenta propia de forma involuntaria, con escasa probabilidad de crecimiento y formalización futura (Hamann & Mejía, 2011). Cabe notar que las tasas de empleo informal en el país en los últimos años no fueron las consideradas para la puesta en marcha la Ley 100 (cerca del 50% de los ocupados tienen un trabajo informal) (DANE, 2013), donde se esperaba que las tasas de formalización laboral fueran 70% de los afiliados al Régimen Contributivo (aportando al sistema) y 30% al Régimen Subsidiado (recibiendo la salud como un subsidio) (Asivamosensalud, 2013). La brecha se puede ver en el actual número de personas afiliadas al régimen contributivo que es menor al evidenciado en el régimen subsidiado (46,7% y 53,3%, respectivamente) (Supersalud, 2013).

* + 1. **Cambios introducidos por la reforma tributaria**

La reforma tributaria persigue incentivar la creación de empleo y combatir las consecuencias negativas que representa tener altos niveles de informalidad. Para ello, planteó disminuir los gravámenes sobre la nómina, aliviando la carga de los aportes parafiscales y las cotizaciones al sistema de seguridad social en salud en cabeza de los empleadores. De esta forma, se eliminaron los aportes al Servicio Nacional de Aprendizaje –SENA-, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar –ICBF-. En cuanto a las cotizaciones de salud, se eliminaron los aportes de los empleadores por todos los trabajadores con salarios de hasta 10 SMLMV, lo que corresponden a la mayoría de la masa salarial. Este alivio tributario abarata la contratación de empleados e incentiva su formalización.

En sustitución, se creó el Impuesto sobre la Renta para la Equidad – CREE, el cual se calcula con base en las utilidades obtenidas por el empleador en un período gravable y no sobre la nómina de la empresa. En caso de que los recursos obtenidos a través del recaudo del CREE no sean suficientes para cumplir con el financiamiento del SGSSS, este se hará con cargo al Presupuesto General de la Nación (Minhacienda, 2012).

La forma de recaudar el CREE es distinto al esquema de retenciones del impuesto sobre la renta, ya que las tarifas no son un porcentaje fijo independiente de la actividad económica, contempla a que se dedica la empresa y fija tarifas diferenciales de recaudo. El esquema se diseñó a partir de la agregación de las empresas por sectores económicos, considerando los distintos márgenes de utilidad que cada uno de ellos genera. De esta forma, la retención del CREE definida para cada actividad tiene un impacto en el flujo de caja mensual mucho menor al de otros esquemas porque es proporcional al margen promedio. El impuesto CREE puede ser retenido por las empresas a las cuales les facturan bienes o servicios o puede también ocurrir que cada empresa se convierta en autoretenedora. En ambos casos, cada empresa está obligada a reportar a la DIAN el monto recaudado. La diferencia radica en que en el primer modelo se debe consignar mensualmente a la DIAN el monto recaudado por concepto del impuesto retenido. En el segundo, las empresas tendrán que pagar mensualmente su autorretención de acuerdo al cronograma fijado por la DIAN.

Se espera que el desmonte del pago de parafiscales y los pagos por concepto de salud a cargo del empleador, contribuya a la formalización del trabajo, teniendo un impacto positivo sobre la masa de contribuyentes del SGSSS y disminución de la carga actual de subsidios a la salud dirigidos a la población sin capacidad de pago. En el momento de aprobarse la reforma se consideraba además que la eliminación de los aportes de los empleadores no iba a poner en peligro la sostenibilidad financiera del sistema de salud.

* + 1. **Beneficios, Costos y Riesgos.**

Beneficios

Un primer beneficio de este nuevo modelo de recaudo de los recursos necesarios para el funcionamiento del Sistema General de Seguridad Social, es que se le brinda un alivio al empleador en cuanto a los costos salariales, donde se espera incorporar al sector formal entre 400 mil y 1 millón de nuevos puestos de trabajo (Cárdenas & Bernal, 2003) (Kluger & Kluger, 2005) (Mondragón, et al., 2010). Igualmente, se espera tener un incremento en el tamaño del sector formal, medido en términos de activos, del 13,6% como consecuencia de la medida (Hamann & Mejía, 2011).

Otro beneficio que se tendría con la reforma tributaria es la incorporación de nuevos cotizantes dentro del sistema, que generará el movimiento de afiliados entre los dos regímenes y así mismo un impacto sobre los ingresos financieros del Sistema. Es decir, se aumentará el número de personas cotizantes y beneficiarias al régimen contributivo y en proporción similar se disminuirá el número de afiliados en el régimen subsidiado.

Para medir este efecto en los ingresos se toman las estimaciones de aumento en empleo formal (entre 11% y 15% según Minhacienda) y posteriormente, se aplica la misma proporción sobre la masa de cotizantes al SGSSS por la cotización promedio para el 2014 (Ministerio de la Protección Social - FOSYGA, 2010). De esta forma, se tendría un escenario de nuevos ingresos en la cuenta de recaudo que oscilaría entre $14.76 billones y $15.30 billones de pesos (aumento del 11% y 15% respectivamente). Cabe mencionar, que el aumento del empleo formal en las proporciones estimadas por el Ministerio de Hacienda se lograría en un periodo de tiempo que cubrirá varios años, de allí que el aumento de las cotizaciones sea paulatino y dependa de la tasa de formalización alcanzada.

El movimiento de afiliados desde el régimen contributivo hacia el subsidiado permitirá tener reducciones en costos por concepto de UPC de dicho régimen. Bajo el mismo esquema de análisis empleado para el aumento de las cotizaciones, se tendría que la reducción estaría entre $10.13 billones y $9.67 billones de pesos (respectivamente para la disminución del 11% y del 15%).

Estimaciones realizadas por FEDESARROLLO frente al impacto de la creación del Impuesto CREE (Fedesarrollo, 2012), mostraron que por cada punto porcentual que aumente la tasa de informalidad, el régimen contributivo deja de recibir $328.000 millones de pesos. Es decir, que la reducción entre un 11% y 15% conllevaría a ingresos adicionales por concepto de cotizaciones del orden de $3.6 billones y $4.9 billones de pesos.

Costos

El costo relacionado con el movimiento de población entre los dos regímenes, está asociado al aumento de la UPC de esta población, al pasar de la UPC del régimen subsidiado a la UPC del régimen contributivo. Es de anotar que para los cálculos realizados en la Parte II dedicada a estimaciones del impacto, se contempla el hecho de que las UPC-C y UPC-S se unificarán, aunque a la fecha se tenga una brecha cercana a los $60.000 pesos.

Riesgos

Un aspecto importante a tener en cuenta, es que de acuerdo al informe realizado por la DIAN, a junio de 2013 se tendría una cifra inferior al recaudo esperado. En efecto, para los primeros 6 meses se esperaba recaudar $588.000 millones por concepto del CREE y solo se logró $367.000 millones, es decir 37,5% menos de lo esperado (Portafolio.co, 2013). Lo anterior tiene implicaciones frente a las fuentes de financiación del SGSSS, pues a pesar de que la reforma tributaria plantea un mecanismo para cubrir la diferencia del recaudo entre la tributación del CREE y el valor que se recaudaría con el cobro de las cotizaciones por mes al empleador, existen grandes dudas tanto de la capacidad de pago como de la factibilidad política para el desembolso de dineros del Presupuesto General por parte del Ministerio de Hacienda y Crédito Público para cubrir el desbalance.

El hecho que los recursos provenientes de los aportes por concepto de cotizaciones a cargo de los empleadores no sean girados de forma directa al SGSSS, como se hacía tradicionalmente, y que ahora formen parte de las fuentes de financiación con cargo al Presupuesto General de la Nación, tiene grandes implicaciones frente a la autonomía financiera del sector y la dependencia sobre el recaudo tributario.

Adicionalmente, la forma como antes se realizaba el recaudo por concepto de cotizaciones permitía que se tuvieran mejores estimaciones sobre los montos a recaudar, ahora depende del comportamiento económico de cada sector y de las tasas de evasión presentes en la economía haciendo mucho más difícil saber las cuantías esperadas.

En síntesis, la reducción de los impuestos parafiscales podrá incentivar la formalización del trabajo permitiendo que un número importante de personas del sector informal pueda tener un trabajo en condiciones laborales enmarcadas en la Ley, aumentando así el número de afiliados al régimen contributivo y disminuyendo en proporciones similares el número de afiliados al régimen subsidiado. Lo anterior, aliviará el gasto por concepto de subsidios a la salud. Sin embargo, dada la complejidad tributaria que se requiere para recaudar el impuesto CREE, sumado a las altas tasas de evasión existente, se puede presentar un desbalance en los ingresos necesarios para sustituir la reducción de los impuestos parafiscales para salud que el país no podrá quizás cubrir con cargo al Presupuesto General de la Nación.

## SÍNTESIS

A continuación se resumen los planteamientos hechos en esta sección donde se analizan los beneficios, costos y riesgos que tiene la nueva forma de recaudo de las cotizaciones de los empleadores.

Cuadro 4. Esquema de Análisis para la Sinergia entre la Reforma Tributaria y el SGSSS

| **Beneficios** | **Costos** | **Riesgos** |
| --- | --- | --- |
| 1. **Creación del Impuesto a la Renta para la Equidad** | | |
| * **Aumento del número de cotizantes al régimen contributivo.** * **Disminución del número de personas subsidiadas en el SGSSS.** * Aumento del número de trabajadores formales. | * Pérdida de autonomía financiera para el SGSSS. * **La UPC se unifica para los regímenes contributivo y subsidiado.** | * Disminución de la autonomía en los recursos destinados a la salud. |

En el cuadro anterior se resaltan los elementos que se incluirán en el proceso de valoración económica del impacto generado desde la Reforma Tributaria 2012 sobre el esquema de financiamiento del SGSSS, en lo que se refiere al desmonte del esquema de recaudo de las cotizaciones a cargo del empleador (**Capítulo 9, Cuadro 10**).

# PARTE II: ESTIMACIÓN DEL IMPACTO DE LA REFORMA AL SGSSS (Proyecto de LEY 210 DE 2013)

La presente sección expone la metodología empleada para estimar el impacto de tres medidas planteadas en la reforma a la salud (Salud-Mía, Mi-Plan y Gestoras de Salud) más los efectos de la Reforma Tributaria frente a los recursos del sistema de salud. Para ello se toma como base los análisis expuestos en la primera sección de este documento que resumen a través de unas matrices de lo que se espera de las políticas propuestas en términos de beneficios, costos y riesgos que aparecen al final de cada capítulo (**Cuadros 1, 2 y 5**).

En la estimación de los impactos esperados, se toma como línea de base los datos y supuestos presentados en el documento de Exposición de Motivos del Proyecto de Ley 210 de 2013. La información allí consignada fue complementada con series y datos logrados en fuentes secundarias relacionadas al tema de salud en Colombia.

Esta sección dedicada a las estimaciones de los impactos elegidos, mantendrá el mismo orden de análisis usado en la Parte I, con excepción del capítulo de Gestoras de Salud, dado que no fue posible realizar ningún tipo de cuantificación numérica de sus efectos por no contar con información al respecto. Se inicia con la presentación del marco metodológico usado para la evaluación *Ex - Ante*, luego en numerales independientes se analizan cuantitativamente los efectos de cada medida elegida (en su orden, Salud-Mía, Mi-Plan y Reforma Tributaria) y se finaliza presentando los principales valores calculados en el análisis a manera de conclusiones para esta etapa.

# MARCO METODOLÓFICO PARA LA EVALUACIÓN ECONÓMICA EX-ANTE DE LA REFORMA AL SGSSS (Proyecto de LEY 210 DE 2013)

Estimar el impacto de una medida requiere comparar la situación actual con la situación posible o que se dio a la hora de implementar una acción. La evaluación de impacto puede realizarse antes (ex-ante) o después (ex-post) de la ejecución de la medida. El presente estudio se tratara de un análisis Ex – Ante, en razón a que se está analizando el proyecto de Ley para la Reforma del Sistema de Salud Colombiano.

La evaluación ex-ante simula el efecto de una medida antes de que ésta sea puesta en práctica. El objetivo de la evaluación ex-ante es proporcionar elementos de juicio para determinar cuál es la acción o la combinación de acciones que más conviene a la población en términos del cambio de las condiciones de vida de los beneficiarios. Para las evaluaciones ex-ante, el diseño del grupo de control se representa con la situación actual (ejemplo pobreza o salud) de los beneficiarios de la medida a adoptar (el “antes”, línea base), y el grupo de tratamiento correspondería a la simulación de la situación con la medida adoptada (el “después”). Así, el impacto del proyecto será la diferencia en cualquier variable de resultado antes y después de la ejecución de la medida.

## AJUSTE DE LA METODOLOGÍA EX ANTE PARA EL ESTUDIO

Bajo el esquema metodológico descrito, se plantea la estrategia con la cual se desarrolla la Evaluación Económica Ex-Ante del impacto generado por dos de las medidas propuestas por el Proyecto de Reforma al SGSSS: Salud-Mía y Mi-Plan, más el efecto de la Reforma Tributaria 2012 sobre la financiación del Sistema. El flujo de la evaluación inicia en la Parte I del documento (pasos 1 al 4) y se profundiza cuantitativamente (pasos 5 a 7).

1. **Diagnóstico:** En la Parte I se describió el statu quo en el Sector Salud colombiano, enfocándose en tres cambios centrales de la Reforma (Salud-mía, Mi-Plan y Gestoras) más el efecto de la reforma tributaria (impuesto CREE).
2. **Proyecto:** Descripción del contenido de la Reforma al SGSSS, Ley 210 de 2013, clasificado para tres de sus elementos (Mi-Plan, Salud-Mía, Organización de Gestores), más el Impacto de la Reforma Tributaria 2012 (Creación del CREE).
3. **Impacto:** Planteamiento de los efectos esperados para cada uno de los tres elementos de la Reforma más el CREE, basados en los factores cuantificables como son los costos y los beneficios.
4. **Elección de factores a valorar:** Como resultado de los pasos anteriores se tienen los cuadros resumen de los costos y beneficios por capítulo para cada medida analizada. De éstos se eligieron aquellos susceptibles de valoración por existencia y disposición de información (estadísticas, indicadores u otra clase de datos validos). Ver **Cuadro 5**.

Cuadro 5. Factores Elegidos para la Valoración del Impacto

| **Beneficios** | **Costos** |
| --- | --- |
| 1. **Salud-Mía** |  |
| * El realizar la afiliación y el recaudo reducirá costos operacionales del SGSSS. * Se tendrán rendimientos financieros basados en el recaudo de $44 billones que serán reinvertidos en el sistema. | * Procesos de implementación complejos, lo cual exige inversiones importantes |
| 1. **Mi-Plan** |  |
| * Mejoramiento de la Equidad Social * Mayor cobertura del Plan de Beneficios Unificado, en términos de servicios y acceso. | * Igualación de la UPC para los dos regímenes * Aumento de la UPC con ampliación de cobertura. |
| 1. **Reforma Tributaria 2012** |  |
| * Aumento del número de cotizantes al régimen contributivo * Disminución del número de personas subsidiadas en el SGSSS | * Nueva población de cotizantes y sus beneficiarios que deberán recibir la UPC-C, en vez de la UPC-S. * La UPC se unifica para los regímenes contributivo y subsidiado. |

1. **Modelo:** Etapa de decisión en dos sentidos. El primero, viabilidad de un análisis cuantitativo dado la existencia y disponibilidad de información pertinente. El segundo, valoración económica de los factores en cada elemento analizado.
2. **Procesamiento:** Contempla la recolección, ordenamiento y filtrado de la información necesaria, construcción de la base de datos y simulación de las medidas a adoptar. Se concluye con la evaluación de los resultados de cada modelo empleado.
3. **Análisis de Sensibilidad:** Dada la naturaleza de los modelos aplicados (fundamentalmente costo vs. Impacto), se eligen los parámetros de costo (precios, población) y de efecto (beneficio, efectividad) más relevantes o aquellos donde se perciba mayor dependencia para la estabilidad del modelo. Se aplicarán, según sea la conveniencia, análisis de sensibilidad simple (multi o univariable), escenarios extremos (pesimistas, optimistas), o análisis de umbral (valores de corte).

Para el análisis económico se realizaron estimaciones que buscaron cuantificar los costos relacionados a las medidas arriba seleccionadas (**Cuadro 6**), así como sus efectos valorados según fuese el caso, como beneficios monetarios o utilidad mediante indicadores sintéticos (p.e. mediciones del nivel de equidad en la distribución de la riqueza). Los cálculos realizados, permitieron establecer el impacto o beneficio logrado con cada medida de la reforma, nivel o tasa de retorno en términos de efectos netos, así como la estimación del impacto económico esperado. Es de resaltar que las estimaciones realizadas en el presente estudio son una primera aproximación del orden económico para medir el impacto de la Reforma. En el caso particular de Mi-Plan, se empleó una medida de utilidad (indicador sintético), valorada como el nivel de equidad (índice GINI) logrado por la inversión en salud mediante la unificación y ampliación del plan de beneficios, el cual requerirá a futuro mayores análisis y estimaciones.

## FUENTES DE INFORMACIÓN

Las fuentes de información provinieron de las siguientes entidades:

* Ministerio de Salud y Protección Social
* Superintendencia de Salud
* Fondo de Solidaridad y Garantía - FOSYGA
* Plan obligatorio de Salud – POS
* Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integrada – ACEMI
* Federación Médica Colombiana
* Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas - DANE
* Ministerio de Hacienda
* Procuraduría General de la Nación
* Contraloría General de la República
* Asociación Nacional de Industriales – ANDI
* Asociación Nacional de Instituciones Financieras – ANIF
* Banco Interamericano de Desarrollo y CEPAL

## SUPUESTOS GENERALES MACROECONÓMICOS

Para la construcción del análisis de impacto fue necesario tener en cuenta algunos supuestos. El primero de ellos, es la definición del año 2013 como el punto de referencia para describir la situación inicial, y se espera que a partir del año 2014 se aplique la Ley que cursa hoy en el Congreso con el número 210. El segundo supuesto define como año de corte para los ejercicios el 2020, puesto que las proyecciones institucionales, como son las series de población, llegan hasta allí y, adicionalmente proyecciones a más largo plazo aumentan la probabilidad de error de las estimaciones.

El análisis económico de los efectos esperados por la Reforma a la Salud sobre el SGSSS, usa en sus diferentes contenidos, factores comunes, específicamente índices macroeconómicos (inflación, inflación sector salud, salarios) y demográficos (población, afiliados al Sistema). Por esta razón se unifican los supuestos acerca de estos factores.

Frente al Índice de Precios al Consumidor se empleó una proyección constante a partir del último año con dato real, en este caso 2012. Frente al salario mínimo, se toma la tendencia de los últimos años en forma constante a partir del 2013.

Frente a las proyecciones demográficas se emplearon dos fuentes diferentes. La primera, la realizada por el DANE. La segunda, la proyección simple aplicada por los autores del estudio, especialmente cuando se requieran cálculos de usuarios del SGSSS.

Tabla 1. Valor de los recobros CTC y Tutela per cápita por EPS. 2010



**Fuente:** Elaboración propia de los autores

# ESTRUCTURACIÓN Y OPERACIÓN FONDO ÚNICO SALUD-MÍA

Para las estimaciones expuestas en el capítulo conceptual de Estructuración y operación del fondo único Salud-Mía, donde se plantea la **cuantificación de los beneficios monetarios del manejo centralizado de los recursos destinados a la financiación del SGSSS**, se identificaron las fuentes de información, los parámetros a valorar y los posibles impactos que se alcanzarían **(Cuadro 6).**

Cuadro 6. Descripción del Impacto por Manejo Unificado de Recursos SGSSS

| **Impactos** | **Parámetro de Valoración** | **Disponibilidad de Información** |
| --- | --- | --- |
| Beneficios:   1. El realizar la afiliación y el recaudo reducirá costos operacionales del SGSSS. 2. Se tendrán rendimientos financieros basados en el recaudo de $44 billones que serán reinvertidos en el sistema. | * Número de cotizantes y afiliados del régimen contributivo y tasa de crecimiento * Rendimientos financieros esperados | * MSPS (2013) * Superfinanciera (2013) |
| Costo:   1. Procesos de implementación complejos, lo cual exige inversiones importantes. | * Costos operativos con y sin centralización de recursos * Costos transaccionales por el recaudo con y sin centralización de recursos * Costo unitario de las transacciones en el PILA. | * MSPS (2013) |

**Fuente:** Elaboración propia de los autores

## SUPUESTOS REQUERIDOS PARA LA ESTIMACION

A continuación se presentan los supuestos que se integraron al proceso de valoración de beneficios y costos relacionados a la implementación y operación de Salud-Mía.

Cuadro 7. Retos Metodológicos y Supuestos Asumidos para el Modelo de Evaluación Económica del Impacto por el Manejo Unificado de Recursos del SGSSS

| **Reto Metodológico** | **Supuestos Planteados** |
| --- | --- |
| Valorar la reducción de los costos operativos logrados por la simplificación de los procesos internos del antiguo FOSYGA | Se toman las cifras expuestas por el MSPS sobre ahorro estimado en 57% de los costos operativos del año 2012 (basado en Exposición de Motivos anexos al Proyecto de Ley (2013) |
| Valorar la reducción de los costos relacionados al proceso de Recaudo de Cotizaciones por la centralización de su operación en Salud-Mía | Actualmente el costo del Recaudo se dividen en dos componentes: Primero el costo de transacción por registro en los operadores de PILA que se estima en $185 del año 2012; Segundo, los costos por el recaudo bancario que se definen como ¼ del rendimiento financiero por mes.  Basado en Nieto y Arango (2011)  Además se integran los datos sobre número de afiliados y cotizantes.  Basado en MSPS y Fosyga (2010) |
| Valorar el rendimiento financiero de los dineros recaudados | Los rendimientos financieros se basan en el promedio anual de la DTF.  Basado en Series de Datos Banco de la República (1999 - 2012) |

**Fuente:** Elaboración propia de los autores

## DATOS EMPLEADOS

**Serie de datos sobre el número total cotizantes al régimen contributivo**

Se contó con información del número de cotizantes entre el 2003 y 2013 provista por el MSPS y con estimaciones hasta 2015 realizadas por el Fosyga. Esta serie se empleó para proyectar la población cotizante hasta el año 2020 (Ministerio de la Protección Social - FOSYGA, 2010). Adicionalmente, para la estimación del número de cotizantes se incluyó el efecto de la formalización del trabajo, objetivo planteado en la Reforma Tributaria de 2012, donde se proyectó un aumento del 11% de la base de cotizantes (**Ver estimaciones Capítulo 9 sobre la Reforma Tributaria 2012**).

**Serie de datos sobre el monto anual de las cotizaciones**

Basados en la misma fuente citada anteriormente, se tomó la información estimada para los años 2011 – 2015 y se proyectó hasta el 2020. Se aplicó la misma tasa de aumento dados los efectos de la Reforma Tributaria.

**Datos sobre el costo operativo del Fondo Único**

Se empleó el monto del costo operativo del Fosyga evidenciado en la exposición de motivos para la Reforma a la salud y se proyectó hasta 2020, ajustando por inflación sector salud.

Tabla 2. Costos de la Operación y Gestión del Fosyga (Miles de Millones). 2012

|  |  |
| --- | --- |
| **Concepto** | **Costo** |
| Administrador fiduciario de los recursos del Fosyga y, recepción y revisión de cuenta de recobro y reclamaciones | $50.458 |
| Auditoría especializada al Fosyga e interventoría del contrato de administración fiduciaria | $7.296 |
| Procesos de ordenación del Ministerio y aseguramiento al Fosyga | $6.244 |
| **Total** | **$63.998** |

**Fuente:** MSPS, 2013

**Datos sobre el costo por registro de una transacción**

El MSPS calculó que los costos del recaudo para los años 2008 – 2012, fueron del orden de $55.000 millones de pesos, de los cuales el 60% ($33.000 millones) se pagaron por servicios de procesamiento de transacciones a la PILA. Igualmente, se encontró que las tarifas para 19 proveedores PILA oscilaron desde $185 hasta $1.700 por registro. El otro 40% ($22.000 millones) son costos por el componente bancario del recaudo.

Para describir la situación actual dentro del modelo, se mensualizaron los costos de recaudo realizados por el MSPS dado que las cotizaciones se realizan de forma mensual, y el resultado de esta operación se dividió a su vez por el número total de cotizantes en el régimen contributivo, consiguiendo el costo por transacción del proceso de recaudo. Posteriormente, para estimar los efectos de la reforma, se tomó el costo esperado por transacción con el fondo único y se multiplicó por el número de cotizantes y por los doce meses del año. De esta forma, se obtuvo el costo total por recaudo.

**Serie de datos sobre la tasa DTF**

Se usa la tasa DTF como referente para medir el rendimiento financiero de los depósitos en bancos. Esta tasa se aplicó desde el 2014 hasta el 2020, tomando como fuente las series publicadas por el Banco de la República. A partir del 2012 se deja constante la tasa, dados los supuestos macroeconómicos de tasa de inflación.

Tabla 3. Data Set para el Análisis de Salud-Mía



**Fuente:** Elaboración propia de los autores

## SIMULACIÓN DE LOS COSTOS

Tomando como base la información de costos asociados al funcionamiento del Fosyga consignada en la exposición de motivos para el proyecto de Reforma a la salud, más los datos consignados en la **Tabla 3**, se calculó el costo del Recaudo, compuesto por el costo de las transacciones electrónicas realizadas (CRP) y los costos por concepto de servicios bancarios (CB); luego se proyectó el crecimiento del recaudo y de los costos asociados al mismo, teniendo como variable dependiente el comportamiento del número de cotizantes al SGSSS (CRC). El costo operativo (CO) se reduce, según lo propuesto por el MSPS (57% a partir de 2015), y se ajustó anualmente por inflación sector (IS).

De esta forma, se estimó que los costos operativos y de recaudo relacionados a Salud-Mía pasarían de $130 mil millones en el 2014 bajo el esquema del actual Fosyga, a cerca de $38 mil millones, siendo la tercera parte del costo actual. Se debe tener en cuenta que los costos de recaudo (CRP y CB) pueden ser sustancialmente menores dependiendo del modelo tecnológico en TIC que decida implementar el MSPS para su captación, administración, control y manejo.

Tabla 4. Costos del Manejo Unificado de Recursos. 2013 – 2020 (Millones de Pesos)



**Fuente:** Elaboración propia de los autores

## SIMULACIÓN DE LOS BENEFICIOS

La metodología empleada para estimar los beneficios se basó en la cuantificación de los cotizantes al SGSSS (CRC), multiplicados por el monto de la cotización promedio anual (MAC.pc). A este monto total anual (MAC) se le sumó los rendimientos financieros obtenidos al aplicar la tasa de interés (DTF). Así, se tiene que para el año 2015 el monto total de cotizaciones se estima en $17.1 billones, el cual puede generar un rendimiento de $1 billón al aplicársele una DTF del 6.32%.

Tabla 5. Beneficios Económicos del Manejo Unificado de Recursos SGSSS. (Millones de Pesos)



**Fuente:** Elaboración propia de los autores

## PROCESAMIENTO DEL MODELO Y LA INFORMACIÓN

Se realiza la estimación del caso base y posteriormente se construyen los posibles escenarios que se tendrían con los cambios propuestos en el proyecto de Ley. Se expone la información usada, ya sean datos únicos, tablas o bases de datos. Luego se organiza obedeciendo al siguiente algoritmo.

|  |
| --- |
| **Costos económicos del Manejo Unificado de Recursos**  **Parámetros:**   * Número total cotizantes al régimen contributivo. **CRC** * Monto anual cotizaciones. **MAC** * Cotización promedio afiliado año. **CPA** * Costos operativos. **CO** * Costo por registro de transacción. **CRT** * Costo bancario de recaudo por transacción. **CBT** * Porcentaje de mejoramiento operativo. **%MO**   **Ecuaciones:**   * Costos bancarios. **CB =** CBT **x** CRC * Costo del recaudo PILA. **CRP** = CRC **x** CRT   **Ecuación Costo Manejo de Recursos:**  **Situación Inicial. CTMR0** = CO **+** CB **+** CRP  **Impacto / Cambio.** Reducir CO en %MO, y optimizar CB y CRT (**CB\*** y **CRT\*)**  **Situación Esperada.** **CTMR1** = **[**CO **x** %MO**] +** CB**\* +** CRT**\*** |

|  |
| --- |
| **Beneficios económicos del Manejo Unificado de Recursos**  **Parámetros:**   * Monto anual cotizaciones. **MAC** * Tasa DTF. **DTF**   **Ecuación Beneficio del Manejo de Recursos**  **Situación Inicial. BMR0** = MACx DTF **= 0**  **Impacto / Cambio.** Se obtendrá pleno rendimiento financiero del MAC  **Situación Esperada.** **BMR 1** = MACx DTF |
| **Relación “Beneficio Costo” del Manejo de Recursos**  **Situación Inicial. RBC0** = **BMR** 0 / CTT0 **= 0**  **Impacto / Cambio.** Variación de los Costos y los Beneficios  **Situación Esperada.** **RBC1** = **BMR** 1 / CTT1  **Comparación.** RBC0 Vs. RBC1 |

## CÁLCULO DEL AHORRO GENERADO AL CENTRALIZAR LOS RECURSOS EN SALUD MIA

Para cuantificar el ahorro que se obtiene al centralizar el manejo de los recursos con salud Mia, se estima la diferencia entre la situación actual sin el manejo unificado de recursos y la situación con el nuevo modelo Salud-Mia. Para el 2013 el costo anual de administración de recursos fue de $124.934 millones de pesos y la situación esperada para 2015, cuando se implementen las medidas planteadas en la reforma, sería de $38.222 millones de pesos. El ahorro obtenido sería del orden de $86.712 millones de pesos al año, aproximadamente US$ 47,4 millones de dólares.

## ANALISIS DE SENSIBILIDAD

Dado que en toda evaluación económica es recomendable analizar la variación de los resultados cuando los supuestos del análisis cambian, es necesario realizar análisis de sensibilidad unidimensional y multidimensional de los parámetros que componen el modelo desarrollado. Dado que muchos parámetros no se conocen con certeza, es necesario modiﬁcar uno —análisis de sensibilidad unidimensional— o múltiples parámetros clave —análisis de sensibilidad multidimensional— en un rango determinado y así veriﬁcar si se tienen cambios sustanciales en los resultados obtenidos frente a la razón de costo/efectividad o costo/utilidad construidos previamente. Por lo anterior, se estructuró un análisis de sensibilidad mediante simulaciones de Montecarlo. Este análisis busca representar la realidad a través de un modelo matemático, de forma que asignando valores de manera aleatoria a las variables de dicho modelo, obteniéndose diferentes escenarios.

El método Montecarlo se basa en realizar un número lo suficientemente elevado de iteraciones (asignaciones de valores de forma aleatoria), de manera que la muestra disponible de resultados, sea lo suficientemente amplia como para que se considere representativa de la realidad.

Con los resultados obtenidos de las diferentes iteraciones realizadas se efectúa un estudio estadístico del que se sacan conclusiones relevantes respecto a los valores medios, máximos y mínimos, desviaciones típicas, varianzas y probabilidades de ocurrencia de las diferentes variables determinadas sobre las que se estimó el modelo.

Las variables se ajustaron en el tiempo por inflación (según el caso se aplica inflación general o sectorial). Se corrieron 1.000 repeticiones de Montecarlo sobre los parámetros, a los cuales se les aplicó una función de distribución probabilística de tipo triangular (ver Tabla 6).

Tabla 6. Parametrización del Modelo de Simulación y Sensibilización del Impacto por el Manejo Unificado de Recursos SGSSS



**Fuente:** Elaboración propia de los autores

Los resultados de las simulaciones se llevaron a descripciones gráficas para poder exponerlos de una forma más sencilla. Se presenta un histograma de la Razón Beneficio Costo. El histograma informa acerca de los posibles valores a tomar por las variables outputs del modelo y la probabilidad asociada a cada uno de ellos. El Histograma se interpreta tomando los valores mínimos y máximos donde se concentra la mayor masa de probabilidad (90%) de ocurrencia del valor. También se entrega una gráfica de tornado donde se identifican las variables que más impactan en la estabilidad del modelo para el cálculo del RBC (de forma positiva o negativa). El análisis de tornado es un gráfico que informa al emprendedor de aquellas variables del modelo que tienen un mayor impacto dentro del resultado, este gráfico indica cual es el rango de variación del valor para cada uno de las variables incluidas, suponiendo que se ha producido una variación en dicha variable, manteniendo constante el resto de variables de riesgo. Cada paquete de gráficas se realizaron año a año, desde 2015 hasta el 2020.

Del análisis de sensibilidad se puede concluir que la RBC esperada entre los años 2015 y 2020, para el impacto del manejo unificado de recursos en el SGSSS, es en promedio 18 puntos, y que la variable que causa mayor impacto positivo en la estabilidad del modelo es la tasa DTF, como de forma negativa lo hace en menor proporción el costo del recaudo mediante la planilla PILA y el costo bancario de esas transacciones.

Tabla 8. Salidas Modelo de Simulación y Sensibilización por el Manejo Unificado de Recursos del SGSSS.

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**Fuente:** Elaboración propia de los autores

## CONCLUSIONES SOBRE LA VALORACIÓN DEL IMPACTO DE SALUD-MÍA SOBRE EL SGSSS

|  |
| --- |
| **Los efectos de la estructuración más la operación del Fondo Único de Salud, denominado en el proyecto de reforma como Salud-Mía, sobre el SGSSS se caracterizan por:**  **Los efectos del proyecto de reforma la salud sobre el manejo unificado de recursos del SGSSS, genera beneficios inmediatos para el Sistema, representando un ahorro cercano a $5.7 billones de pesos en los siguientes 6 años (2015 – 2020).**   1. **La reducción de los costos operativos y de recaudo, bajo el nuevo esquema, llevaría a que dichos costos fuesen 1/3 de los actuales asociados con el manejo del FOSYGA. Se tendría un ahorro cercano de $90.000 millones al año.** |

# PLAN OBLIGATORIO DE SALUD, MI-PLAN

Este capítulo muestra el proceso de estimación del impacto esperado por la implementación del plan de beneficios Mi-Plan, el cual contempla la **igualación de las UPC** de los regímenes contributivo y subsidiado y la **ampliación de cobertura** del conjunto de intervenciones que hacen parte del plan. Para ello, se identificaron aquellas variables susceptibles de estimación dentro de los cambios propuestos en la reforma para Mi-Plan y posteriormente, se obtuvieron las fuentes de información necesarias. Este proceso se resume en el **Tabla 9.**

**Tabla 9. Descripción del Impacto por el Nuevo Plan de Beneficios en Salud**

| **Impactos** | **Parámetro de Valoración** | **Disponibilidad de Información** |
| --- | --- | --- |
| Beneficios:   1. Disminución de la inequidad en la distribución de la riqueza como efecto de dar subsidios en salud 2. Mayor cobertura del Plan de Beneficios Unificado, en términos de servicios y acceso. | * Desplazamiento del GINI por la unificación y ampliación de la cobertura | * Informe Cepal Misas (2010) |
| Costos:   1. Costo de la igualación de la UPC de los dos regímenes 2. Aumento de la UPC unificado por la ampliación de cobertura | * Costos de la UPC para cada régimen con unificación y aumento de cobertura. | * ECV 1997, 2003, 2008, estimaciones Acosta, Misas, et al. (2007) |

**Fuente:** Elaboración propia de los autores

## SUPUESTOS REQUERIDOS PARA LA VALORACIÓN

A continuación se presentan los supuestos adicionales que se tuvieron en cuenta dentro del modelo:

**Tabla 10. Retos Metodológicos y Supuestos Asumidos para el Modelo de Evaluación Económica del Impacto por la Unificación del POS**

| **Reto Metodológico** | **Supuestos Planteados** |
| --- | --- |
| Valorar el aporte a la disminución de la inequidad lograda con la inversión en salud vía igualación de planes de beneficios y aumento de cobertura. | El índice GINI se mantuvo constante desde el año 2008 hasta el 2013. Este último es el año referencia para medir el cambio por el efecto de igualación de cápitas y aumento de cobertura. En el año 2008 – 2013 el GINI para la población del régimen contributivo fue de 39.1% y el del subsidiado 38.65%.  Basado en Acosta, Misas et al (2007) e Informe Cepal Misas (2010) |
|  | El efectos de los subsidios en salud puede lograr la disminución del GINI en 1% cada $400 mil millones (precios del 1997).  Basado en Vélez (1997) |
| Valorar la inversión que representa la unificación de las cápitas y la ampliación de la cobertura del plan de beneficios | La UPC se igualará en el 2014 para los dos regímenes.  Adicionalmente, se parte que la UPC se aumentará dada la ampliación de cobertura de Mi-Plan, en cerca del 20%.  Los recobros permanecen constantes entre los años 2012 al 2014 ($1.8 billones).  Por último, desde el año 2015 hasta el 2020, por efecto de la inclusión de tecnologías al plan de beneficios, la UPC se aumentará en 5% anual hasta alcanzar el gasto promedio en salud del Magisterio. |

**Fuente:** Elaboración propia de los autores

## DATOS EMPLEADOS

**Serie de datos de la UPC agregada para cada régimen de salud**

Se tiene información desde el 1994 hasta 2013 del monto promedio de la UPC para cada régimen en salud.

**Dato sobre el valor de GINI país por régimen de salud**

Con el propósito de estimar el beneficio de la unificación del Plan Obligatorio se tomaron las estimaciones realizadas por Acosta, Misas, et al. (2007) y Misas (2009) del índice de GINI, medida que cuantifica hasta qué punto la distribución del ingreso entre individuos u hogares se aleja de una distribución perfectamente equitativa. Un índice de GINI de 0% representa una equidad perfecta, mientras que un índice de 100% representa una inequidad perfecta. Con base en la construcción de los ingresos del hogar se cuantificó el efecto que tienen los subsidios en salud para cada régimen. Cabe mencionar, que en el caso del régimen contributivo el efecto de equidad se da a través de los subsidios cruzados dentro del mismo régimen. Para el subsidiado el efecto es mayor dado que no requiere un pago por parte del hogar haciendo que el efecto sea de mayores proporciones. Dado que no existen estimaciones que cuantifiquen el efecto de dar la UPC-C al régimen subsidiado se hace necesario aplicar un análisis de sensibilidad que permitan encontrar una aproximación o umbral de aceptabilidad.

**Tabla 10. Coeficiente de GINI Antes y Después de Subsidios por Afiliación al Sistema de Salud 2003**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Régimen** | **Imputación de la UPC de acuerdo con la afiliación al SGSSS** | | | | **Imputación por uso de servicios** |
|  | **1997** |  | **2003** |  | **2003** |
|  | Inicial | Final | Inicial | Final | Final |
| Contributivo | 0,520 | 0,493 | 0,512 | 0,484 | 0,489 |
| Subsidiado | 0,475 | 0,417 | 0,461 | 0,391 | 0,418 |
| No afiliados | 0,588 | 0,580 | 0,521 | 0,498 | 0,504 |
| Total | 0,609 | 0,583 | 0,587 | 0,553 | 0,555 |

**Fuente:** ECV97, ECV03, DANE

Para la estimación de los beneficios es necesario calcular el ingreso per cápita de los colombianos categorizado por régimen de salud con base en las Encuestas de Calidad de Vida. Para efectos de este estudio se tomaron como base las estimaciones realizadas por Acosta, Misas, et al (2007), donde a través de análisis de incidencia de los subsidios en salud se calculó como el contar con un subsidio reduce la inequidad medida en variaciones porcentuales del GINI tomando como referente el cambio en el ingreso. Posteriormente, citando a Velez - Echavarria (1997), el cual calcula la eficacia redistributiva relativa (ERRE), se tomó como referencia que un incremento del gasto social del 20%, aproximadamente $400 mil millones de 1997 ($1.088 billones a precios de 2013), permitiría mejorar la distribución del ingreso y disminuir el coeficiente de GINI después de subsidios en un punto porcentual.

Los coeficientes de GINI muestran el efecto que tiene la imputación de los beneficios del modelo de aseguramiento, en especial para la población afiliada al régimen subsidiado. El índice de GINI en el 2003 para el régimen subsidiado mostró una reducción del orden de 46% a 39%, es decir 7 puntos porcentuales después de sumar el efecto de los subsidios en salud. Al igualar la UPC-S con la del régimen contributivo, se espera tener una disminución de la inequidad medido a través del cambio porcentual del índice de GINI. Los análisis expresados anteriormente se resumen en la siguiente tabla.

**Tabla 11. Data Set para el Análisis de Mi-Plan**



**Fuente:** Elaboración propia de los autores

## SIMULACIÓN DE LOS COSTOS

Como se desprende de la **Tabla 11,** los costos se generan por el aumento en el número afiliados al régimen contributivo que deben recibir la UPC-C, la posterior igualación de las primas entre regímenes y la ampliación del plan.

Se inicia calculando el Costo Total de la cobertura (CT) entendido como el monto requerido para cubrir las primas de los dos segmentos regímenes, contributivo y subsidiado. Así se multiplica la población de cada régimen por su respectiva UPC, entre los años 2013 y 2015, momento en el cual se supone que se unifican (UPC-U). Es decir que desde el año 2015 la población total se multiplica por la UPC-U, para calcular el Costo Total de la Cobertura (CT)

Luego, para valorar los costos por ampliación de la cobertura e inclusión de las intervenciones no POS, se estableció como referencia el gasto promedio en salud del régimen especial del magisterio (GPM), definiéndose en el ejercicio, que a partir del 2015, cada año se ajustará la UPC-U en un 5% del GPM.

De esta forma, se estimó que el costo por atención del plan básico de beneficios llevará a un incremento cercano a $4 billones de pesos entre el año 2014 y el 2015 por concepto de unificación de las UPC y la ampliación de cobertura. A partir del 2015 se ajusta la UPC por inflación sector salud y se le suma el costo por la ampliación de cobertura hasta alcanzar el gasto promedio anual del magisterio, lo que conlleva un incremento promedio adicional de $4 billones anuales.

**Tabla 12. Costos de la unificación del POS. 2013 – 2020 (Millones de Pesos)**



**Fuente:** Elaboración propia de los autores

## SIMULACIÓN DE LOS BENEFICIOS

Para la estimación de los beneficios se tomó como línea de base los índices de GINI estimados a través de las Encuestas de Calidad de Vida por tipo de régimen. Para efectos de este estudio se tomaron como base las estimaciones realizadas por Acosta, Misas, et al (2007), donde a través de análisis de incidencia de los subsidios en salud se calculó como el contar con un subsidio reduce la inequidad medida en variaciones porcentuales del GINI. Se mide el gasto necesario para la unificación de las UPC de los dos regímenes y se calcula una relación con respecto a la inversión que se requiere para disminuir el índice de GINI en un punto porcentual. Para efectos de este análisis sólo se debe entrar a analizar el desplazamiento del GINI del régimen subsidiado. Las estimaciones para el régimen contributivo y del subsidiado a partir del 2015 fueron realizadas para cuantificar el efecto de la ampliación de cobertura de Mi-Plan.

El resultado de la estimación muestra que la acción conjunta de unificación y actualización del Plan de Beneficio, reflejado en el aumento de la UPC, considerada como inversión dirigida a aumentar la equidad, puede mover el GINI 2,5% para la población del régimen subsidiado y 1% para el contributivo.

**Tabla 13. Beneficios Económicos por la Unificación del POS. 2013 - 2020**



**Fuente:** Elaboración propia de los autores

## PROCESAMIENTO DEL MODELO Y LA INFORMACIÓN

Se construyó el caso base y posteriormente los posibles escenarios gracias a los cambios propuestos en la reforma. Se expone la información usada, ya sean datos únicos, tablas o bases de datos. Luego se organiza obedeciendo al siguiente algoritmo.

|  |
| --- |
| **Costos económicos de la Unificación del POS**  **Parámetros:**   * Número total de usuarios afiliados contributivos compensados. **ARC** * Número total de usuarios afiliados subsidiados. **ARS** * UPC del régimen contributivo. **UPCC** * UPC del régimen subsidiado. **UPCS** * Recobro total. **RE** * Nivel de recobro total. %**RE** * Gasto per cápita del régimen especial Magisterio. **GPM**   **Ecuaciones:**   * UPC unificada. **UPC-U =** UPCC **+** {**[** RE **x** **[** 1 - %RE **]] / [** ARC **+** ARS **]}**   **Ecuación Costo Total de la Unificación del POS:**  **Situación Inicial. CT0** = UPC-U **x [** ARS **x** ARC **]**  **Impacto / Cambio.** Se mantiene la estructura para el cálculo de la UPC-C  **Situación Esperada.** **CT1** = UPC-U **x [** ARS **x** ARC **]** |

|  |
| --- |
| **Beneficios económicos de la Unificación del POS**  **Parámetros:**   * Índice GINI para régimen contributivo. **GINI-C** * Índice GINI para régimen subsidiado. **GINI-S** * Inversión social para ganar 1% en el GINI. **1G**   **Ecuación Beneficio Total de la Unificación del POS:**  **Situación Inicial. BT0** **= GINI-CU =** **[** 1% **x** %UPCC **x** ARC **]** **/** 1G  **Impacto / Cambio.** Se mantiene la estructura para el cálculo de la GINI-C para ambos regímenes (contributivo, subsidiado, discriminado en el cálculo)  **Situación Esperada.** **BT1** = **GINI-CU =** **[** 1% **x** %UPCC **x** ARC **]** **/** 1G |

## ANALISIS DE SENSIBILIDAD

Dada la existencia de incertidumbre en algunas variables incorporadas dentro del modelo se realizó un análisis frente a variaciones de los resultados cuando los supuestos del modelo se modifican, para ello fue necesario realizar un análisis de sensibilidad unidimensional y multidimensional de los parámetros que componen el modelo. Dado que muchos parámetros no se conocen con certeza, es necesario modiﬁcar uno —análisis de sensibilidad unidimensional— o múltiples parámetros clave —análisis de sensibilidad multidimensional— en un rango determinado y así veriﬁcar si se tienen cambios sustanciales en los resultados obtenidos frente a la razón de costo/efectividad o costo/utilidad construidos previamente. Por lo anterior, se estructuró un análisis de sensibilidad mediante simulaciones de Montecarlo. El método Montecarlo se basa en realizar un número lo suficientemente elevado de iteraciones (asignaciones de valores de forma aleatoria), de manera que la muestra disponible de resultados, sea lo suficientemente amplia como para que se considere representativa de la realidad.

Se realizaron 1.000 simulaciones sobre los parámetros, a los cuales se les definió una función de distribución probabilística del tipo triangular (ver Cuadro 10).

Los resultados de la simulación y sensibilización se llevaron a descripciones gráficas para poder exponerlos fácilmente. Se presenta un histograma de la Razón Costo Utilidad simulada, donde se evidencia los valores mínimos y máximos donde se concentra la mayor masa de probabilidad de los resultados obtenidos frente a cambios en la distribución de la riqueza dado los subsidios en salud, expresados en el índice de GINI. También se muestra una gráfica de tornado donde se identifican las variables que más impactan en la estabilidad del modelo para el cálculo del RCU (de forma positiva o negativa). Cada paquete de gráficas se realizaron año a año, desde 2015 hasta el 2020.

De proceso de simulación se puede concluir que la variación del índice de GINI esperada entre los años 2015 y 2020, debido al impacto lograd por la unificación del POS, es en promedio 1.67 puntos en el régimen contributivo y 2.13 en el subsidiado. La variable que causa mayor impacto negativo en la estabilidad del modelo es el total de afiliados en el régimen contributivo que cambia entre 2014 y 2015, y de menor manera (4 veces menos) pero de forma positiva es el número de afiliados al régimen subsidiado (Cuadro 11). Lo anterior se explica a que las personas afiliadas al régimen subsidiado no realizan ningún tipo de aporte al sistema haciendo que el recibir la UPC sea un aumento del ingreso del hogar sin tener ningún tipo de costo por concepto de cotizaciones. La UPC unificada tiene un efecto considerablemente más alto, aunque se refleja a partir del años 2016, lo que hace caer la apreciación de las otras variables.

Cuadro 10. Parametrización del Modelo de Simulación y Sensibilización del Impacto Unificación del POS



**Fuente:** Elaboración propia de los autores

Cuadro 11. Salidas Modelo de Simulación y Sensibilización de la Unificación del POS

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**Fuente:** Elaboración propia de los autores

## CONCLUSIONES SOBRE LA VALORACIÓN DEL IMPACTO DE MI-PLAN SOBRE EL SGSSS

|  |
| --- |
| **Los efectos de la implementación plan de beneficios Mi-Plan sobre el SGSSS se caracterizan por:**   1. **La inversión requerida para cerrar la brecha entre UPC-C y UPC-S (unificación de las UPC) es del orden de $4 billones de pesos monto a invertirse en el periodo comprendido 2014 y el 2015. A partir del 2015 la UPC-U será una única cápita para ambos regímenes.** 2. **El gasto adicional por concepto de ampliación de cobertura es cercano a $4 billones de pesos anuales a partir del 2015.** 3. **El gasto adicional en el que se incurre por la unificación y la ampliación de cobertura lleva a disminuir la brecha de inequidad para la población subsidiada por el SGSSS, en cerca de 2,3 puntos porcentuales del GINI entre el 2015 y el 2020.** 4. **En el régimen contributivo se tiene un efecto de equidad dentro de la población afiliada reduciendo la inequidad en 1.2 puntos porcentuales del GINI promedio año.** |

# EFECTOS DE LA REFORMA TRIBUTARIA SOBRE LAS CUENTAS DEL SGSSS

El objetivo de este numeral es valorar la influencia que tendrá la Reforma Tributaria 2012 sobre los mecanismos de financiamiento del SGSSS. Al igual que en los otros numerales, se inicia con la identificaron de parámetros susceptibles de valoración, dentro del conjunto presentado en el **Cuadro 4. Esquema de Análisis para la Sinergia entre la Reforma Tributaria y el SGSSS**; luego se buscaron las fuentes de información. Este proceso se resume en el **Cuadro 11**.

Cuadro 11. Descripción del Impacto por la Reforma Tributaria 2012 sobre el SGSSS

| **Impactos** | **Parámetro de Valoración** | **Disponibilidad de Información** |
| --- | --- | --- |
| Beneficios:   1. Aumento del número de cotizantes al régimen contributivo 2. Disminución del número de personas subsidiadas en el SGSSS | * Población que formaliza su trabajo * Valor anual de las nuevas cotizaciones * Población de cada régimen (Contributivo y subsidiado) * Índice de concentración familiar | * Hamann y Mejía (2011) * MSPS y Fosyga (2013) |
| Costo:   1. Nueva población de cotizantes y sus beneficiarios que deberán recibir la UPC-C, en vez de la UPC-S. 2. La UPC se unifica para los regímenes contributivo y subsidiado. | * Diferencia temporal en la UPC-C y UPC-S | * MSPS y Fosyga (2013) |

**Fuente:** Elaboración propia de los autores

## SUPUESTOS REQUERIDOS PARA LA VALORACIÓN

Para cuantificar el efecto de la Reforma Tributaria sobre el SGSSS, se establecen los siguientes supuestos, que buscan limitar el proceso sólo a la dinámica de los parámetros relacionados con la población de los regímenes contributivo y subsidiado:

Cuadro 12. Retos Metodológicos y Supuestos Asumidos para el del Modelo de Evaluación Económica del Impacto por la Unificación del POS

| **Reto Metodológico** | **Supuestos Planteados** |
| --- | --- |
| Valorar el efecto de la formalización del empleo sobre la masa poblacional de los dos regímenes de salud en el SGSSS. | La Reforma Tributaria causará que el trabajo se formalice y por consiguiente la masa de cotizantes crezca entre 11% y 15%. Este efecto sólo se notará a partir del 2014.  Basado Hamann y Mejía (2011), Bernal y Cárdenas (2003), Kugler y Kugle (2009) y, Modragón y Peña (2010) |
|  | El Índice de Concentración Familiar (ICF) en el año 2013 es de 1,82, el cual se mantiene constante en hasta el año 2020.  Basado en MSPS y Fosyga (2013) |
| Valorar el efecto de la formalización del empleo sobre las cotizaciones y los costos en salud del SGSSS. | La nueva masa de cotizantes aportará el promedio anual calculado en $1.46 millones al año en el 2013. Y tanto ella como sus beneficiarios recibirán una UPC-C de $568.994 en el mismo año. Estos valores se mantienen constantes hasta el año 2020, ajustados por inflación sector salud.  Basado en MSPS y Fosyga (2013) |
|  | Los beneficiarios del régimen subsidiado en el año 2013 reciben una UPC-S de $508.993. Pero este monto se actualizará en el año 2014, igualándola con la UPC-C.  Basado en MSPS y Fosyga (2013) |

**Fuente:** Elaboración propia de los autores

## DATA SET

Los datos usados para el cálculo del efecto sobre el SGSSS generado por la Reforma Tributaria se resumen en la **Tabla 14**.

Tabla 14. Data Set para el Análisis del Efecto de la Reforma Tributaria Sobre el Modelo de Financiamiento del SGSSS



**Fuente:** Elaboración propia de los autores

## SIMULACIÓN DE LOS BENEFICIOS

Tabla 15. Efectos de la Reforma Tributaria Sobre el Modelo de Financiamiento del SGSSS (Millones de Pesos)



**Fuente:** Elaboración propia de los autores

Se usó la información disponible para calcular el monto anual de las cotizaciones tras el efecto esperado por la Reforma Tributaria (MAC-T), junto al gasto total que representará la masa de beneficiarios que se trasladan al régimen contributivo (GT-T) y el ahorro sobre el financiamiento del régimen subsidiado que esto implica (AHORRO). El resultado de sumar MAC-T con AHORRO y luego restarle GT-T, es el beneficio total calculado. Para el año referencia 2015 se esperaría lograr $2.2 billones como beneficio de la Reforma Tributaria sobre el SGSSS.

## CÁLCULO DEL AHORRO GENERADO PARA EL SGSSS

El ahorro social relacionado al impacto de la Reforma Tributaria 2013 sobre el SGSSS, se estiman a través del cálculo de la diferencia entre la situación actual sin el aumento de la masa de cotizantes al SGSSS y la situación propuesta en el programa de préstamo con la formalización del trabajo a efectos de la reforma Tributaria. Como se puede observar en la Tabla 15, el balance entre recaudo de cotizaciones y gasto en salud para la nueva población del régimen contributivo será de $420 mil millones en el año 2015, o aproximadamente US$230 millones.

|  |
| --- |
| **Los efectos de la Reforma Tributaria sobre el SGSSS, podrán generar ahorros de $420 mil millones de pesos en el año 2015, o aproximadamente US$230 millones de dólares.** |

## 

## PROCESAMIENTO DEL MODELO Y LA INFORMACIÓN

Para estimar los impactos de la Reforma Tributaria sobre el modelo de financiamiento del SGSSS, se consideraron los efectos que tendrá dicha Reforma sobre la formalización del empleo, el cual implica aumento de los ingresos por cotización y, a su vez, aumento de beneficiarios con cápita contributiva y disminución de beneficios cápita subsidiada. A continuación se muestra el algoritmo empleado para las estimaciones.

|  |
| --- |
| **Efectos de la Reforma Tributaria Sobre el Modelo de Financiamiento del SGSSS**  **Parámetros:**   * Número total cotizantes al régimen contributivo. **CRC** * Monto anual cotizaciones per cápita. **MAC.pc** * Cotización promedio afiliado año. **CPA** * Número total de usuarios afiliados contributivos compensados. **ARC** * Número total de usuarios afiliados subsidiados. **ARS** * Índice de concentración familiar. **ICF** * Porcentaje de formalización de trabajo por Reforma Tributaria. **%FT** * Unidad de pago por capitación contributiva. UPCC * Unidad de pago por capitación subsidiada. UPCs   **Ecuaciones:**   * CRC con Reforma Tributaria. **CRC-T =** CRC **x [** 1 **+** %TF **]** * MAC con Reforma Tributaria. **MAC-T =** MAC.pc **x [** CRC **+** CRC-T **]** * ARC con Reforma Tributaria. **ARC – T =** CRC-T **x** ICF * Gasto Total con Reforma Tributaria. **GTC – T =** ARC-T **x** UPCC * ARS con Reforma Tributaria. **ARS – T =** CRC-T **x** ICF   **Ecuación de Beneficio:**  **Beneficios Calculados. Beneficios** = Balance **+** Ahorro  Donde **Balance =** MAC-T – GT-T y **Ahorro =** ARS-T x UPCS |

## ANÁLISIS DE SENSIBILIDAD

Dado que algunas variables empleadas dentro de las estimaciones son aproximaciones realizadas por diferentes fuentes, se hace necesario realizar un análisis de sensibilidad frente a cambios cuando los supuestos del modelo se modifican, para ello es necesario realizar un análisis unidimensional y multidimensional de los parámetros que componen el modelo. Por lo anterior, se estructuró un análisis de sensibilidad mediante simulaciones de Montecarlo. El método Montecarlo se basa en realizar un número lo suficientemente elevado de iteraciones (asignaciones de valores de forma aleatoria), de manera que la muestra disponible de resultados, sea lo suficientemente amplia como para que se considere representativa de la realidad. Se realizaron 1.000 simulaciones sobre los parámetros, a los cuales se les definió una función de distribución probabilística del tipo triangular (ver Cuadro 13).

Los resultados de la simulación se llevaron a descripciones gráficas para poder exponer de forma clara. Se presenta un histograma del Beneficio Total, donde se muestran los valores máximos y mínimos logrados en recaudo por concepto de cotizaciones gracias a la formalización del empleo. De la misma forma, se muestra una gráfica de tornado donde se identifican las variables que más impactan en la estabilidad del modelo para el cálculo del Beneficio Total (de forma positiva o negativa). Cada paquete de gráficas se realizaron año a año, desde 2015 hasta el 2020.

Cuadro 13. Parametrización del Modelo de Simulación y Sensibilización del Impacto por la Reforma Tributaria en el Modelo de Financiamiento del SGSSS



**Fuente:** Elaboración propia de los autores

Del proceso de simulación se puede concluir que el Beneficio Total esperado entre los años 2015 y 2020, por concepto de formalización de trabajadores dada la Reforma Tributaria del 2013, sobre el modelo de financiamiento del SGSSS, es en promedio $2.2 billones (corrientes), y que la variable que causa mayor impacto positivo en la estabilidad del modelo es el número de nuevos trabajadores formalizados, seguida por el monto promedio de su contribución (la tercera parte del primer factor). Ver Cuadro 4. De esta forma, se evidencia que si las estimaciones realizadas por el gobierno en cuanto al porcentaje de nuevos trabajadores formales están por debajo de lo esperado, el monto de las contribuciones se reduciría sustancialmente, teniéndose un efecto negativo sobre el flujo de recursos para el sistema. Por otra parte, si la contribución promedio calculada por FOSYGA y empleada para realizar las estimaciones dentro del modelo está por encima de la contribución actual, los recursos adicionales que entrarían al sistema de salud no serán los esperados.

Cuadro 14. Salidas Modelo de Simulación y Sensibilización Manejo Unificado de Recursos.

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**Fuente:** Elaboración propia de los autores

## CONCLUSIONES SOBRE LA VALORACIÓN DEL IMPACTO DE LA REFORMA TRIBUTARIA SOBRE LAS CUENTAS DEL SGSSS

|  |
| --- |
| **Los efectos de la Reforma Tributaria sobre el SGSSS se caracterizan por:**   1. **Aumentar la población cotizante, lo que significa un aumento en el monto total anual de los ingreso por concepto de cotizaciones en el SGSSS. Esto supone para el año 2015 tener 1.4 millones de cotizantes más que representarán $2 billones de ingresos por nuevas cotizaciones.** 2. **Como efecto de lo anterior, la población del régimen subsidiado bajará en el mismo número, por tanto el gasto de la cuenta del subsidio también descenderá.** |

# CONCLUSIONES GENERALES

A lo largo de este estudio se han analizado los efectos que pueden tener los cambios planteados en la Reforma a la Salud frente al SGSSS, Proyecto de Ley 210 de 2013. Para la valoración del impacto son grandes los retos dado que la información con que se cuenta en la mayoría de casos es limitada. Sin embargo, a partir del análisis de la literatura, de las bases de datos disponibles y de las consecuencias que se han tenido frente a cambios previos del sistema de salud, se realizó un ejercicio cualitativo, más la valoración estimada de los efectos de la Reforma frente al gasto en salud, la definición de Mi-Plan, la implementación de Salud-Mía y la operación de las Gestoras de Salud. A continuación se presenta las conclusiones generales del proceso de análisis.

1. La creación del Fondo Único para la Salud, Salud-Mia, puede traer grandes beneficios financieros y reducción de costos de operación. De la misma forma, el pago directo a prestadores permitirá disminuir considerablemente el número de días de cartera y se tendrá una mayor trazabilidad de los recursos. Un aspecto de la mayor relevancia es que al ser una entidad estatal aquella encargada de realizar el recaudo se tendrán incentivos de reducir las tasas de elusión al sistema En contraste, se tiene que la implementación de este modelo unificado conllevara altos costos de implementación y requerirá fortalecimiento de los sistemas de información existentes. Dentro del conjunto de riesgos está el que Salud-Mía no pueda manejar el alto volumen de operaciones, deba diseñar controles adicionales de auditoria que retrasen los pagos a prestadores.
2. El Plan Unificado de Beneficios, Mi-Plan, trae como beneficios la ampliación de la cobertura, la garantía de calidad y continuidad en la atención en salud para toda la población (Subsidiada y Contributiva), más la disminución de la cantidad de procesos de recobro al sistema, la entrada de nuevas tecnologías en salud y el desarrollo de herramientas estratégicas (manuales tarifarios). Dentro de las desventajas o costos identificados se tienen que será necesario inversiones para la modernización o ampliación de capacidades en las instituciones relacionadas con los procesos de aplicación de los mecanismos de exclusión y priorización, evaluación de tecnologías en salud y definición de precios para las mismas. Existen algunos riesgos debido a los procesos de exclusión de tecnologías, tal es el caso interrumpir tratamientos donde actualmente se emplee cierta tecnología y que a futuro no vaya a ser parte del Plan de Beneficios.
3. La creación de las Gestoras de Salud trae como beneficio para el SGSSS la obtención de obtendrán mejores resultados en salud dada la implementación de mecanismos de pago por desempeño, aumento de la continuidad de los servicios gracias a la creación de las Áreas de Gestión Sanitaria que permiten acercar la oferta de servicios a los pacientes reduciendo los tiempos de desplazamiento y aumento de la competencia y mejores en calidad en niveles altos de complejidad gracias a que sólo se permitirá la integración vertical en el primer nivel.
4. La sinergia entre la Reforma Tributaria 2012 y el SGSSS, se centra en la nueva forma de recaudar las cotizaciones que debe realizar el empleador por concepto de salud y pago de parafiscales (ahora contribuciones tributarias), la cual podrá incentivar la formalización del trabajo, aumentando así el número de afiliados al régimen contributivo y disminuyendo en proporciones similares el número de afiliados al régimen subsidiado. Lo anterior, aliviará el gasto por concepto de subsidios a la salud. Sin embargo, dada la complejidad tributaria que se requiere para recaudar el impuesto CREE, sumado a las altas tasas de evasión existente, se puede presentar un desbalance en los ingresos necesarios para el financiamiento del SGSSS, el cual el país no podrá cubrir a costa del Presupuesto General de la Nación.

En términos económicos, de las estimaciones realizadas para valorar el impacto que puede generarse desde el proyecto de Ley 210, al SGSSS, se puede concluir que:

1. El principal efecto de la Reforma Tributaria sobre el SGSSS, es el aumento de la población cotizante, que para el año 2015 aumentará 1.4 millones de individuos. Este aumento representa $2 billones en el mismo año (Equivalentes US$1.081 millones)[[9]](#footnote-9).
2. La operación del SGSSS basado en el Plan de Beneficios Unificado Mi-Plan, le puede costar al Sistema cerca de $4 billones anuales a partir del 2015 (US$2.162 millones aprox.). Este monto contribuirá en mejoras en términos de equidad, generando como efecto la disminución del índice GINI para Colombia en promedio 2.3 puntos porcentuales anuales para el segmento poblacional del régimen subsidiado, y de 1.2 puntos porcentuales para el régimen contributivo.
3. La estructuración del Fondo Único para la Salud, es la medida que mayores beneficios le traerá al SGSSS. La recuperación de la administración y el control financiero de las cotizaciones le representa al SGSSS y al estado Colombiano, cerca de $0.95 billones en promedio anual, que suma $5.7 billones acumulados entre los años 2015 y 2020 (US$3 millones aproximadamente).

En términos generales se puede concluir que las medidas de la Reforma a la salud plasmadas en la Ley 210 de 2013, estimadas dentro del presente estudio, representan integralmente un ahorro para el SGSSS superiores a $1.38 billones promedio anuales equivalentes a US$760 millones.

# BIBLIOGRAFÍA

Departamento Nacional de Planeación, 2013. *Balance de resultados 2012,* Bogotá: DNP.

Ministerio de Hacienda y Crédito Público, 2011. *Notas Fiscales, con base en Fosyga y Ministerio de la Protección Social,* Bogotá: MinHacienda.

AcademyHealth, 2010. *Integration, Concentration, and Competition in the Provider Marketplace,* Washington, D.C: s.n.

ACESI, 2013. *Asociación Colombiana de Empresas Sociales del Estado y Hospitales Públicos.* [En línea]   
Available at: http://acesi.com.co/540-hospitales-publicos-en-riesgo-de-liquidacion-en-colombia/  
[Último acceso: 3 Noviembre 2013].

Acosta OL, Misas JD, et. al., 2007. *Avances y desafíos de la equidad en el sistema de salud colombiano,* Bogotá: Fundación Corona .

Acosta, O. L. & Misas, J. D., 2007. Equidad en el Financiamiento del SGSSS. *Documentos de Trabajo. Fundación Corona,* Volumen 15, pp. 43-81.

Asivamosensalud, 2013. *Temas de aseguramiento.* [En línea]   
Available at: http://www.asivamosensalud.org/temas-de-analisis/aseguramiento/temaanalisis.ver/13.  
[Último acceso: 11 11 2013].

Barón G, Betancourt F, Cuadros JG, Fernández L, Giraldo V JC. , 2010. Informe de seguimiento de cartera del sector prestador (corte 30 de junio de 2010). *Hospitalaria,* pp. 4-17.

Barón, G., 2007. Gasto nacional en salud en Colombia 1993-2003: composición y tendencias. *Revista de Salud Pública,* pp. 167-179.

Barón, G., 2012. Gasto Nacional en Salud de Colombia 2004 - 2011. Composición y Tendencia.

BID, 2007a. *Economic Analysis for Development Effectiveness,* W ashington DC: Banco Interamericano de Desarrollo, Documento Borrador.

BID, 2007. *Economic Analysis for Development Effectiveness,* Washington: BID.

BID, 2009. *El aporte del análisis económico al diseño, seguimiento y evaluación de proyectos de mejoramiento de barrios. Nota Técnica,* Washington DC: BID.

Bloom, E. e. a., 2006. *Contracting for Health: Evidence from Cambodia,* Cambridge: Harvard University.

Bojacá, R. y otros, 2007. Análisis de las Metodologías de Evaluación Ex Ante de Proyectos Aplicados en los Programas Sociales en el Distrito Capital. Finanzas y Política Económica. *Finanzas y Política Económica,* pp. 97-115.

Cárdenas. M, Mejía. C., 2007. *Informalidad en Colombia: Nueva Evidencia,* Bogotá: Fedesarrollo.

Cárdenas, M. & Bernal, R., 2003. *Determinants of Labor Demand in Colombia: 1976-1996,* s.l.: NBER Working Papers.

Castaño, R., 2004. Integración vertical entre empresas promotoras de salud e instituciones prestadoras de servicios de salud. *Gerencia y Políticas de Salud,* pp. 35-51.

Castaño, R. A., 2008. *Modelos de Gestión de Riesgo en Salud: Revisión de Conceptos y Recomendaciones para el Régimen Contributivo de la Seguridad Social en Colombia.* Bogotá D.C.: Universidad del Rosario.

Cellini, S. & Kee, J., 2010.. *Cost-Effectiveness and Cost-Benefit Analysis.* Chapter 25 of Handbook of PracticalProgram Evaluation, Third Edition ed. San Francisco: Jossey-Bass.

CEPAL - Instituto Latinoamericano y del Caribe de Planificación Económica y Social (ILPES), 2006. *Pauta metodológica de evaluación de impacto ex-ante y ex-post de programas sociales de lucha contra la pobreza.* Santiago de Chile: Publicación de las Naciones Unidas.

Comisión de regulación en salud, 2011. *Metodología para la actualización integral del Plan.* [En línea]   
Available at: http://www.cres.gov.co/portals/0/circulares%20externas/cres%20metodolog%c3%ada%20actualizaci%c3%b3n%20pos\_version%20socializacion%20junio%207.pdf   
[Último acceso: 1 3 2012].

Correa, J., 2013. *Portafolio.co.* [En línea]   
Available at: http://www.portafolio.co/economia/la-salud-vive-una-quiebra-sectorial-ministro-salud  
[Último acceso: 11 11 2013].

CRES, 2011. *Acuerdo 029.* Bogotá: Comisión de Regulación en Salud.

Cutler D, Richardson E, 1998. The value of health:1970-1990. AEA Session on “What we get for health care spending”. *American Economic Review,* 88(2), pp. 97-100.

DANE, 2013. *MEDICIÓN DEL EMPLEO INFORMAL Y SEGURIDAD SOCIAL, Trimestre octubre – diciembre de 2012,* Bogotá: DANE.

Defensoría del Pueblo, 2012. *La Tutela y el Derecho a la Salud 2011. 20 Años 1992 - 2011,* Bogotá D.C.: Defensoría del Pueblo.

Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud, 2013. *DESARROLLO METODOLÓGICO DE LOS PROCESOS GENERALES DE DEPURACION Y ORDENAMIENTO DE TECNOLOGIAS EN SALUD A EVALUAR, AUMENTO DE COBERTURA Y SUPRESIÓN PARA EFECTOS DE LA ACTUALIZACION DEL POS 2013,* Bogotá: MinSalud.

DNP, 2012. *Conpes Social 155,* Bogotá: DNP.

Elola et al., 1995. Health Indicator and the Organization of Health Care Systems in Western Europe. *American Journal of Public Health,* 85(10), pp. 1397-1041.

Fedesarrollo, 2012. *La Sostenibilidad Financiera del Sistema de Salud Colombiano - Dinámica del Gasto y Principales Retos de Cara al Futuro,* Bogotá D.C.: Fedesarrollo.

Friedrich Schneider & Christina Burger, 2004. *Formal and informal labour markets: Challenges and policy in the Central and Eastern European new EU members and candidate countries,* Austria: Economics working papers.

Fuchs, V., 1986. *The health economy.* Cambridge, MA: Harvard University Press.

García‐Altés, A., 2009. *Los sistemas de pago por desempeño: ejemplos, posibilidades y limitaciones.* [En línea] Available at: www.risai.org [Último acceso: 27 10 2013].

Gaviria, A., 2004. Ley 789 de 2002: Funcionó o no?. *Documento CEDE,* Issue 45.

Gaviria, A., 2013. *Presentación Salud Mia ante el Honorable Congreso de la República,* Bogotá: s.n.

Giedion, U. & Acosta, O. L., 2011. *Sistema de Salud y Democracia: El Caso de Colombia,* Bogotá D.C.: CEPAL.

Giedion, U. & Panopoulou, G., 2009. Diseño y Ajuste de los Planes Explícitos de Beneficios: El Casode Colombia y México. *Serie Financiamiento del Desarrollo. CEPAL,* Issue 219.

Giedion, U., Pulido, A. & Cubillos, L., 2007. *Construcción de Planes de Beneficios: La Experiencia Internacional. Informe de Consultoría,* Bogotá D.C.: Ministerio de Salud y Protección Social.

Gómez. J, Morán. D., 2012. Informalidad y tributación en América Latina: Explorando los nexos para mejorar la equidad. *Macroeconomía del Desarrollo,* Issue 124.

Gorbaneff, Y. &. M. C., 2011. ¿Por qué se limita la integración vertical en el sector salud en Colombia?. *Gerencia Política en Salud,* pp. 170-180.

Gorbaneff, Y. T. S. &. C. N., 2008. Fuentes de poder de las aseguradoras frente a las prestadoras hospitalarias en el sistema de salud colombiano. El caso de la concentración industrial.. *Geremcoa Política Salud,* pp. 177-186.

IMS, 2013. *Poder 360° - Intelligence for the Business Elite.* [En línea] Available at: http://www.poder360.com/article\_detail\_print.php?id\_article=7516 [Último acceso: 27 11 2013].

Kluger, A. & Kluger, M., 2005. *The Labor Market Eﬀects of Payroll Taxes in a Middle-Income,* Houston: University of Houston.

Laffont, J.-J. & Tirole, J., 1991. The Politics of Government Decision-Making: A Theory of Regulatory Capture. *Quarterly Journal of Economics,* p. 1089–1127.

Magisterio, 2008. *Anexo 5 Plan de Atención en Salud del Pliego de Condiciones 001 de 2008.* Bogotá: s.n.

Miller G, S. K., 2013. *Pay-for-Performance incentives in low- and middle-income country Health Programs,* Cambridge: NBER Working Paper No. 18932.

Minhacienda, 2012. *Exposición de Motivos al Proyecto de Ley de Reforma Tributaria,* Bogotá: Ministerio de Hacienda y Crédito Público.

Ministerio de Comercio, Industria y Turismo, 2013. *www.mincit.gov.co.* [En línea]   
Available at: http://www.mincit.gov.co/publicaciones.php?id=7399&dPrint=1 [Último acceso: 10 Noviembre 2013].

Ministerio de Hacienda y Crédito Público, 2012. *Exposición de Motivos Reforma Tributaria 2012,* Bogotá: MinHacinda.

Ministerio de la Protección Social - FOSYGA, 2010. *Sostenibilidad de la Subcuenta de Compensación del FOSYGA y Financiamiento del Régimen Subsidiado,* Bogotá D.C.: FOSIGA.

Ministerio de Protección Social y COLCIENCIAS, 2013. *Guía Metodológica para la Elaboración de Guías de Atención Integral.* Bogotá D.C.: COLCIENCIAS.

Ministerio de Salud y Protección Social - MSPS, 2013. *Proyecto de Ley para la Reforma al Sistema General de Seguridad Social en Salud. (Exposición de Motivos),* Bogotá: MSPS.

Ministerio de Salud y Protección Social, 2012. *Resolución 2509.* Bogotá D.C.: s.n.

Ministerio de Seguridad y Protección Social - MSPS, 2013. *Proyecto de Ley para la Reforma al Sistema General de Seguridad Social en Salud. (Exposición de Motivos),* Bogotá: MSPS.

Minsalud, 2013. *Ministerio de Salud y Protección Social.* [En línea]   
Available at: http://www.minsalud.gov.co/Paginas/CtroComunicaciones.aspx [Último acceso: 16 11 2013].

MinSalud, 2013. *Minsalud.* [En línea] Available at: http://www.minsalud.gov.co/Paginas/Mi-Plan-est%C3%A1-en-la-inclusi%C3%B3n-cosas.aspx [Último acceso: 20 11 2013].

MinSalud, 2013. *Mlud.* [En línea] Available at: http://www.minsalud.gov.co/Paginas/salud-mia.aspx  
[Último acceso: 28 11 2013].

Minsalud, 2013. *Proyecto de Ley para la Reforma al Sistema General de Seguridad Social en Salud. (Exposición de Motivos),* Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social.

Mondragón, C., Ximena, P. & Daniel, W., 2010. *Labor market rigidities and informality in Colombia,* Bogotá: CEDE.

MPS, 2013. *Estudio sobre el modo de gestionar la salud en Colombia,* Bogotá, Colombia: MPS.

Musgrove, P., 1996. *Public and Private Roles in Health.* Washington, DC: The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank.

Nieto, E., & Arango, A. , 2011. Costos de los Servicios de Salud Tutelados y del Proceso Legal de las Tutelas en Medellín.. *Rev. Facultad Nacional de Salud Pública,* 29(3), pp. 223-231.

Nieto, E. & Arango, A., 2011. Costos de los Servicios de Salud Tutelados y del Proceso Legal de las Tutelas en Medellín. *Rev. Facultad Nacional de Salud Pública,* 29(3), pp. 223-231.

Nuñez, J., 2005. Exitos y fracasos de la reforma laboral en Colombia. *Documentos CEDE,* Issue 43.

Observamed, 2012. *Observatorio del Medicamento.* [En línea] Available at: http://www.observamed.org/ [Último acceso: 30 11 2013].

Paéz G, J. L. F. C., 2013. *ESTUDIO SOBRE LA GEOGRAFÍA SANITARIA DE COLOMBIA,* Bogotá: MPS.

Parra, L., 2013. *La silla vacía.* [En línea] Available at: http://lasillavacia.com/elblogueo/blog/que-es-la-integracion-vertical-en-salud-negocio-antes-que-mejoras  
[Último acceso: 11 11 2013].

Portafolio.co, 2013. *Portafolio.co.* [En línea] Available at: http://www.portafolio.co/economia/impuesto-cree-se-pagara-forma-digital [Último acceso: 11 11 2013].

PROESA - Centro de Estudios en Protección Social y Economía de la Salud, 2012. *El Derecho a la Salud en Colombia. Alcances y Límites,* Cali: s.n.

Restrepo, J. L. F. &. R. S., 2007. La integración vertical en el sistema de salud colombiano.. *Economía Institucional,* pp. 279-308.

Rey, P. and J. Tirole, 2007. A primer on foreclosure. *Handbook of Industrial Organization,* Volumen III, pp. 2145-2220.

Rice, N., & Smith, P., 1999. *Approaches to Capitation and Risk Adjustment in Health Care: An International Survey.,* New York: Center of Health Economics University of New York.

Rosenthal, M. B. F. R. G. L. Z. &. E. A. M., 2005. Early experience with pay for performance: from concept to practice.. *JAMA,* 294(14), p. 1788–93.

Rosenthal, M. B. F. R. S. H. R. &. L. B., 2004. Paying For Quality: Providers’ Incentives For Quality Improvement.. *Health Affairs,* 23(2), p. 127.

Ruiz, f., 2013. *Retos y Oportunidades para Alcanzar la Cobertura Universal y Efectiva. Experiencia de Colombia.* México D.F., s.n.

Salinger, M. A., 1988. Vertical mergers and market foreclosure. *Quarterly Journal of Economics,* Issue 103, pp. 345-356.

Scheffler, R., 1993. Containing Health Care Costs: International Comparisons. *Politiques de Contenció de Costos Sanitaris,* pp. 11-21.

Semana, R., 2011. *SaludCoop: la caída de un imperio.* [En línea]   
Available at: http://www.semana.com/nacion/articulo/saludcoop-caida-imperio/239794-3  
[Último acceso: 5 11 2013].

Spengler, J. J., 1950. Vertical Integration and Antitrust Policy. *Journal of Political Economy,* 50(4), pp. 347-352.

SUPERSALUD, 2012. *ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD RÉGIMEN CONTRIBUTIVO Y SUBSIDIADO INFORME SITUACIÓN FINANCIERA DICIEMBRE DE 2012,* Bogotá: Supersalud.

Supersalud, 2013. *Afiliados al SGSSS por régimen.* [En línea] Available at: http://www.supersalud.gov.co/supersalud/LinkClick.aspx?fileticket=rEo%2bFzpNVds%3d&tabid=826& mid=2398 [Último acceso: 9 11 2013].

UGPP, 2013. *ESTUDIO DE EVASIÓN DE LOS APORTES AL SISTEMA DE LA PROTECCIÓN SOCIAL,* Bogotá: Ministerio de Hacienda y Crédito Público.

Vélez, C. E., 1997. Eficiencia, Equidad y Reestructuración Sectorial del Gasto Publico Social. *Borradores Semanales de Economía. Banco de la República,* Issue 80.

Vélez, C. E., 1997. Eficiencia, Equidad y Reestructuración Sectorial del Gasto Publico Social. *Borradores Semanales de Economía, Banco de la República,* Issue 80.

Witter S, F. A. K. F. L. A., 2013. *Paying for performance to improve the delivery of health interventions in low- and middle-income countries,* s.l.: The Cochrane Library.

Zapata, J, Bernal, S, Castillo, J, Garzón, K., 20112. *Hacia una política integral de medicamentos biotecnológicos en Colombia,* Bogotá: Fedesarrollo.

1. Se entiende por compensación el proceso en cual se descuentan de las cotizaciones recaudadas por las EPS para cada período mensual, los recursos destinados a financiar las actividades de promoción y prevención, los de solidaridad del régimen de subsidios en salud y los recursos destinados para financiar la UPC. [↑](#footnote-ref-1)
2. Pago por servicios no incluidos en el plan de beneficios que han sido otorgados vía mecanismos excepcionales: dictamen de comités técnico científicos y vía amparo de los derechos fundamentales –tutela- [↑](#footnote-ref-2)
3. Para efecto de las estimaciones se tomó el Gasto adicional como el necesario para igualar el gasto promedio del magisterio. [↑](#footnote-ref-3)
4. Un índice de GINI de 0 representa una equidad perfecta, mientras que un índice de 1 representa una inequidad perfecta [↑](#footnote-ref-4)
5. La estimación de la rentabilidad financiera se estimó tomando como base la DTF del 2012 la cual fue de 5.35% según datos del Banco de la República. [↑](#footnote-ref-5)
6. El riesgo técnico se puede dar como consecuencia de una inadecuada política de selección de riesgo, insuficiencia de las primas de aseguramiento respecto a la obligación, aumento de la frecuencia de siniestros, entre otras. [↑](#footnote-ref-6)
7. Cada firma adiciona un margen de rentabilidad en la cadena de producción de un bien [↑](#footnote-ref-7)
8. Cerca de 540 hospitales públicos están en riesgo de liquidación y donde la deuda a la Red Pública de Hospitales asciende a cerca de 4 billones de pesos [↑](#footnote-ref-8)
9. La tasa de cambio usada para la conversión a dólares norteamericanos es de $1.850 pesos por cada US$1. Tomada de la serie de tasa de cambio publicada por el Banco de la República en marzo 2013. [↑](#footnote-ref-9)