



ESTUDIO SOBRE EL MODO DE GESTIONAR LA SALUD EN COLOMBIA

Juan Carlos González***

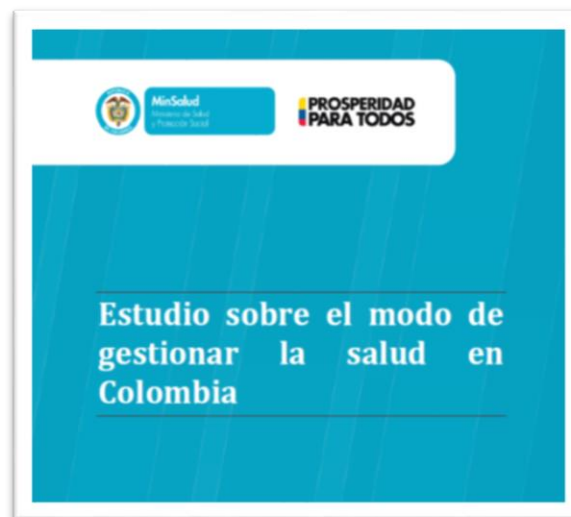
- Resumen ejecutivo -

Editores, escritores y recopiladores principales:

Gustavo Nicolás Páez, Luis Felipe Jaramillo, Camila Franco, Leonardo Arregoces

<https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Estudio%20sobre%20el%20modo%20de%20gestionar%20la%20salud%20en%20Colombia.pdf>

A continuación, se presenta el resumen ejecutivo del estudio sobre cómo se gestiona la salud en Colombia. En la dirección electrónica se puede leer el documento en su totalidad. Nosotros, lo único que hemos incorporado son dibujos tomados de Google, que esperamos hagan más accesible la lectura.



De qué trata

El "Estudio sobre el modo de gestionar la salud en Colombia" es un esfuerzo académico hecho por el Ministerio de Salud y Protección Social para hacer un análisis prospectivo sobre la forma idónea de gestionar la salud de los colombianos. Si bien representa una recopilación y un menú de recomendaciones, en ningún momento representa la posición del Ministerio.

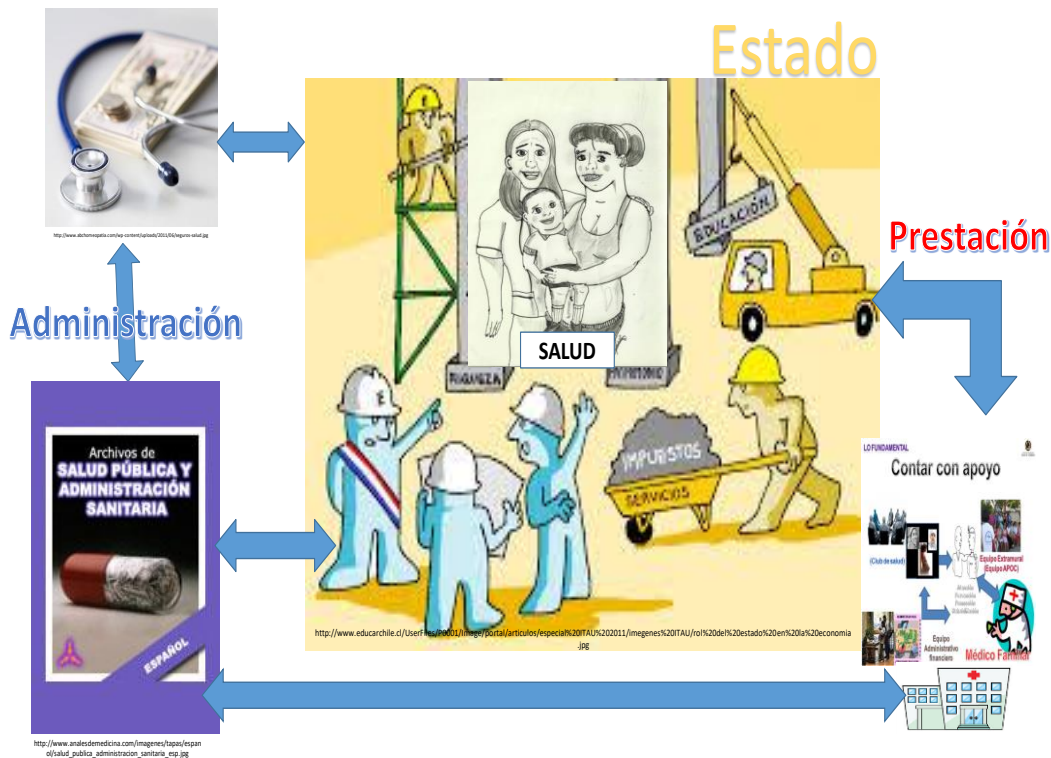
Definiendo

En este caso, por *gestionar* se hace referencia **al proceso y flujo de recursos a través del cual el Estado garantiza que su población sea atendida oportunamente**. Es importante precisar que este resumen no tendrá en cuenta dos temas importantes, ya que considera que merecen estudios

*** MD. Especialista Med. Familiar Integral, MSP. Director Departamento de Medicina Comunitaria FUJNC-juan.gonzalez@juanncorpas.edu.co

completos e independientes: la forma en que el Estado adquiere los recursos para financiar el sistema de salud y el modelo de atención (la forma en que se desea que se atiendan los pacientes). Por tal razón, se inicia asumiendo un Estado con unos recursos dados y un modelo de atención deseado y centrándose en la forma en que el Estado distribuye y ejecuta las funciones pertinentes para garantizar que esos recursos permitan a la población civil tener acceso al modelo de atención.

El papel del Estado en la operación



Una pregunta inicial es hasta dónde el Estado debe ejecutar directamente la operación del sistema y sus recursos. Sobre esto, el estudio hace un recuento de ocho experiencias internacionales, además de la experiencia que tuvo con el Seguro Social y, posteriormente, con el modelo basado en Entidades Promotoras de Salud (EPS); de esta revisión se concluye que existen ciertas ventajas y desventajas de concentrar o descentralizar las funciones.

Centralización

En lo que concierne a la centralización, esta se considera buena ya que permite un mayor control de gasto, además, a la hora de ejecutar planes y políticas públicas, se hace más rápido teniendo todas las funciones centralizadas. No obstante se reconocen problemas fuertemente asociados a la centralización: la alta heterogeneidad del territorio que hace difícil adaptar el modelo de gestión para que ajuste perfectamente a cada región y, el aumento de procesos burocráticos que hacen imposible tomar medidas de reacción rápida en momentos y regiones particulares.



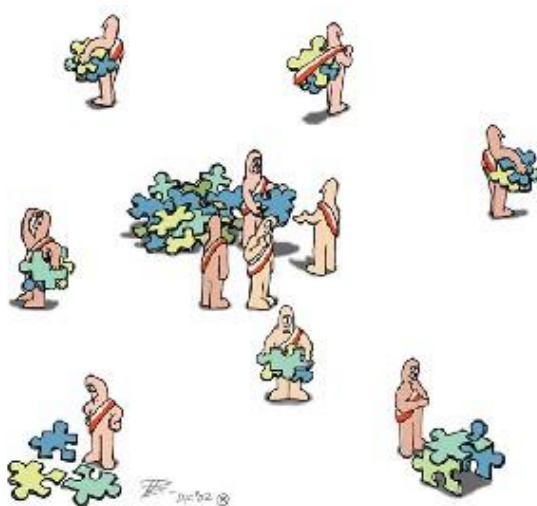
Concluyen al respecto

La confluencia de estos dos problemas provoca que los costos logísticos y operativos de manejar sistemas de salud tan heterogéneos bajo la misma estructura superen las ganancias obtenidas por el control de gasto.

Descentralización

Por otra parte, la evidencia muestra cómo en la delegación de funciones o descentralización, el sistema gana en cuestión de cobertura y eficiencia, aunque también incentiva la generación de poderes locales, los cuales traen consigo intereses que pueden ser perversos y perjudicar el servicio de salud que se presta a la población. Adicionalmente, el flujo de información respecto al sistema puede verse obstruido, lo cual conlleva a que haya menos conocimiento por parte de los entes reguladores sobre las realidades locales.

Recomiendan



<https://desalud.files.wordpress.com/2008/11/descentraliza1.jpg>

Por lo anterior, este reporte recomienda, y en pro de la buena gestión de la salud, descentralizar la operación de esta. No obstante, buscando evitar la creación de incentivos perversos, se recomienda la construcción de una serie de mecanismos de pago y un control de las fuentes de información.

El encargado de gestionar

Habiendo aceptado la necesidad de la delegación de funciones, pasa a ser relevante entender las características y modo de acción del encargado de gestionar la salud, o gestor. No obstante, para ajustar adecuadamente el sistema de incentivos, es preciso determinar previamente cuáles son las prioridades del Estado. A partir de esto, se hace una reflexión sobre la historia internacional y colombiana asociada a la evolución del derecho a la salud. De este análisis se concluye que la prioridad para el Estado **es garantizar un acceso oportuno y de calidad a los servicios de salud**; sin embargo, de ahí también se deriva la necesidad de **evitar el gasto excesivo** puesto que se debe garantizar la sostenibilidad del sistema. Asimismo, se reconoce que los dineros de la salud no deben ser destinados a la generación de rentas particulares, ya que son del público en general.



El objeto esencial....



Paradójicamente, se destaca el hecho de que la libertad de elección por parte del paciente no es una prioridad; es decir, la responsabilidad del Estado es garantizar un servicio de salud que respete unos determinados estándares de calidad. Aun así, ya si la persona desea otro servicio de diferente calidad o diferente costo, no es deber del Estado satisfacer esta necesidad particular ya que al garantizar una calidad preestablecida que satisfaga la necesidad de la persona, la libertad pasa de ser un asunto vital a un lujo particular. Adicionalmente, esta libertad puede atentar de forma directa contra la sostenibilidad del sistema. **Por ende, promoviendo la sostenibilidad y el beneficio general, la libertad no se vuelve una prioridad.**

Establecidos estos objetivos, se pasa a **determinar qué es un gestor.**

¿Públicos o privados?



http://st.depositphotos.com/1005979/3247//950/depositphotos_32470885-Private-Vs-Public-Two-Way-Street-Road-Signs-Comparison.jpg

Se inicia preguntando si el gestor debe tener un origen público o privado. En principio, la evidencia obtenida no permite defender ninguna posición. En lo que concierne a los **gestores públicos**, tienen como principal virtud que no se mueven por el ánimo de lucro, y por eso se espera que estén más enfocados en la gestión de salud aunque están en riesgo de caer bajo el control de poderes locales que malversen sus fines.



En contraposición los gestores privados no se ven afectados directamente por los poderes locales, pero **su ánimo de lucro** -o cuando menos de sostenibilidad económica- genera incentivos perversos en pro del sistema financiero y en contra de la operación.

Posición

Al respecto, se propone que los gestores, si han de ser públicos, tengan un gobierno corporativo independiente a los gobiernos locales. Por otro lado, en caso de ser privados, se recomienda el diseño de mecanismos de pago que eviten los incentivos perversos. En ambos casos no hay razón para preferir un tipo de gestor sobre el otro y la recomendación puntual es dejar abierta la posibilidad de **ambos tipos de gestores**, teniendo en cuenta que los públicos pueden ser de vital importancia en aquellas zonas donde los privados no estén interesados.

Población



El siguiente tema en orden lógico pasa a ser la población y el área de influencia de un gestor. Con respecto al primer tema, la evidencia empírica y teórica sugiere que ha de ser suficientemente grande para que la gestión compense los costos fijos y la variabilidad asociada a la incertidumbre de gasto de la población recomendándose que tenga un tamaño delimitado. Y, a la hora de afiliación, es importante determinar **si el gestor puede decidir quiénes son sus afiliados**. En este punto, la **recomendación es que no**. Al poder elegir afiliados, independientes de la estructura de pagos, se crean incentivos fuertes del gestor para generar una **selección adversa de la población**, buscando descartar aquellos pacientes con más necesidades de salud, los cuales son la prioridad del sistema. Pero, también es preciso aclarar que, si no hay posibilidad del gestor de discriminar la población se hace preciso desarrollar ajustes muy precisos en el reconocimiento de la gestión, ya que sin ellos se da la selección adversa, no de una forma explícita, pero vía reducción de la calidad al trato de los pacientes.

Local = descentralizado

En lo que corresponde a la zona de influencia, siendo la principal virtud de la descentralización la especialización de la operación en realidades locales, carece de sentido tener gestores de alcance nacional. De hecho, la recomendación es la generación de zonas geográficas bien delimitadas por las condiciones de oferta y demanda de servicios de salud (no necesariamente límites políticos) que limiten el territorio del gestor.



Conclusión

Sintetizando los dos elementos anteriores, el gestor tiene un **tamaño determinado en un territorio determinado, es decir, existe un cupo determinado de gestores**. Esta implicación tiene dos focos de análisis. Por una parte, existe un temor por el poder de mercado que estos obtengan que vaya a generar pauperización de los hospitales a costa de la contratación con prestadores de servicios de baja calidad y bajo costo y, por otro lado, surge la duda de la elección de los gestores por territorio. Buscando resolver ambos conflictos, el estudio recomienda darle importancia fundamental a los resultados en salud y calidad de servicio de la población además de indicadores que revelen una gestión administrativa y financiera coherente con la prestación. Desde otro punto de vista, se considera que este poder de mercado no es del todo contraproducente para el sistema (hecha la aclaración de calidad) porque permite dar poder de negociación de tarifas y así dar un uso eficiente a los recursos del Estado. De la mano con la calidad, cada gestor para poder estar habilitado ha de tener una red de prestación de servicios. Por esto se entiende que debe garantizar unas coberturas de servicios de salud y un sistema de referencia y contrarreferencia suficiente para satisfacer las necesidades de salud de la población.

Sostenibilidad



<https://apuntesdeeconomia.files.wordpress.com/2015/06/financiero.jpg>

Queda la duda respecto a la sostenibilidad del gestor y cómo este devenga ingresos, con respecto a esto se analiza si la mejor forma de gestión está asociada a una figura de administrador o de asegurador. Cada caso tiene sus virtudes y contraindicaciones, por ende, se recomienda una versión mixta en pro del control de los incentivos perversos y fomento de las buenas prácticas. **Se propone que a cada gestor se le garantice una cápita por cada afiliado**. Sin embargo, dada la teoría de riesgo de liquidez y buscando evitar vicisitudes en los pagos, esta cápita se retiene en un fondo central el cual gira a los prestadores siempre que el gestor autorice. Adicionalmente, se le demanda al gestor tener unas reservas mínimas en el fondo previendo cualquier riesgo de liquidez. Esta medida beneficia al sistema ya que garantiza el flujo de recursos y asegura el sistema de información estatal, pero, trae el infortunio que le retiene la liquidez del gestor, aumentando su costo de oportunidad. Ante esto, se propone que el fondo posea inversiones libres de riesgo tanto en la cápita como en las reservas, que provean una rentabilidad al gestor que permita, por lo menos, asegurar una rentabilidad que compense la restricción. Por otro lado, se considera sumamente inapropiado que la cápita esté asociada a la ganancia del gestor, ya que genera incentivos nocivos que pueden incrementar las barreras de acceso a los servicios, por ende, cada gestor ha de tener una cuota de administración independiente de la capitación. Se recomienda que esta cuota sea determinada por un mecanismo económico tal como una subasta inversa y a partir de ella se determine qué gestores pueden trabajar en cada territorio.



<http://www.periodicoelpulso.com/images/1102feb/generales/gen-14-1.jpg>

Finalmente, en lo que respecta a la *cápita*, teniendo en cuenta que los dineros de la salud no deben generar rentas, esta debe determinarse a partir del concepto de *prima pura*. Por una parte, y dado que el gasto en salud es altamente variable, tener una prima pura demanda una serie de ajustes "ex-ante" y "ex-post", necesarios para evitar la selección adversa (este elemento es particularmente importante en un contexto de competencia entre gestores en el que puede haber lugar a selección de riesgos). En el caso de que existan monopolios, por definición, no puede haber selección de riesgos).

Idealmente se recomienda tener un ajuste "ex-ante" que permita dar por cada persona su gasto esperado, pero por las condiciones operativas actuales y los sistemas de información, se recomienda el uso de ajustes "ex-post" como los recomendados en el estudio que compensen la falta de información, mientras esta se obtiene. Por otro lado, agrade la lógica pensar que de una prima pura un gestor puede generar utilidad, teniendo en cuenta que se paga un costo medio; si algún gestor gasta menos es porque algún otro gastó más. Ahora bien, esto es independiente de la forma en que cada uno haya hecho su labor, llegando al extremo de tener excelentes gestores pero algunos con pérdidas y otros con ganancias impulsadas por el azar. Desde otra perspectiva, fomentar la idea de ganancias promueve contención obsesiva de gastos, lo cual tampoco es útil al sistema.



http://www.bico-fin.com.mx/img/com_p_1e_r.jpg

A partir de estos riesgos, se propone la siguiente solución: terminado un período de ejecución, a todos los gestores que tuvieron superávit, se les retorna la cuenta a cero. Al gestor se le debe evaluar por sus resultados de calidad en salud, operación y gestión financiera, con ciertos criterios detallados en el estudio. Si el gestor no los cumple, automáticamente queda en riesgo su habilitación, tiene una multa contra las reservas y, si tuvo déficit, este se le reduce adicionalmente de las reservas. En caso de cumplir con los resultados de calidad, aquellos gestores que tuvieron déficit, son compensados con



el dinero acumulado por el fondo de multas y superávits, y así terminan el período sin pérdida y ganancia por las capitaciones. Por el otro lado, aquellos que tuvieron superávit tendrán acceso a una ganancia ocasional proporcional al superávit que se deriva del dinero que quedó de los superávits, las multas y las compensaciones. Se considera que este sistema promueve una estructura de incentivos que hace que la prioridad sea el resultado en salud pero promueva también el uso racional de los recursos.

El gestor devengará ingresos de los intereses del fondo, las ganancias de la cuota de administración y las cápitas ocasionales, lo cual puede considerarse baja rentabilidad para algunos sectores, pero considerando que no hay riesgo de pérdida, siempre y cuando se cumpla con los resultados en salud, y que la rentabilidad esperada es mayor a la del ahorro bancario libre de riesgo, se considera una oportunidad de negocio viable y virtuosa para la gestión de la salud.

Integración vertical



<http://acesi.com.co/wp-content/uploads/2013/09/CLINICAS-DE-SALUDCOOP.jpg>

Finalmente, se desarrolla el tema de la integración vertical. Este tema surge de la preocupación que podría tener un gestor de estar en un territorio que no cuente con una oferta suficiente de hospitales, puestos y centros de atención en términos absolutos o relativos a la calidad. En este caso se hace una revisión teórica la cual, concluye que la integración vertical es virtuosa en un sistema, cuando esta se da en la puerta de entrada solamente. No obstante, conlleva incentivos perversos que se hacen evidentes en la realidad colombiana. De hecho, la evidencia empírica muestra que, teniendo la capacidad de realización, no existe integración vertical en aquellos lugares recomendados por la teoría y sí en aquellos otros donde priman los incentivos perversos, es por esta razón que no se recomienda eliminar la integración vertical, pero si restringirla a estos casos donde es necesaria. Para esto se recomienda que el gestor que la desee, demuestre la necesidad efectiva de cambiar o aumentar la oferta disponible de servicios de salud. Hecho esto, es preciso buscar primero alianzas con los hospitales públicos que permitan al gestor mejorar la administración y la prestación de los servicios de salud. Se observa cómo este sistema genera incentivos en la medida que conduce a que los gestores presionen a los prestadores por determinados servicios y por la calidad de los mismos. En caso de no poder trabajar con estos prestadores se le debe permitir al gestor montar su propia oferta, una vez agotado el procedimiento anterior.

