

El sector salud en Colombia: resultados, retos y regulación

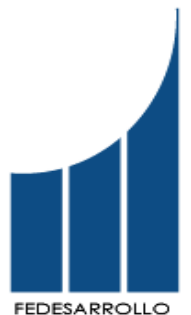
“Premio Germán Botero de los Ríos”

Mauricio Santa María S.

FEDESARROLLO

Julio 16 de 2008

Fundación Proantioquia - Medellín



Agenda

2

- 1. ¿Por qué es importante la salud?**
2. Contexto de la reforma
3. Algunos resultados
4. Retos y regulación

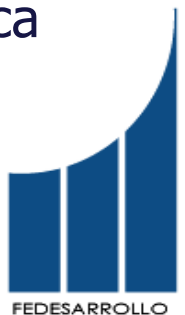


¿Por qué es importante la salud? (Enfoque macroeconómico)

3

Existe una relación entre salud, crecimiento económico y, lo más importante, bienestar, a través de canales como:

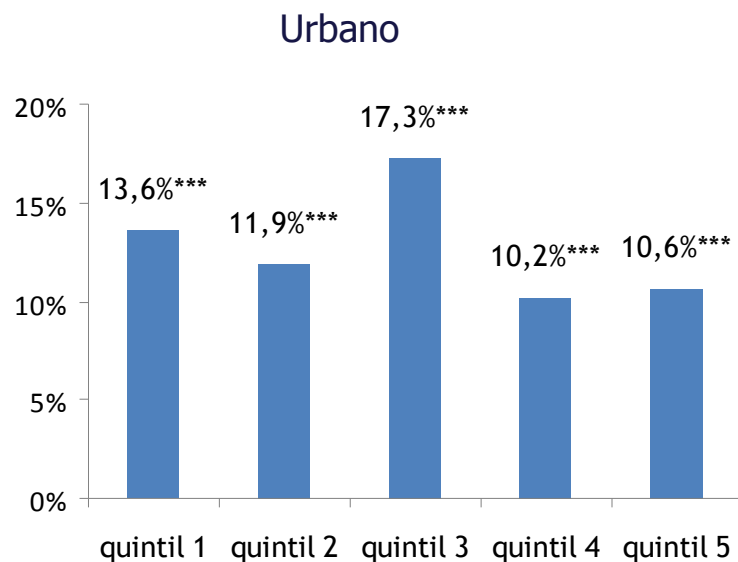
1. Algunas enfermedades prevenibles truncan la vida saludable de los individuos ocasionando pérdidas económicas
2. Mayor capacidad física y mental de los individuos incrementa su productividad y su oferta laboral
3. La mortalidad infantil influye en la decisión de inversión en salud y educación en los hijos (más mortalidad, más fertilidad)
4. Ganancia demográfica como resultado de la reducción en las tasas de dependencia
5. Mayores ahorros (como resultado de mejores expectativas de vida) conducen a mayores inversiones, mayor intensidad de capital y mayores ingresos
6. Algunas enfermedades endémicas y epidémicas reducen la cooperación social y la estabilidad política y macroeconómica de un país



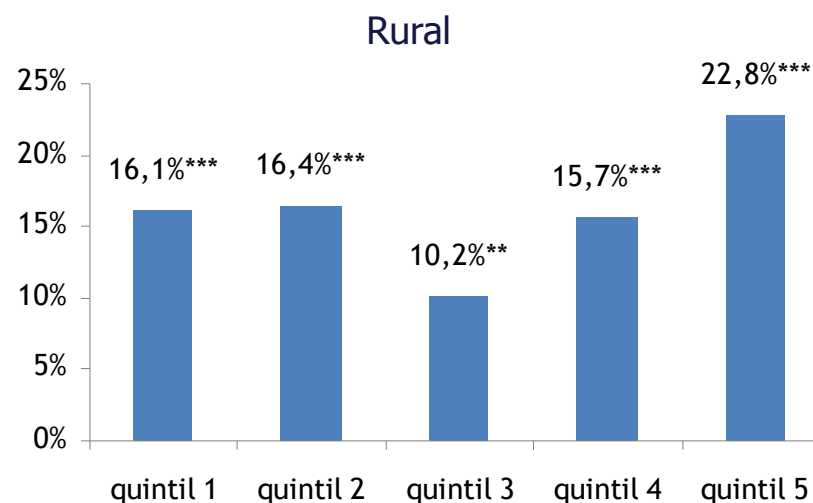
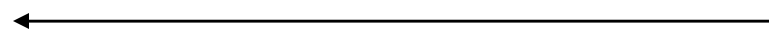
¿Por qué es importante la salud? (Enfoque microeconómico)

4

Tener un estado de salud bueno está asociado con una mejor calidad de vida



Efecto de tener un estado subjetivo de salud bueno en la calidad de vida



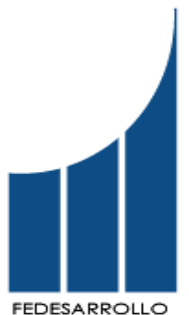
*** significativo al 1%, ** significativo al 5%

Fuente: Santa María et. al, 2008

Agenda

5

1. ¿Por qué es importante la salud?
- 2. Contexto de la reforma**
3. Algunos resultados
4. Retos y regulación



Situación antes de la Ley 100

6

- En 1991 sólo el 30% de la población tenía aseguramiento en salud
- El 70% restante se atendía en hospitales públicos, que recibían recursos de manera ineficiente
- El 12% de las hospitalizaciones y el 20% de las cirugías, dirigidas a la población pobre fueron recibidas por la población más rica (Gidion, 1994)
- No había solidaridad
- La calidad era deficiente, incluida la percepción

La ley planteó 3 objetivos para mejorar la salud y el bienestar de los colombianos:

1. Acceso universal
2. Equidad en el servicio de salud
3. Calidad del servicio



Instrumentos

7

Para lograr esos objetivos, la ley introdujo algunos instrumentos:

- Aseguramiento
 - Régimen Contributivo (RC)
 - Régimen Subsidiado (RS)
- Solidaridad
 - Entre el RS y el RC (financiamiento)
 - Dentro del RC (riesgo y perfil salarial)
- Competencia entre EPS e IPS
 - Mejora la eficiencia y la calidad
- Financiación a la demanda
 - Separación entre aseguramiento, hospitales y salud pública



¿Cómo funciona el Sistema?

8

- El sector de la salud se rige en Colombia por dos leyes principales:
 - Ley 100 y sus modificaciones, incluida la 1122
 - Ley 715
- Las principales fuentes de financiación son:
 - Impuestos generales
 - Impuestos a la nómina
 - Otras fuentes territoriales
- Los destinos de los recursos recaudados son:
 - Régimen subsidiado (municipios)
 - Hospitales (departamentos)
 - Salud pública



Reformas a la Ley 100

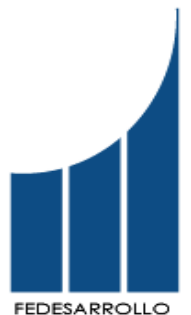
9

Ley 715 de 2001

- Crea el Sistema General de Participaciones (SGP), el cual está constituido por los recursos que la Nación transfiere a las entidades territoriales para la financiación parcial de los servicios de salud, entre otros
 - El Gobierno Nacional diseña las políticas
 - Los departamentos manejan los subsidios a la oferta
 - Los municipios administran el RS

Ley 1122 de 2007

- Se crea la Comisión de Regulación en Salud (reemplaza al CNSSS), modificando los esquemas de regulación existentes



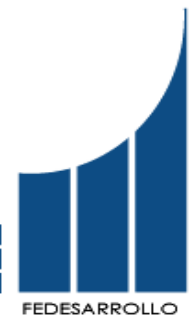
Fuentes y usos del sistema de salud

10

CONCEPTO	2,003	2,004	2,005	2,006
1. REGIMEN SUBSIDIADO	3,421,846	3,435,765	3,595,084	4,193,756
1.1 SISTEMA GENERAL DE PARTICIPACIONES	1,996,657	1,984,834	2,007,056	2,041,512
1.2 FOSYGA - SOLIDARIDAD (SOLIDARIDAD Y PGN)	1,335,895	1,199,692	1,358,192	1,546,895
1.3 ESFUERZO PROPIO MUNICIPAL ***	8,929	218,166	194,437	543,118
1.4 ESFUERZO PROPIO DEPARTAMENTAL SIN RENTAS CEDIDAS***	-	33,073	35,399	62,232
2. SALUD PUBLICA	1,081,315	1,006,086	1,018,785	1,309,138
2.1 SISTEMA GENERAL DE PARTICIPACIONES	462,407	442,212	430,350	417,622
2.2 FOSYGA SUBCUENTA PROMOCIÓN	309,240	286,305	27,121	26,808
2.3 PRESUPUESTO GENERAL DE LA NACIÓN	97,351	116,358	121,396	135,769
2.4 ESFUERZO PROPIO MUNICIPAL ***	208,220	145,077	144,588	450,167
2.5 ESFUERZO PROPIO DEPARTAMENTAL SIN RENTAS CEDIDAS***	4,098	16,135	51,243	37,504
3. PRESTACIÓN DE SERVICIOS A LA POBLACIÓN NO AFILIADA	1,883,836	2,093,776	2,203,852	2,134,588
3.1 SISTEMA GENERAL DE PARTICIPACIONES	1,737,650	1,661,762	1,617,187	1,569,327
3.2 PROGRAMA DE MODERNIZACIÓN DE RED PÚBLICAS (PGN)	58,002	96,424	79	72,569
3.3 ESFUERZO PROPIO MUNICIPAL ***	84,544	226,454	390,277	366,683
3.4 ESFUERZO PROPIO DEPARTAMENTAL SIN RENTAS CEDIDAS***	3,638	109,136	117,409	126,009
4. OTRAS	9,187,372	9,123,614	8,697,039	9,179,893
4.1 FOSYGA COMPENSACIÓN	7,969,436	7,712,087	7,579,168	8,122,794
4.2 FOSYGA ECAT	148,376	380,887	110,134	79,633
4.3 ETESA	78,409	90,693	112,713	109,328
4.4 RENTAS CEDIDAS	947,223	884,640	852,749	827,134
4.5 ESFUERZO PROPIO DEPARTAMENTAL SIN RENTAS CEDIDAS	43,928	55,308	42,275	41,005
TOTAL	15,574,369	15,659,242	15,514,762	16,817,374

Fuente: DNP

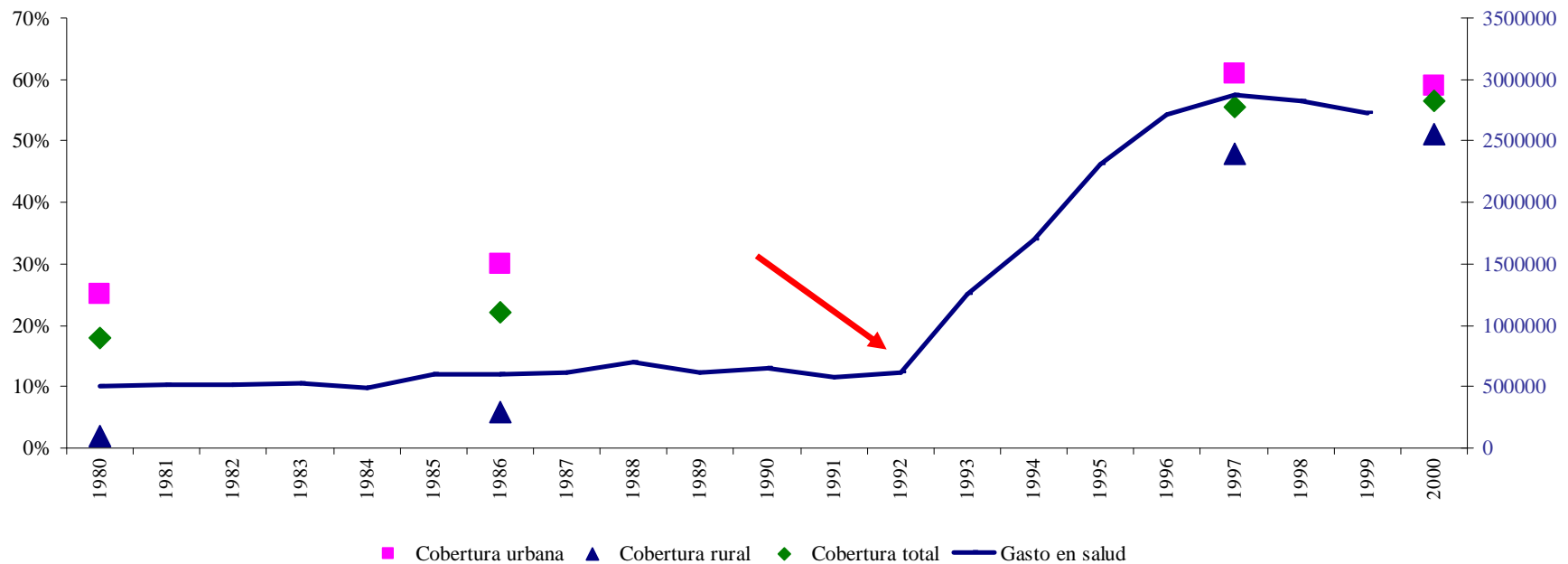
Nota: Cifras en miles de millones de pesos de 2007



FEDESARROLLO

El gasto público en salud creció 6 veces entre 1992 y 2000, con el gran salto en la reforma¹¹

Gasto público en salud y cobertura en seguridad social en salud (miles de pesos de 1995)



Fuente: Yepes et. al, 2004



FEDESARROLLO

Agenda

12

1. ¿Por qué es importante la salud?

2. Contexto de la reforma

3. Algunos resultados

- **Impactos en salud**

4. Retos y regulación



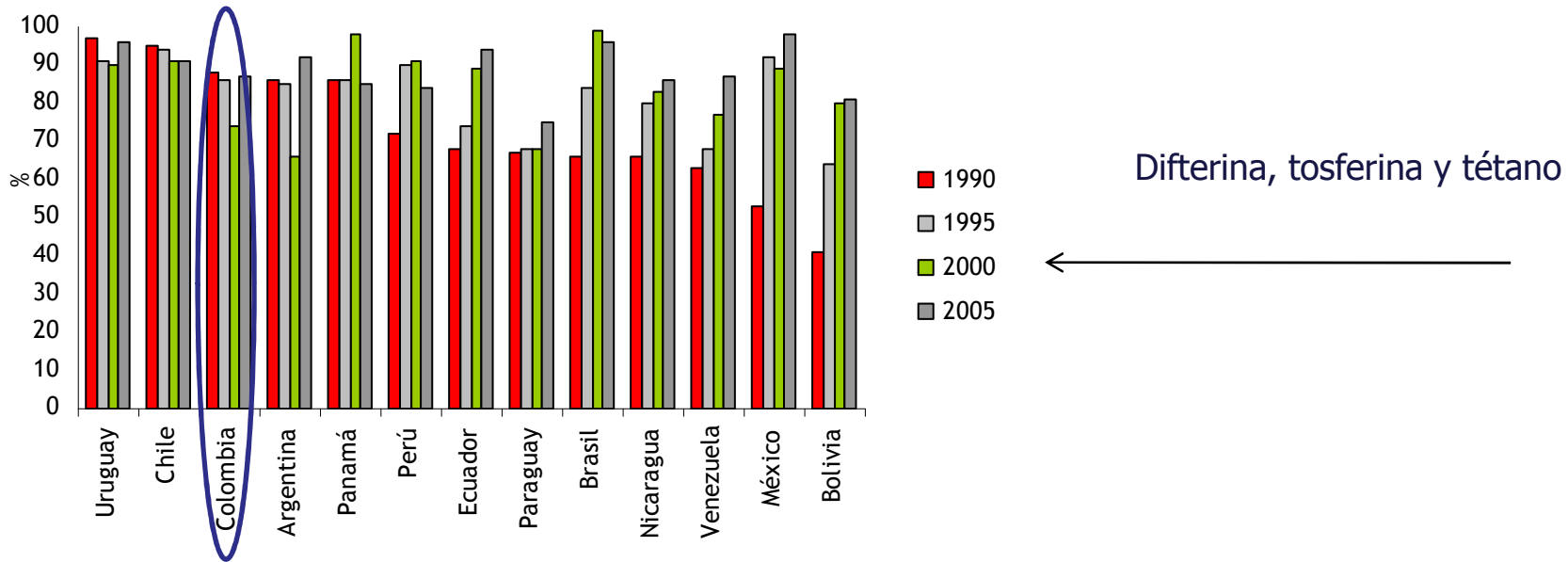
Los impactos de la reforma

13

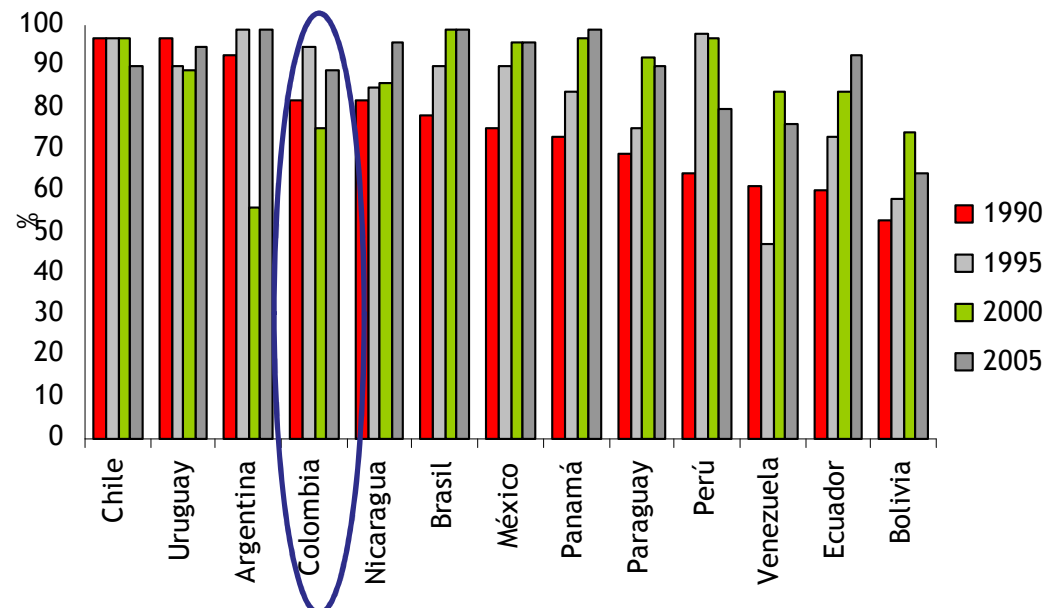
- La reforma de 1993 puede tener impactos importantes sobre la calidad de vida de las personas (sobre variables de salud)
- El mayor acceso a la salud genera en las personas una mayor “felicidad” o mejora su calidad de vida
- De otra parte, hay otros impactos no previstos: concentración del riesgo y uso de servicios (i.e. selección adversa y riesgo moral)



La inmunización en Colombia se ha mantenido en niveles altos



Sarampión

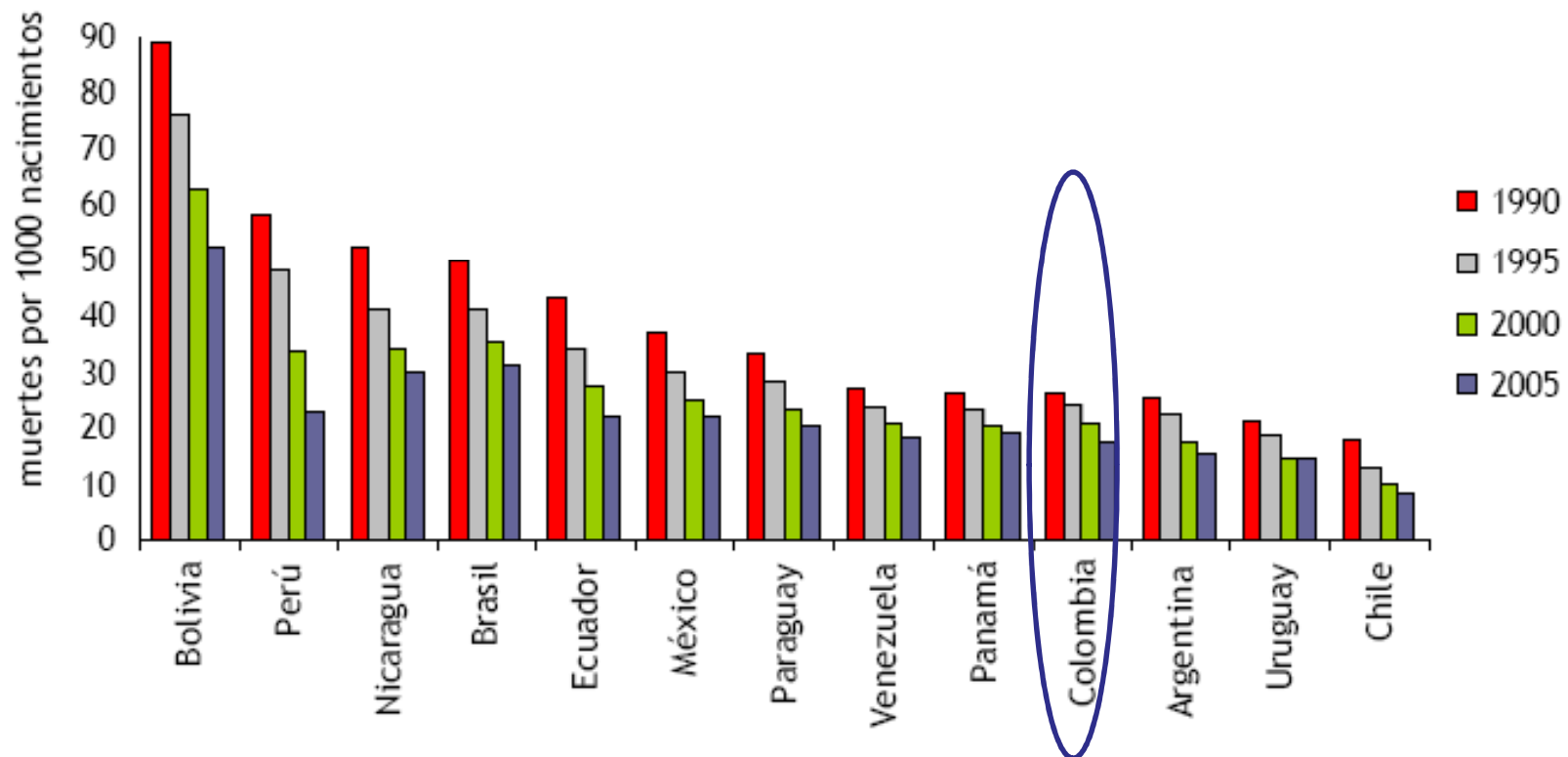


Fuente: Santa María et. al, 2008

En Colombia, como en América Latina, la tasa de mortalidad infantil ha descendido...

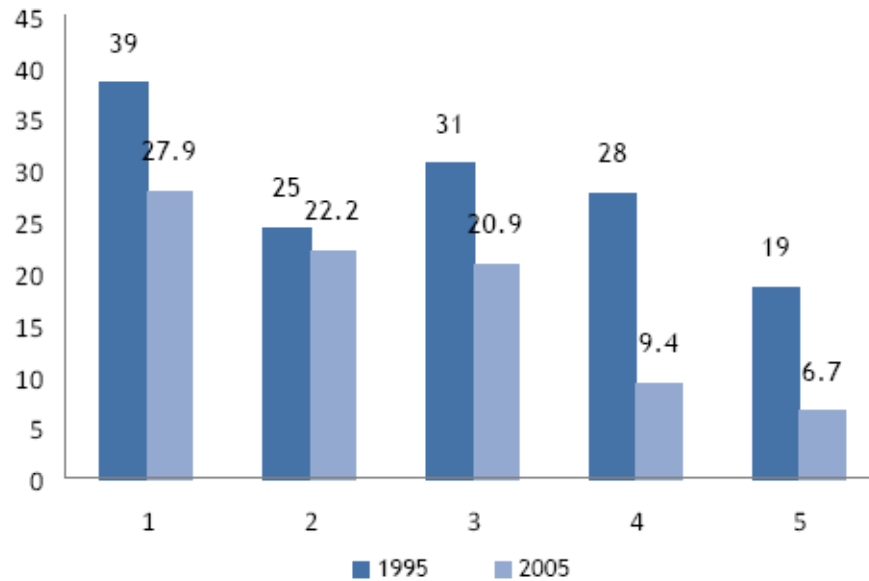
15

Tasas de mortalidad infantil



Fuente: Santa María et. al, 2008

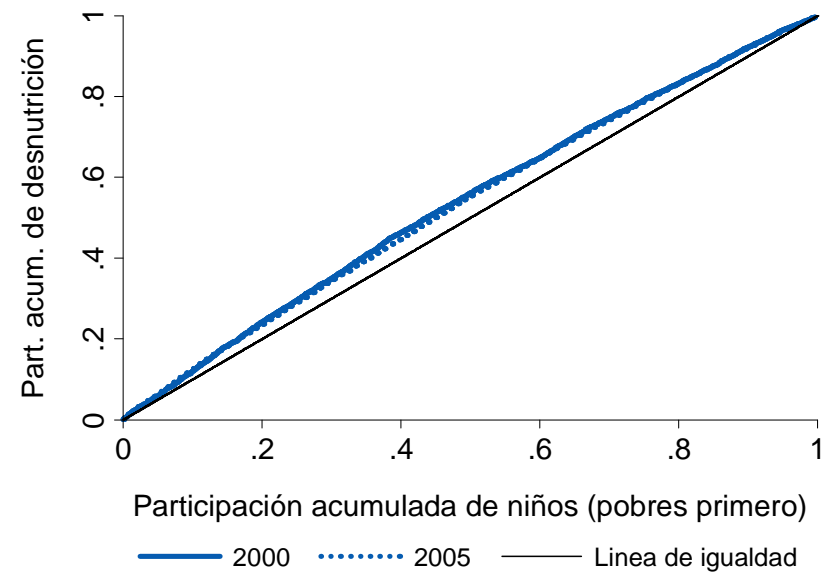
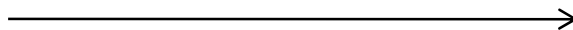
... pero la desigualdad se mantiene



Mortalidad en la niñez por quintil de riqueza, 1995-2005

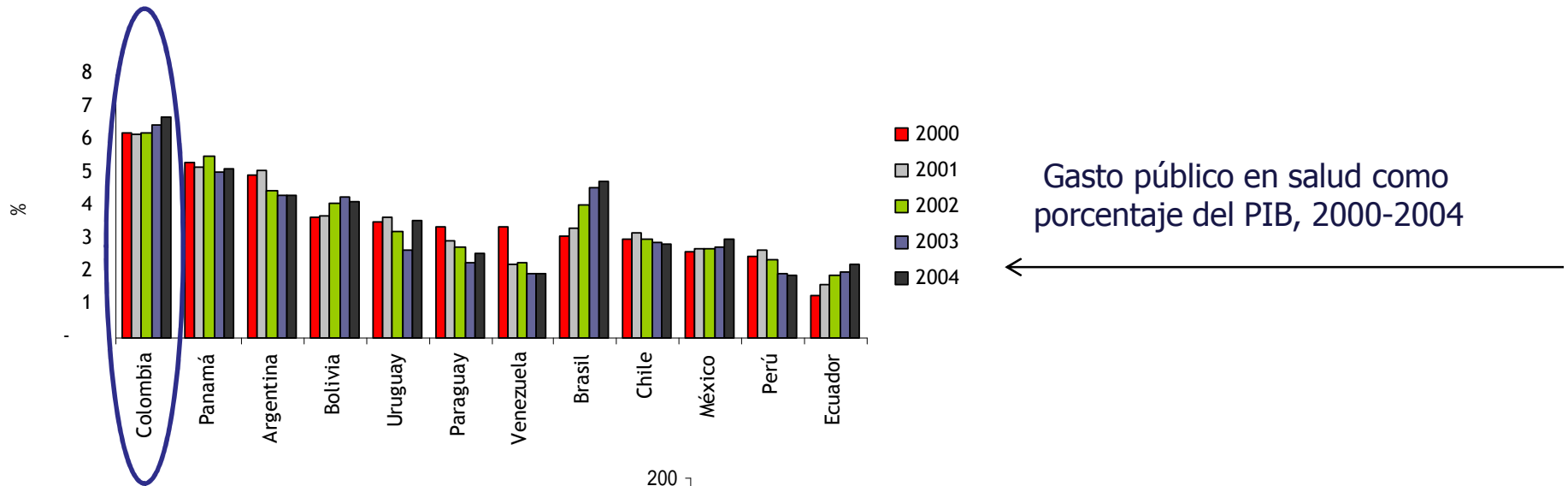


Desnutrición en la niñez en zonas urbanas, 2000-2005

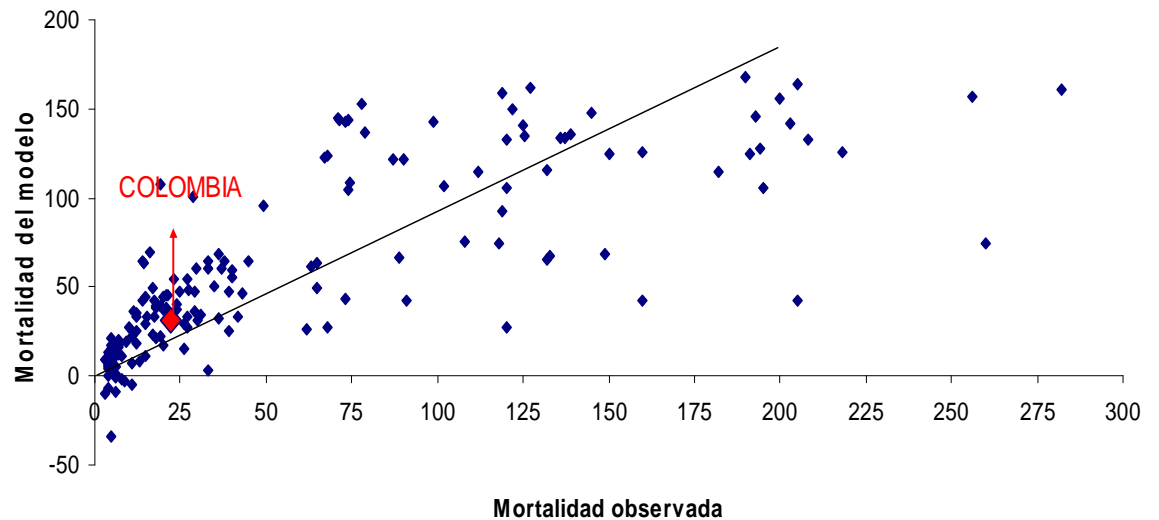


Fuente: Santa María et. al, 2008

El efecto del gasto es positivo aunque su nivel es alto con relación a otros países similares¹⁷

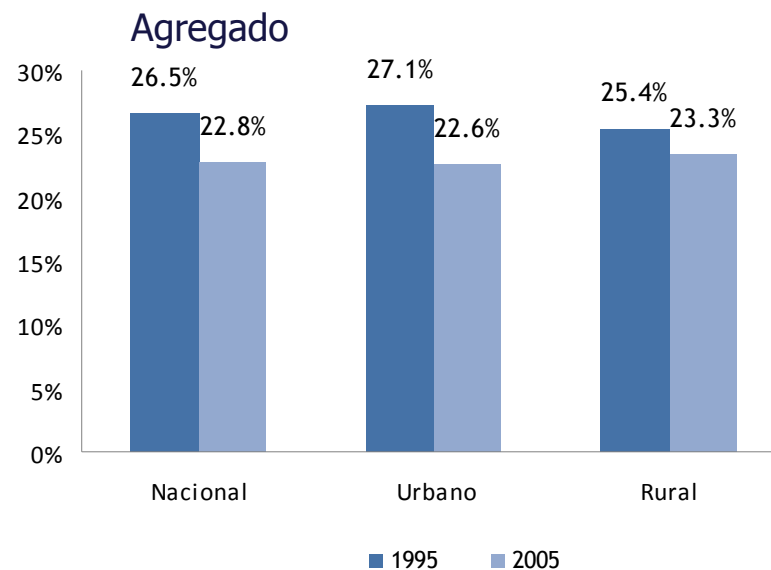
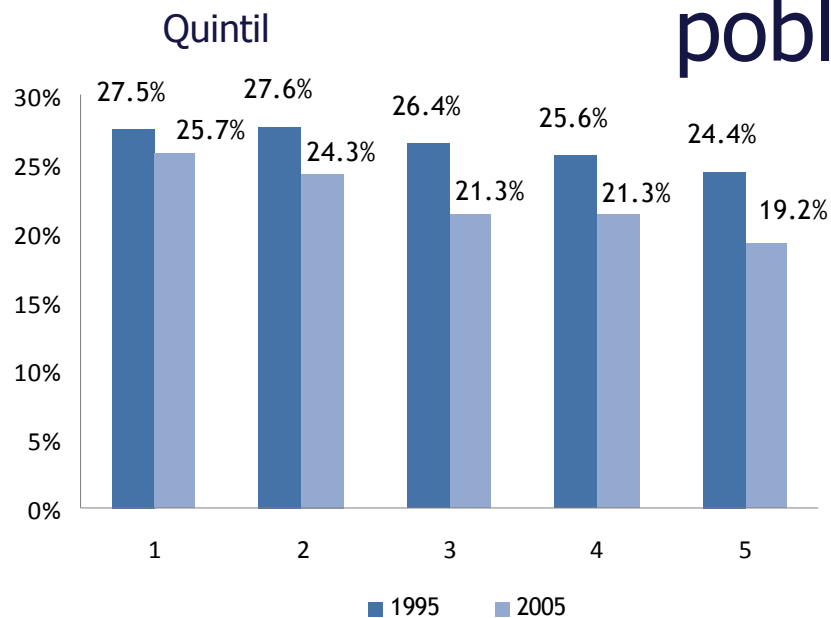


Crecimiento del gasto y de las tasas de fertilidad y de fecundidad, 2000-2005



Fuente: Santa María et. al, 2008

La prevalencia de enfermedades disminuyó, en especial en las zonas urbanas y entre la población rica

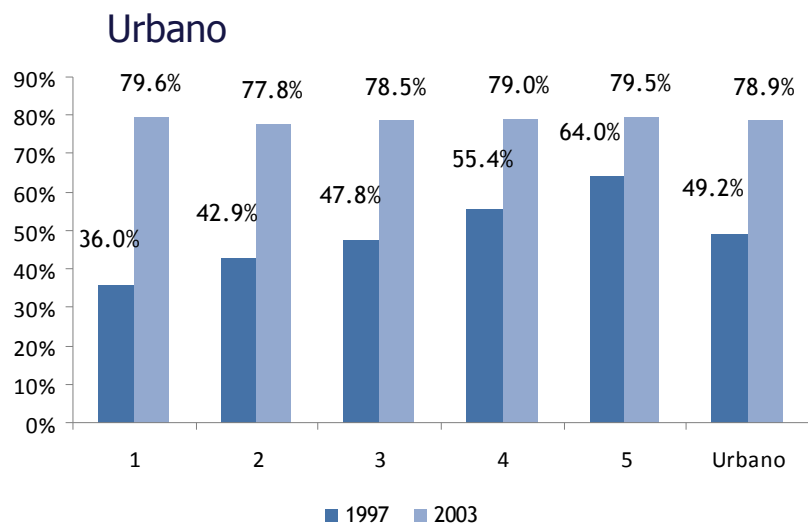


Porcentaje de niños menores de 5 años con al menos 2 enfermedades, 1995-2005

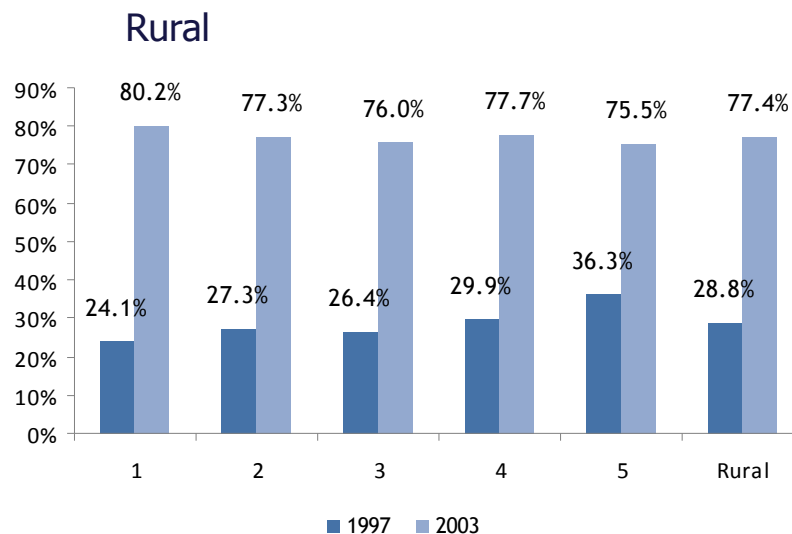
Fuente: Santa María et. al, 2008



Se acabó la desigualdad en las citas de prevención



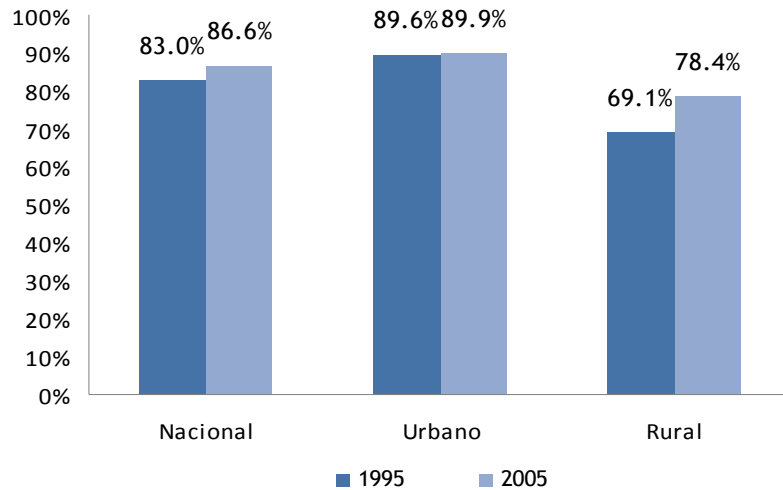
Porcentaje de personas que realizaron consultas de prevención, 1997- 2003



Fuente: Santa María et. al, 2008



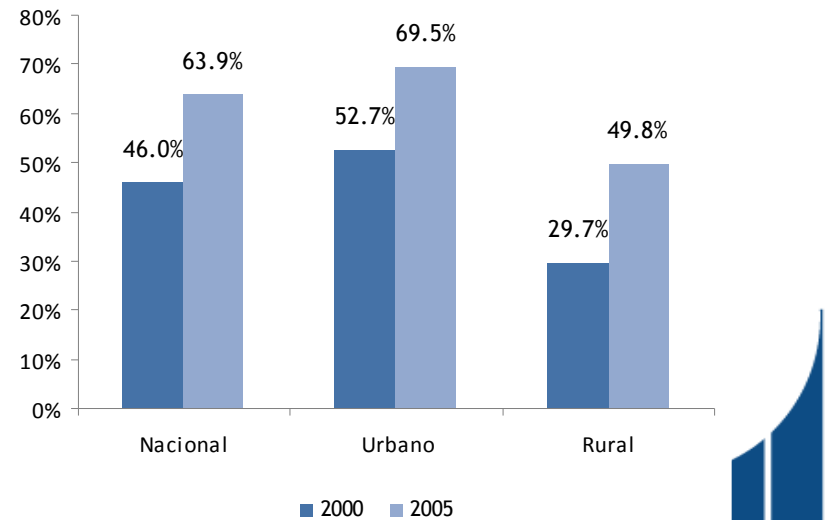
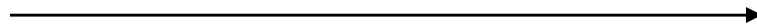
Los controles prenatales y postnatales aumentaron especialmente en el área rural²⁰



Porcentaje de madres que realizaron control prenatal, 1995- 2005



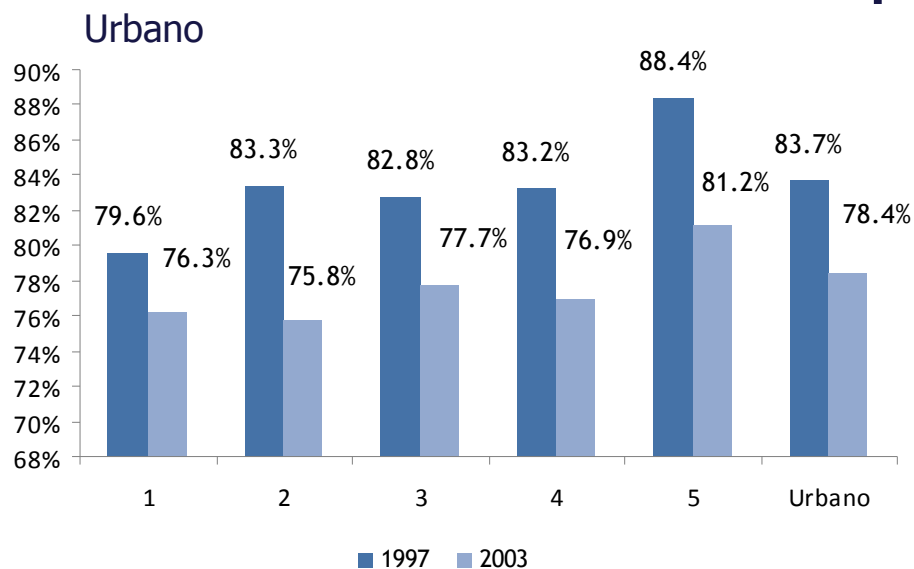
Porcentaje de madres que realizaron control postnatal, 2000- 2005



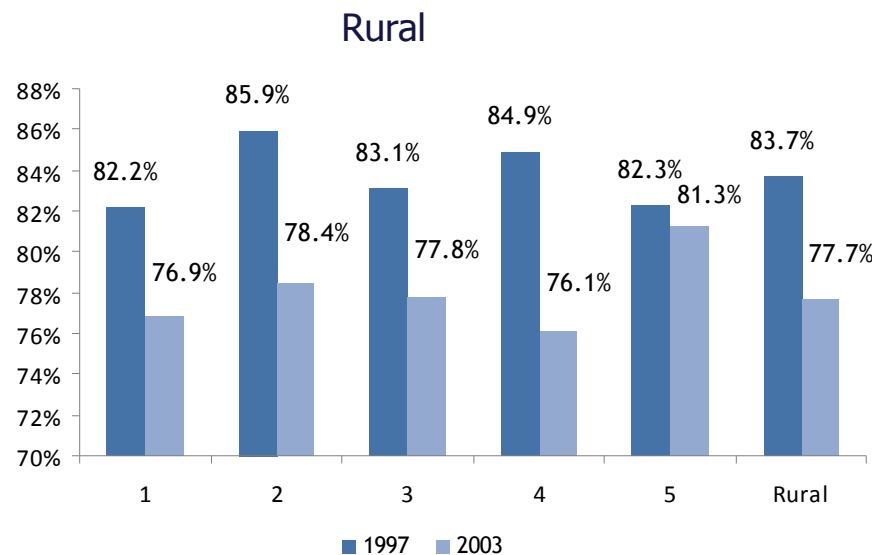
Fuente: Santa María et. al, 2008



La percepción de buena calidad disminuyó en todos los quintiles y áreas



Porcentaje de personas que percibieron una buena atención del Sistema de Salud, 1997-2003



Fuente: Santa María et. al, 2008

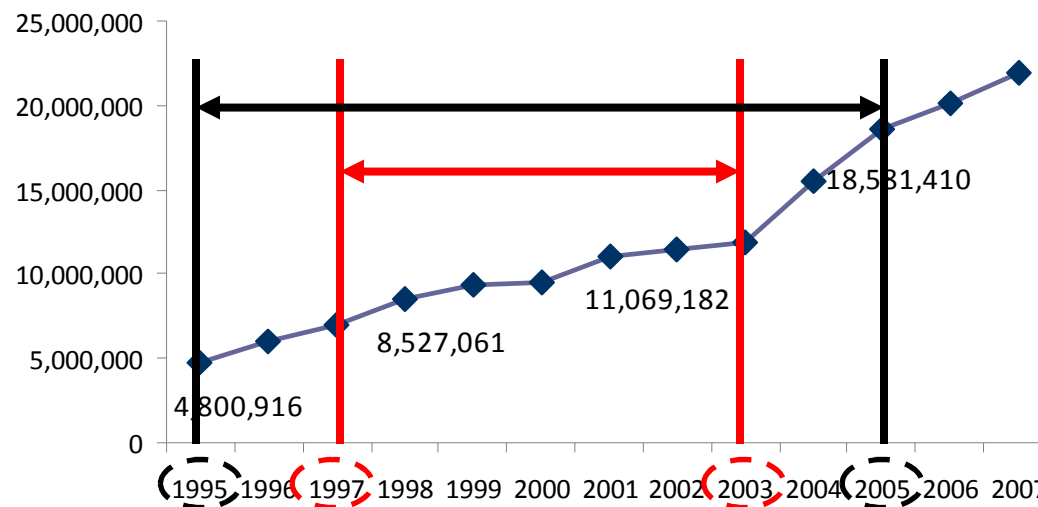


¿Estos efectos se explican por la presencia del RS?

22

- Eventos exógenos
 1. Aparición del RS
 2. Aumento de cobertura

Personas afiliadas al RS



¿ Estos efectos se explican por la presencia del RS?

Metodología de impacto: diferencias en diferencias

	Grupo que hace parte del programa (tratamiento)	Grupo que no hace parte del programa (control)	Diferencia por grupo
Antes del programa (t=0)	$Y_{t=0}^T$	$Y_{t=0}^C$	$D_0 = Y_{t=0}^T - Y_{t=0}^C$
Después del programa (t=1)	$Y_{t=1}^T$	$Y_{t=1}^C$	$D_1 = Y_{t=1}^T - Y_{t=1}^C$
Diferencia en el tiempo	$D^T = Y_{t=1}^T - Y_{t=0}^T$	$D^C = Y_{t=1}^C - Y_{t=0}^C$	$DD = D^T - D^C = D_1 - D_0$

$$Y_i^{T,C} = \beta_0 + \beta_1 t + \beta_2 T + \beta_3 (t * T) + \beta_4 X + \varepsilon_i^{T,C}$$



Hay efectos positivos en la población muy pobre en el área rural en vacunación y salud infantil ²⁴

Resultados con ENDS (1995 – 2005)

Variable	URBANO				RURAL			
	Pooled		RS		Pooled		RS	
	Pobre	Muy Pobre	Pobre	Muy Pobre	Pobre	Muy Pobre	Pobre	Muy Pobre
Esquema completo de vacunación	NS	NS	NO	NO	NS	SI**** 0.12	NS	NS
Control prenatal	NS	NS	NS	SI**** 0.152	NS	NS	NS	SI* 0.07
Nutrición	NS	SI** 0.11	SI**** -0.02	NS	NS	NS	SI**** -0.01	NS
Prevalencia de al menos 1 enfermedad	NO	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS
Prevalencia de al menos 2 enfermedades	NO	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS
Prevalencia de 3 enfermedades	NO	NS	NS	NS	NS	SI**** 0.08	NS	NS
Mortalidad menores de 1 año	NS	NO	NS	NS	NS	NS	NS	NS
Mortalidad menores de 5 años	NS	NO	NS	NS	NS	NS	NS	NS

Nota: ***** significativo al 1%, **** al 4%, *** al 10%, ** al 15%, * al 20%

Fuente: Santa María et. al, 2008



Entre la población más pobre hay más efectos en el área urbana que en el área rural en salud infantil, controles prenatales y valoración subjetiva de salud

Resultados con ENDS (2000 – 2005)

Variable	URBANO				Metodología			
	Pooled		RS		Pooled		RS	
	Pobre	Muy Pobre	Pobre	Muy Pobre	Pobre	Muy Pobre	Pobre	Muy Pobre
Control posnatal	NS	SI** 0.05	NS	SI**** 0.06	NS	NS	SI* 0.06	NO
Control prenatal	NS	SI** 0.05	SI* 0.04	NS	SI*** 0.09	SI* 0.05	SI* 0.06	NS
Presencia de enfermo en los últimos 30 días	NS	NS	SI* -0.03	NS	NS	SI* -0.04	NO	NS
Presencia de hospitalizado en el último año	NS	NS	NS	NS	SI** -0.05	NO	NS	NS
Esquema completo de vacunación	NS	NS	NS	NS	NS	NS	SI**** 0.015	NO
Mortalidad menores de 1 año	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	SI*** -0.02
Mortalidad menores de 5 años	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	SI* -0.02
Prevalencia de al menos 1 enfermedad	NO	NS	NS	NS	NS	NS	SI* -0.06	NS
Prevalencia de al menos 2 enfermedades	NO	NS	NO	SI*** -0.06	NS	NS	NS	NS
Prevalencia de 3 enfermedades	NS	NS	NO	SI*** -0.03	NS	SI* -0.02	NO	NS
Nutrición	NS	SI***** -0.009	NS	SI* -0.013	SI*** -0.02	NS	NS	NS
Valoración subjetiva de salud	NS	SI** 0.01	NO	NO	NS	NS	NS	NS
Atención oportuna en hospitalizaciones	NO	NS	NS	SI* 0.13	NS	SI**** 0.25	NS	NS

Nota: ***** significativo al 1%, **** al 4%, *** al 10%, ** al 15%, * al 20%
Fuente: Santa María et. al, 2008

Hay efectos en la disminución del gasto en hospitalización y en el uso de los servicios del sistema en el área urbana

Resultados con ECV (1997– 2003)

Variable	URBANO				RURAL			
	Pooled		RS		Pooled		RS	
	Pobre	Muy Pobre	Pobre	Muy pobre	Pobre	Muy Pobre	Pobre	Muy Pobre
Valoración subjetiva	NS	NO	SI***** 0.183	SI***** 0.24	NS	NS	SI***** 0.14	SI***** 0.122
Realiza citas preventivas	NO	NO	SI***** 0.27	SI***** 0.27	NS	SI**** 0.05	SI***** 0.21	SI***** 0.25
Medicamentos dados por el sistema	SI***** 0.2	SI***** 0.23	SI***** 0.8	SI***** 0.73	SI** 0.11	NS	SI***** 0.68	SI***** 0.6
Acude a un médico cuando se enferma	NS	SI*** 0.07	SI***** 0.3	SI***** 0.73	NS	NO	SI***** 0.68	SI***** 0.44
Tuvo un problema que requirió hospitalización	NS	NS	NO	NS	NS	NS	NS	NS
Gasto en hospitalización	SI**** -1.29	NS	SI***** -5.21	SI***** -4.01	NS	SI** -1.113	SI***** -1.79	NS
Buena calidad en la atención	SI* 0.08	NS	NS	NO	NS	NS	NS	NS
No visita por problemas del sistema	SI* -0.14	NS	NO	NS	SI***** -0.23	NS	NS	NS

Nota: ***** significativo al 1%, **** al 4%, *** al 10%, ** al 15%, * al 20%

Fuente: Santa María et. al, 2008



En el área rural hay efectos positivos en vacunación y, por otro lado, a nivel general se disminuyó los días de incapacidad

Resultados con ENS (2007)

Variable	URBANO				RURAL			
	Pooled		RS		Pooled		RS	
	Pobre	Muy Pobre	Pobre	Muy pobre	Pobre	Muy Pobre	Pobre	Muy Pobre
Valoración subjetiva	NS	NS	NS	NS	SI** 0.236	NS	SI* 0.24	NS
Problemas de salud en los último 30 días	NS	NS	NO	NO	NO	SI**** -0.16	NO	NO
Días de incapacidad por enfermedad 30 días	NO	SI***** -0.304	NO	NO	SI***** -2.149	SI***** -0.766	SI***** -0.105	SI***** -0.199
Días de incapacidad por problemas dentales	NS	SI***** -0.66	SI***** -0.836	SI***** -1.054	NS	NS	NO	NO
Presencia de problemas del sistema	NS	NS	NO	NO	NO	SI**** -0.159	NO	NO
Evento de hospitalización diferente a parto o a acc.	NS	NO	NS	NS	NS	NS	NS	NS
Va al médico cuando se enferma	NS	NS	SI***** 0.06	SI***** 0.05	SI* 0.05	NS	SI***** 0.07	SI***** 0.077
Niños: le han a aplicado alguna vez una vacuna	NS	SI*** 0.022	NS	NS	NS	NS	NS	NS
Niños: todas las vacunas para la edad	SI***** 0.32	NS	SI***** 0.001	NS	SI** 0.062	NS	SI** 0.062	SI***** 0.08
Niños: todas DPT para la edad	NS	NS	NS	NS	SI**** 0.115	NS	SI*** 0.11	SI***** 0.138

Nota: ***** significativo al 1%, **** al 4%, *** al 10%, ** al 15%, * al 20%

Fuente: Santa María et. al, 2008



FEDESARROLLO

Principales resultados

28

- Buenos resultados en medidas objetivas y subjetivas
 - ✓ Prevalencia de enfermedades
 - ✓ Desnutrición crónica
 - ✓ Días de incapacidad
- Buenos resultados en acceso
 - ✓ Controles prenatales
 - ✓ Controles posnatales
 - ✓ Vacunación en áreas rurales
- Buenos resultados en el gasto de los hogares
 - ✓ Gasto en hospitalizaciones
 - ✓ Gasto en medicamentos
- La percepción de calidad del sistema no ha cambiado
- Los efectos se concentran en la población muy pobre
- Aún persiste la desigualdad en la mayoría de variables



Agenda

29

1. ¿Por qué es importante la salud?
2. Contexto de la reforma
- 3. Algunos resultados**
 - **Impactos no previstos**
4. Retos y regulación



Impactos no previstos

30

1. Selección adversa y concentración de riesgo

- La persona con más riesgo compra el mejor seguro de salud
- Selección de riesgo por parte de las aseguradoras
 - Modelos bivariados para descubrir las características (riesgosas) asociadas al tipo de afiliación

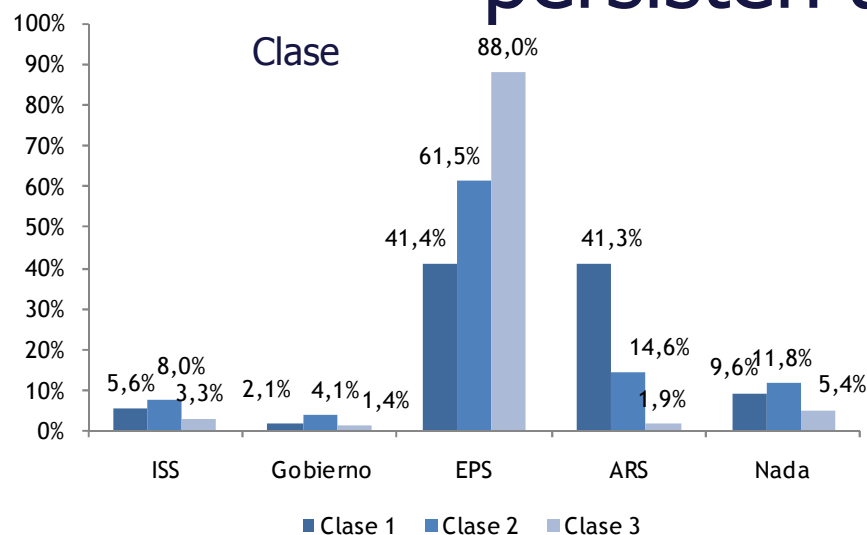
2. Riesgo moral (uso)

- La persona compra un seguro y posteriormente toma acciones que aumentan su riesgo, y usa innecesariamente ciertos servicios
 - Impacto del gasto de bolsillo sobre el uso
 - Modelos bivariados para descubrir la relación entre el uso de los servicios y el tipo de afiliación.
 - Modelos bivariados para descubrir las diferencias de uso entre los afiliados pobres al RS y RC

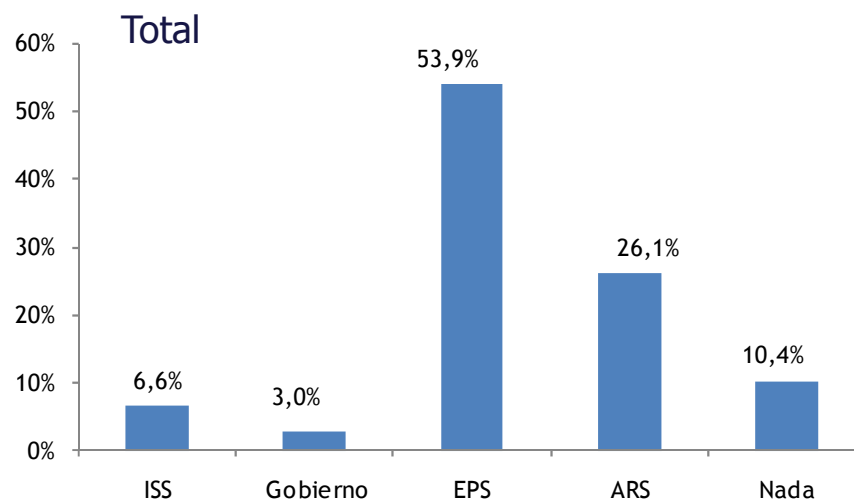


Existe una buena focalización del RS, pero persisten algunas fallas

31



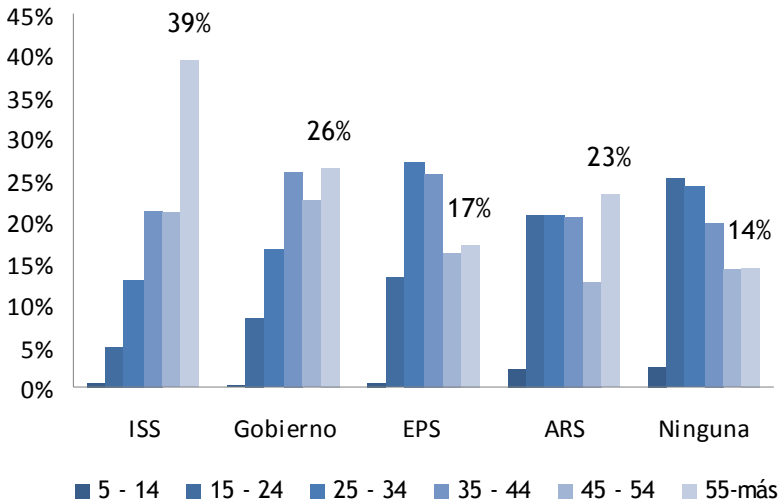
Afiliación al sistema de salud, 2007



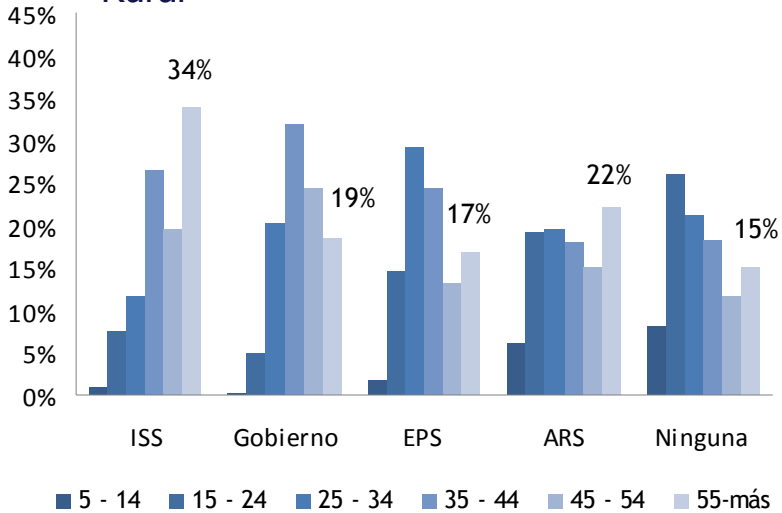
Fuente: Santa María et. al, 2008

El ISS tiene el mayor porcentaje de personas mayores de 55 años

Urbano

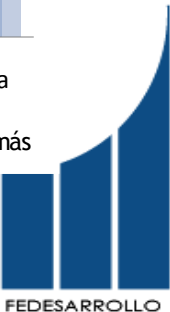


Rural



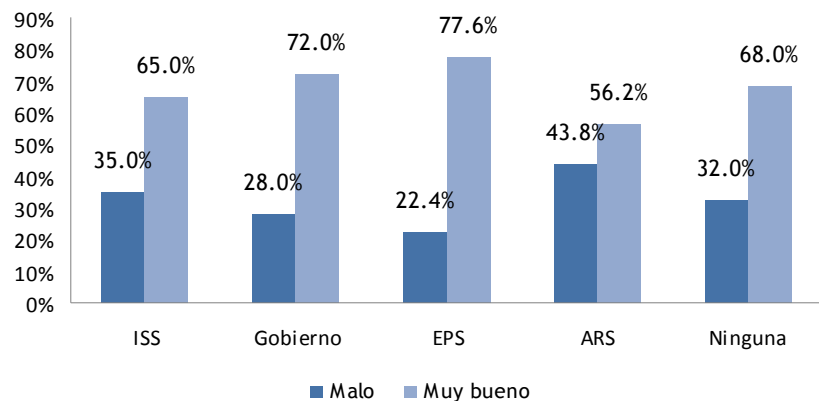
Tipos de afiliación al sistema de salud por rangos de edad, 2003

Fuente: Santa María et. al, 2008



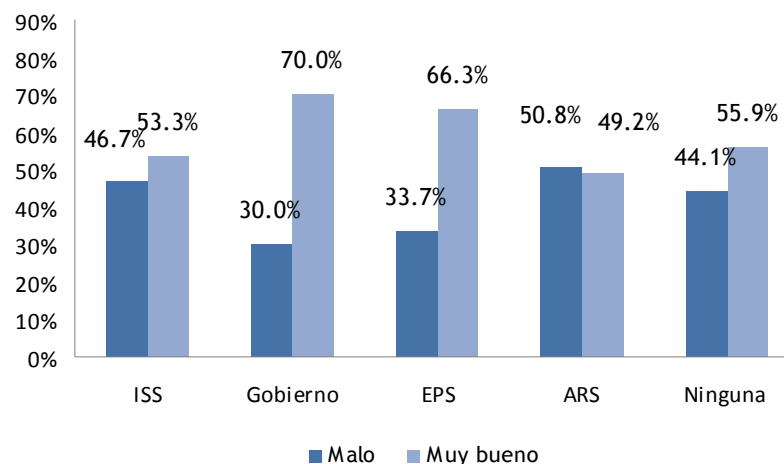
El ISS y las ARS tienen el mayor porcentaje de afiliados con estado de salud subjetivo malo³³

Urbano



Percepción del estado subjetivo de salud, 2003

Rural

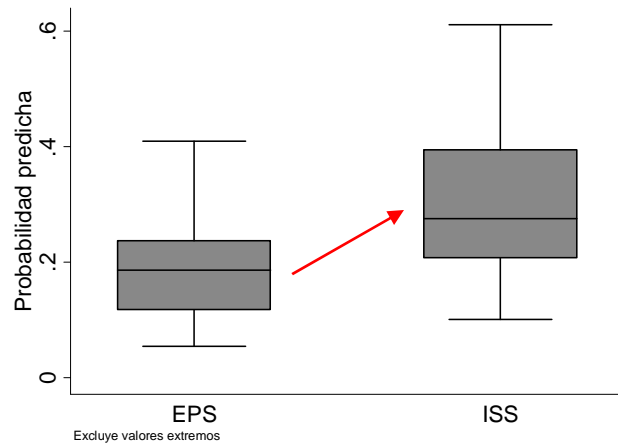


Fuente: Santa María et. al, 2008

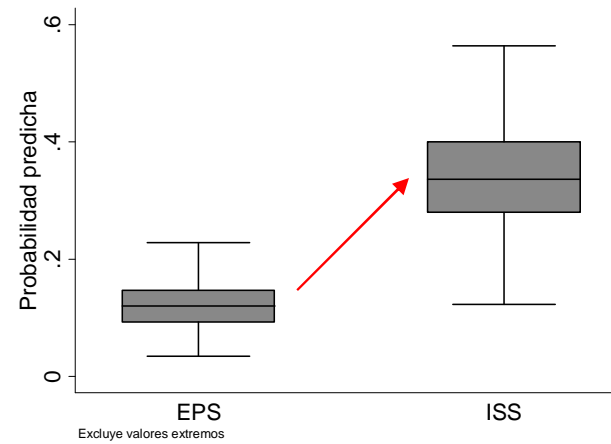
El ISS concentra más riesgo que las EPS

34

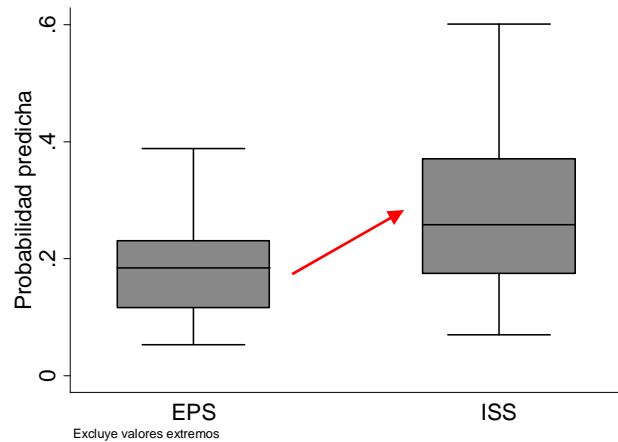
Afiliados con cáncer, 2007



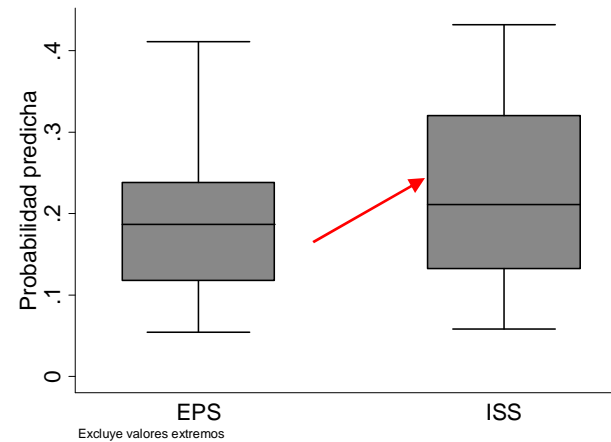
Afiliados mayores de 50 años, 2007



Afiliados con diabetes, 2007



Afiliados con tuberculosis, 2007



Fuente: Santa María et. al, 2008

La afiliación aumenta el uso de los servicios

35

Variable dependiente: hospitalización

	Urbano TM	Rural TM	Urbano pobres	Rural pobres
Afiliado ISS	0.1848 0.0130	0.6209** 0.0466**	-0.1868 -0.0122	0.0750* 0.0039
Afiliado Gobierno	0.3859* 0.0294**	1.0579** 0.0910**	0.0607 0.0043	1.845 0.2106
Afiliado EPS	0.3873** 0.0273**	0.5446** 0.0360**	0.2020 0.0150	1.089*** 0.088***
Afiliado ARS	0.2870*** 0.0208**	0.1358 0.0075	0.2863** 0.0213**	0.3501** 0.0185**

Nota: * (significativo al 10%), ** (significativo al 5%), *** (significativo al 1%)

Variable dependiente: Problema que no requirió hospitalización

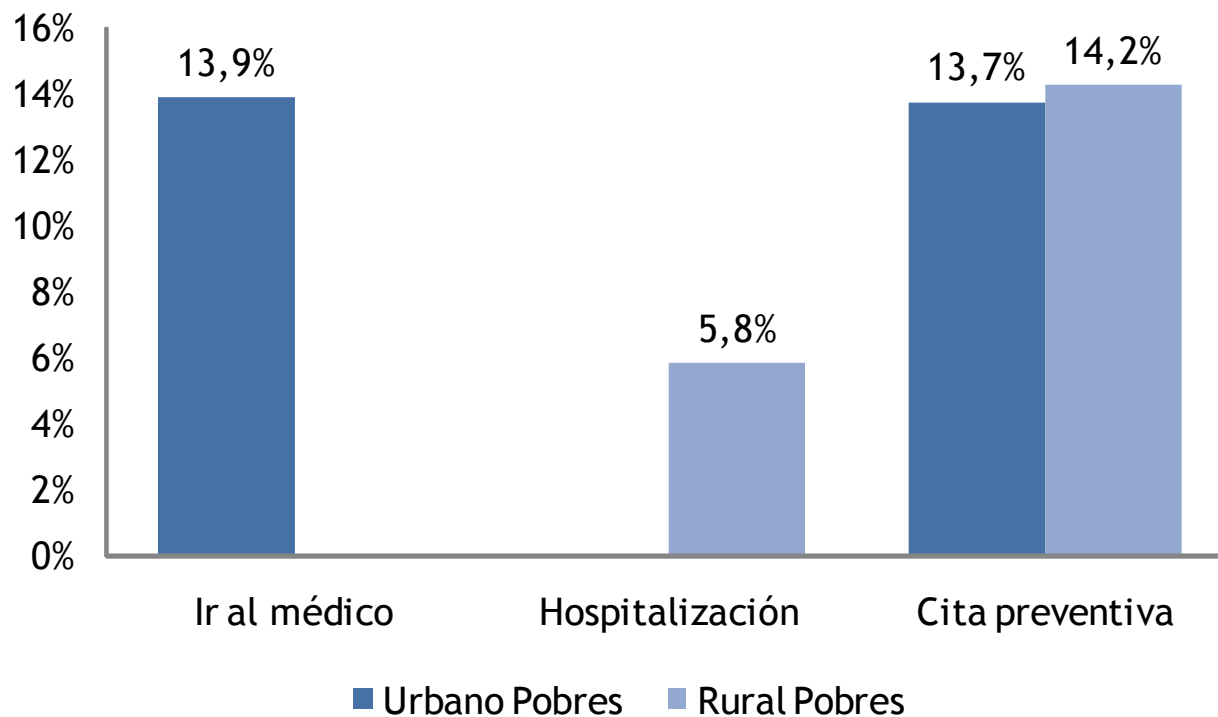
	Urbano TM	Rural TM	Urbano pobres	Rural pobres
Afiliado ISS	0.0523 0.0050	0.0014 0.0001	0.5420*** 0.0601**	0.4355 0.0404
Afiliado Gobierno	0.0674 0.0066	-0.3014 -0.0216	-0.1933 -0.0164	Sin observaciones
Afiliado EPS	0.1624** 0.0159**	0.1992 0.0172	0.1821 0.0175	-0.0474 -0.0036
Afiliado ARS	-0.988 -0.009	-0.6342 -0.0050	-0.2878* -0.0251*	0.1144 0.0090

Nota: * (significativo al 10%), ** (significativo al 5%), *** (significativo al 1%)

Fuente: Santa María et. al, 2008

Entre los pobres, los afiliados al RC usan más los servicios que los afiliados al RS ³⁶

Variable dependiente: Efecto de estar afiliado al RC vs RS en el uso de los servicios del sistema, 2003



Fuente: Santa María et. al, 2008

El gasto restringe más el acceso al médico en los pobres (quintil 2 y 3)

37

Zonas urbanas

	Quintil 1	Quintil 2	Quintil 3	Quintil 4	Quintil 5
Coeficiente	-0.1932	-1.1512 ***	-0.3668 **	-0.6035 ***	-0.3159 *
Efecto marginal	-0.0193	-0.0281 ***	-0.0085 *	-0.0012	-0.0032

Nota: * (significativo al 10%), ** (significativo al 5%), ***(significativo al 1%)

Zonas rurales

	Quintil 1	Quintil 2	Quintil 3	Quintil 4	Quintil 5
Coeficiente	-1.3820 ***	-0.2248	-1.9311 *	-0.028	-0.2558
Efecto marginal	-0.0226	0.0058	-0.0309	-0.0013	-0.0011

Nota: * (significativo al 10%), ** (significativo al 5%), ***(significativo al 1%)

Gasto en hospitalización por clase en zonas urbanas

	Media	Percentil 90%	Percentil 10%
Clase 1	74.257	126.000	1.785
Clase 2	139.379	315.000	1.785
Clase 3	456.911	735.000	1.785

Fuente: Santa María et. al, 2008

Principales resultados

38

- Impactos positivos de la reforma
 - ✓ La salud de los niños mejora
 - ✓ Las personas acceden más a controles pre y posparto, consultas preventivas
 - ✓ Gasto en hogares por hospitalizaciones y medicamentos disminuye
- Impactos no deseables
 - ✓ La calidad del sistema no ha mejorado
 - ✓ La desigualdad en algunos indicadores se mantiene
 - ✓ El impacto es mayor en la población muy pobre que en la pobre
- Impactos no previstos
 - ✓ Selección adversa: las personas saludables no se afilian y existe concentración de riesgo en el ISS
 - ✓ Riesgo moral:
 - El gasto restringe el uso, especialmente en los pobres
 - La presencia del seguro aumenta el uso (p.ej. entre los pobres, los del RC usan más el servicio que los del RS)



Agenda

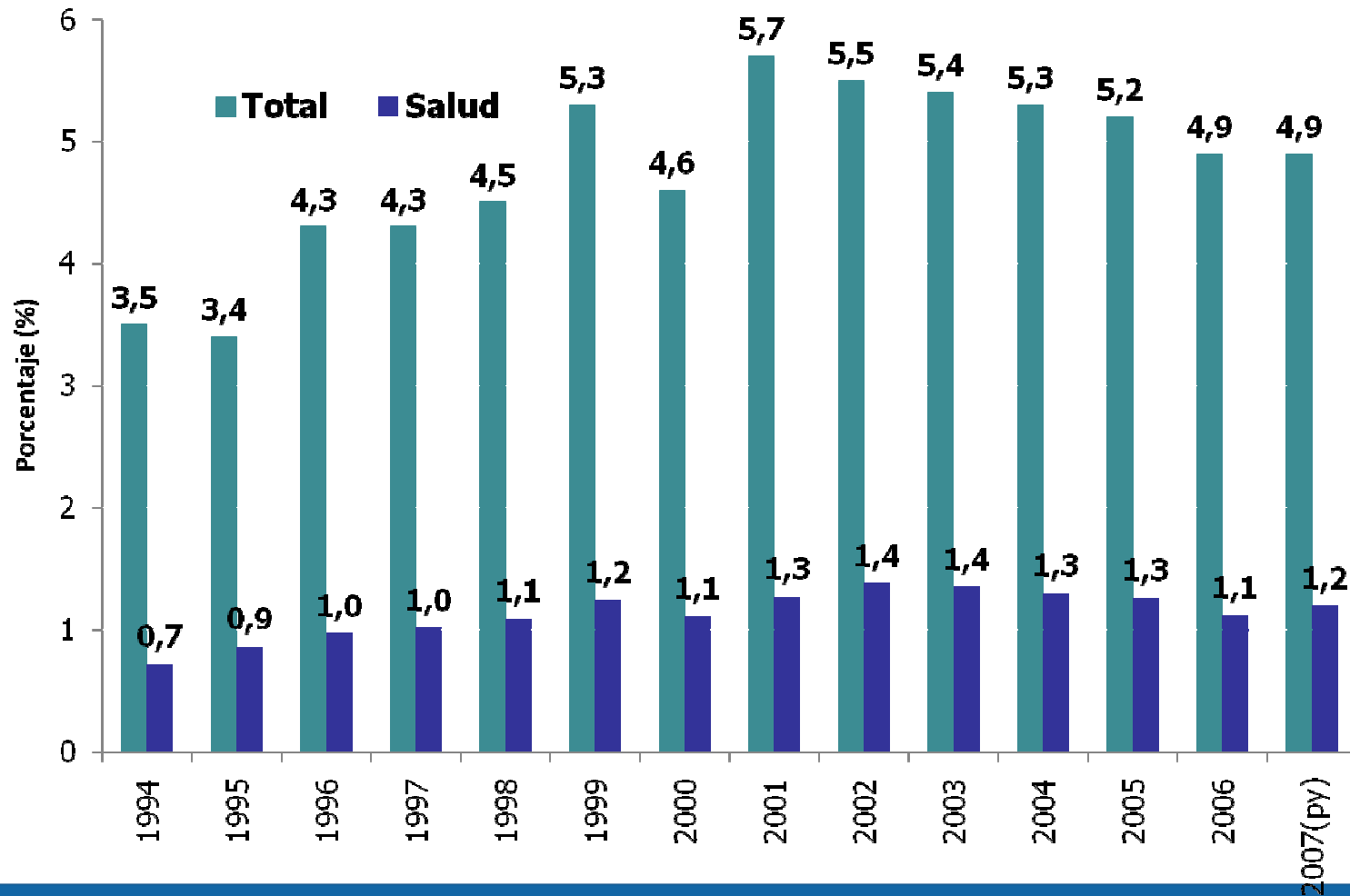
39

1. ¿Por qué es importante la salud?
2. Contexto de la reforma
3. Algunos resultados
4. **Grandes retos**
 - **Gestión descentralizada**

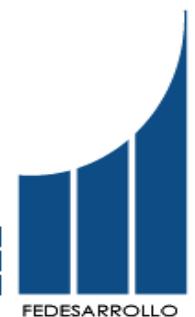


Las transferencias a la salud en las regiones crecieron 70% entre 1994 y 2007

(% PIB)

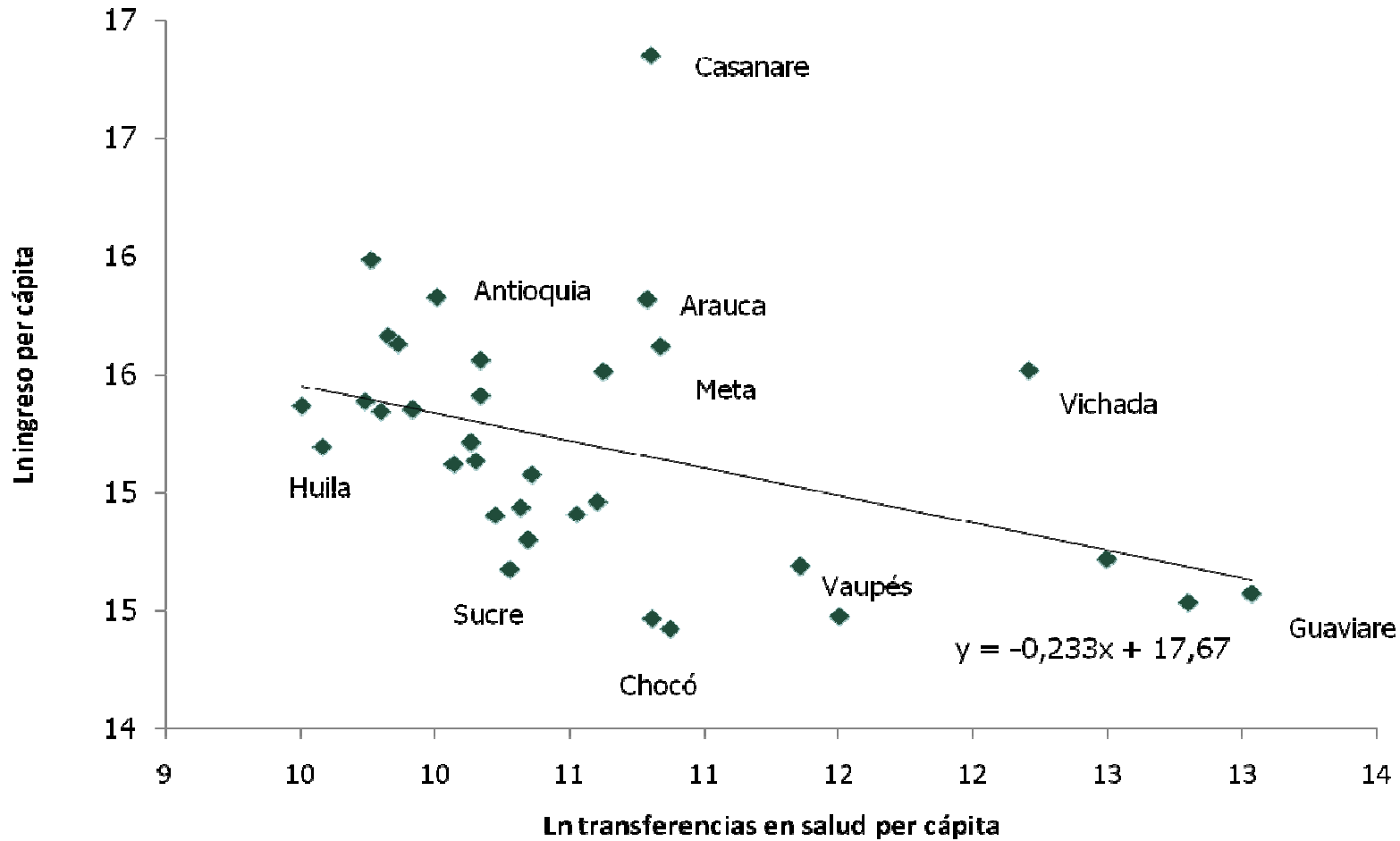


Fuente: DNP



Los departamentos pobres reciben más transferencias

41



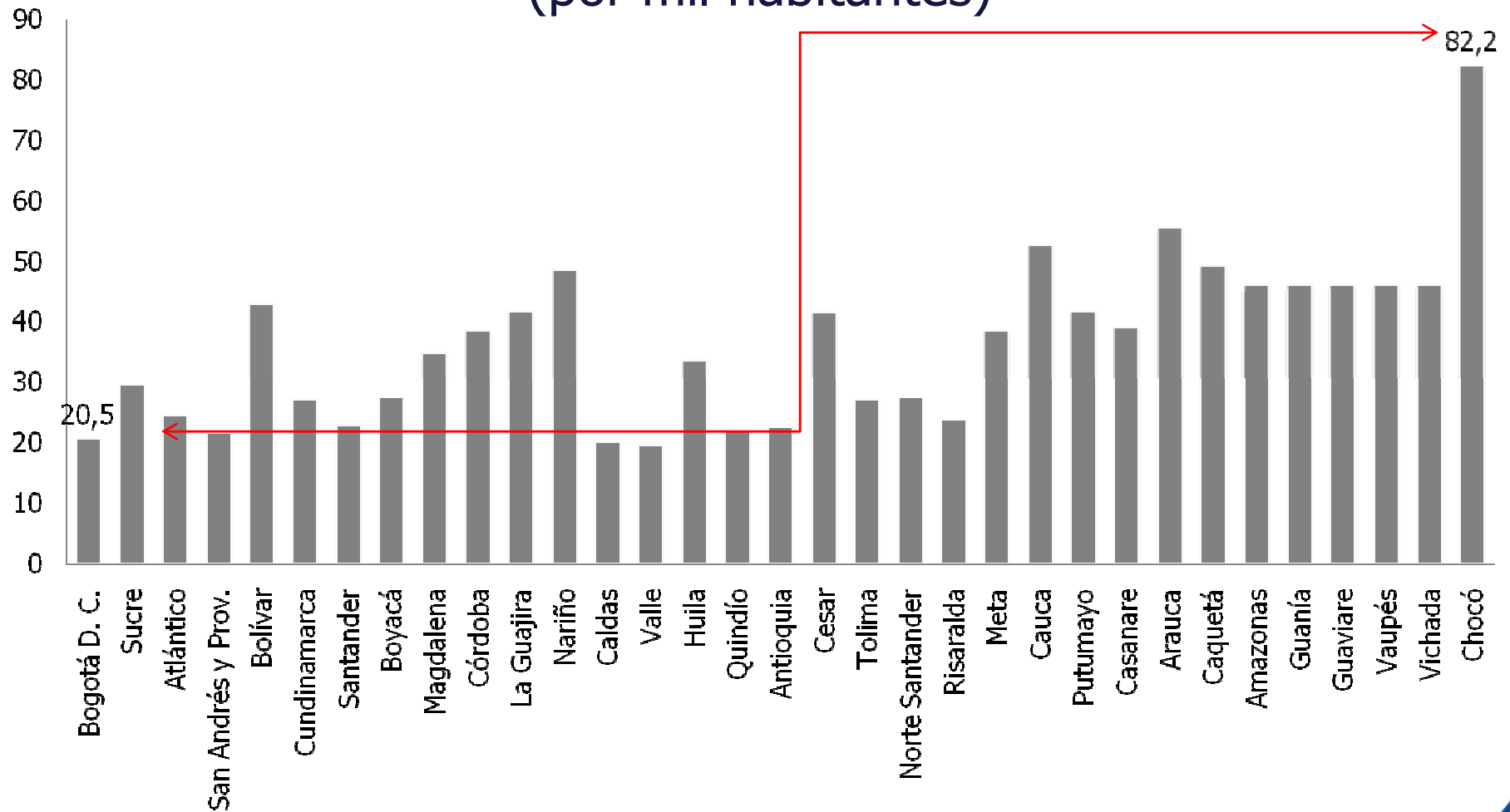
Fuente: DANE. Estadísticas vitales. Cuentas Nacionales Departamentales. Estimaciones Fedesarrollo



La tasa de mortalidad infantil en Chocó es 4 veces más grande que la de Bogotá

(por mil habitantes)

42



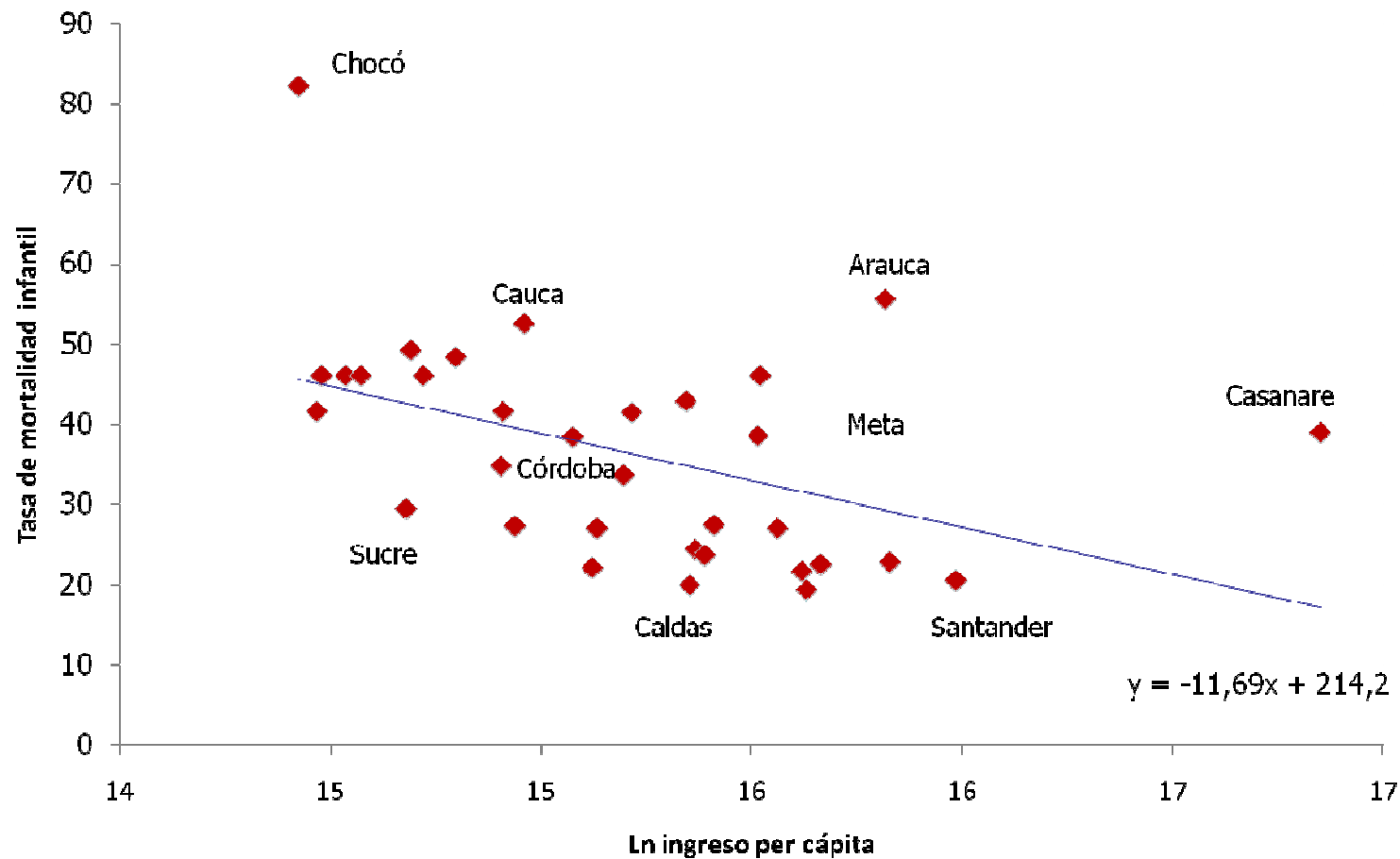
Fuente: DANE. Estadísticas vitales



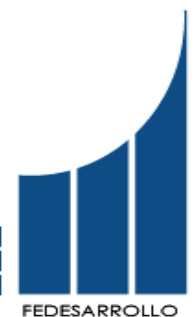
FEDESARROLLO

Este hecho se explica sólo parcialmente por la riqueza que hay dentro de cada departamento

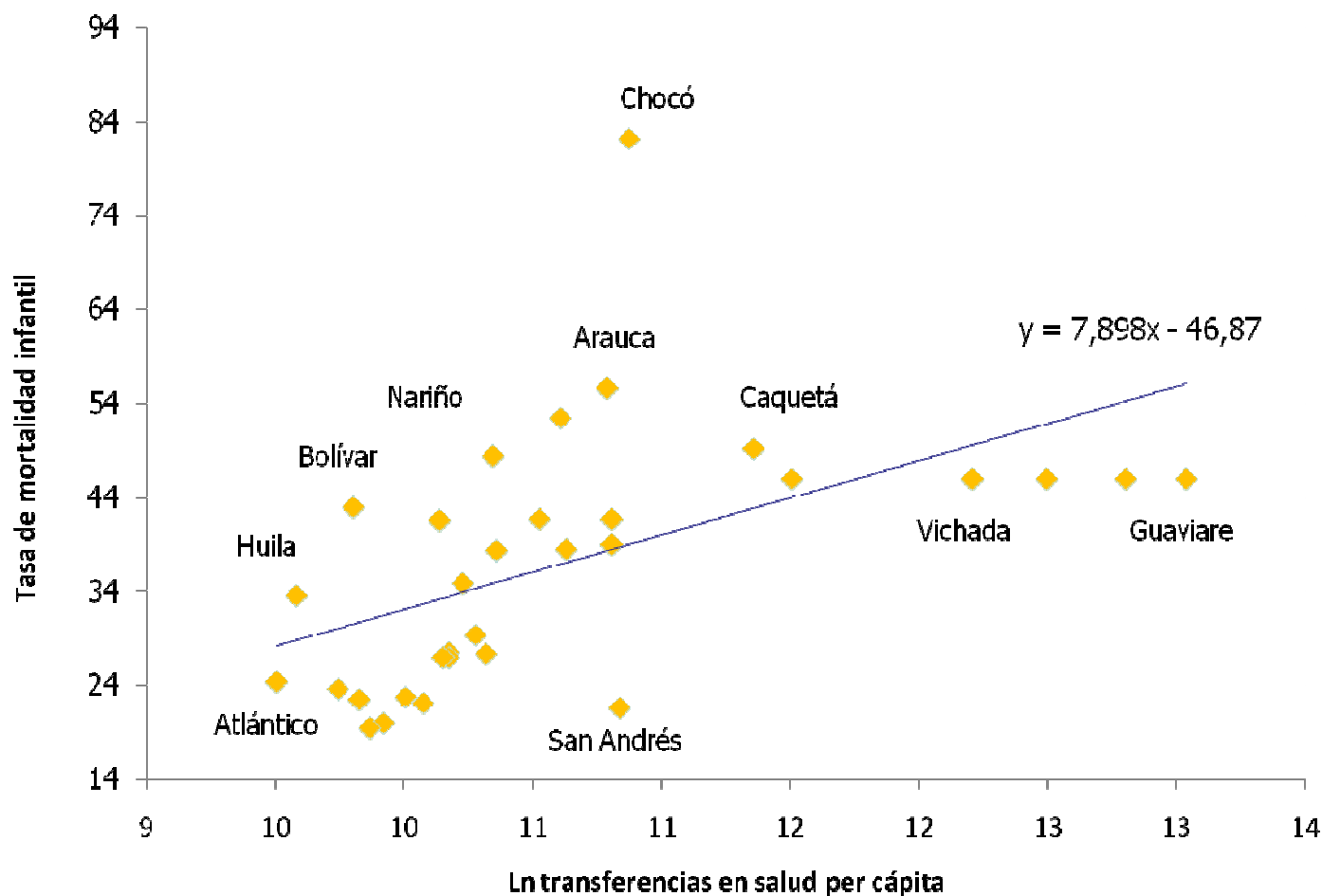
43



Fuente: DANE. Estadísticas vitales. Cuentas Nacionales Departamentales. Estimaciones Fedesarrollo



Se están haciendo esfuerzos para disminuir la desigualdad: los departamentos con altas tasas de mortalidad están recibiendo más recursos



Fuente: DANE. Estadísticas vitales. Cuentas Nacionales Departamentales. DNP. Estimaciones Fedesarrollo



FEDESARROLLO

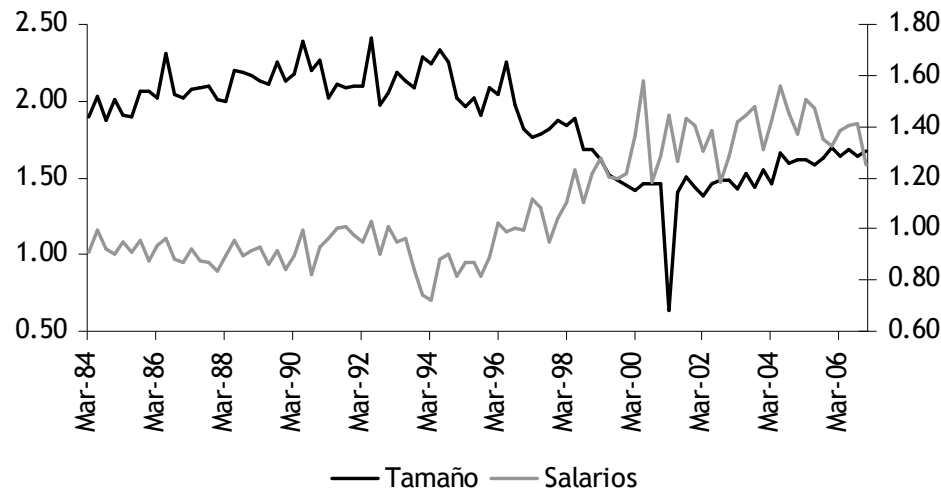
Agenda

45

1. ¿Por qué es importante la salud?
2. Contexto de la reforma
3. Resultados
- 4. Retos y regulación**
 - Regulación del sector**



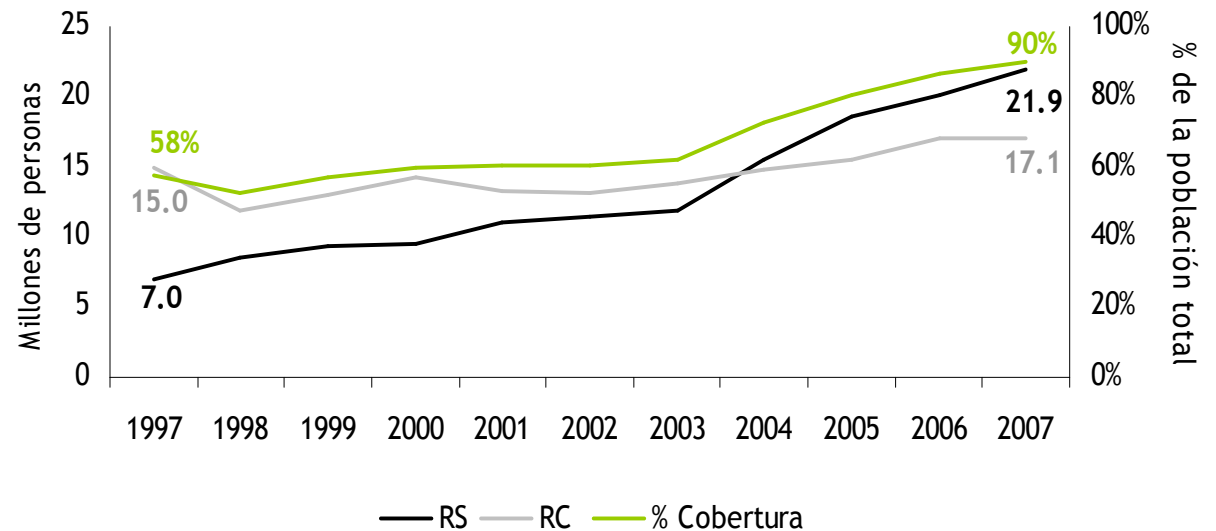
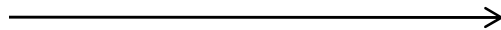
La financiación del RS está creando más informalidad y el problema se está agravando



La segmentación en el mercado laboral



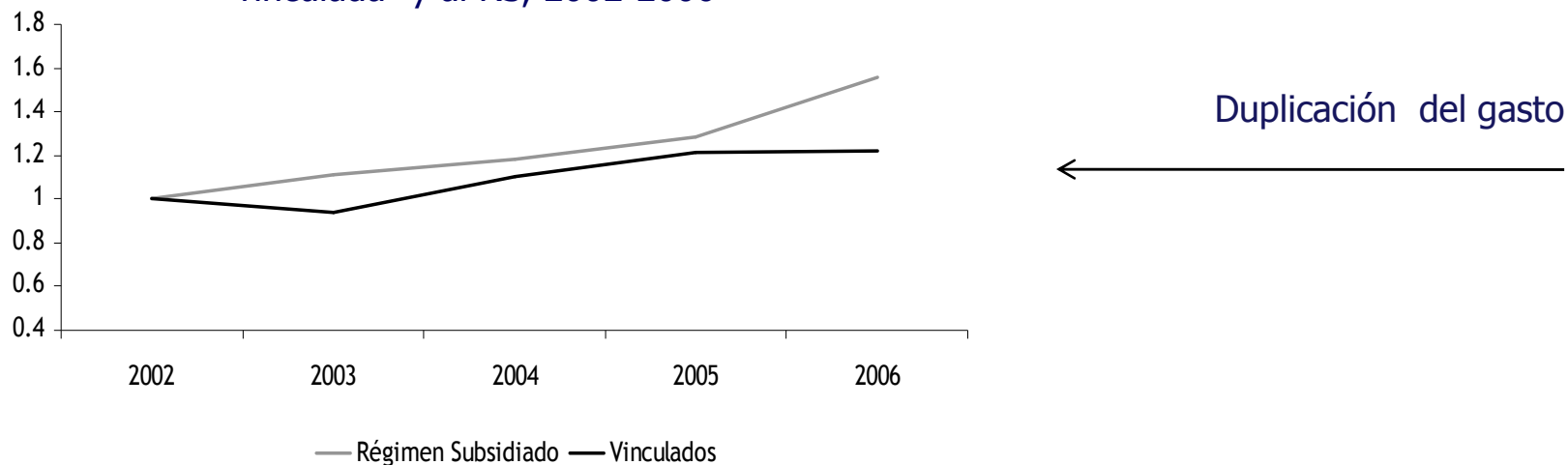
Número de personas afiliadas al SGSSS y porcentaje de cobertura, 1997-2007



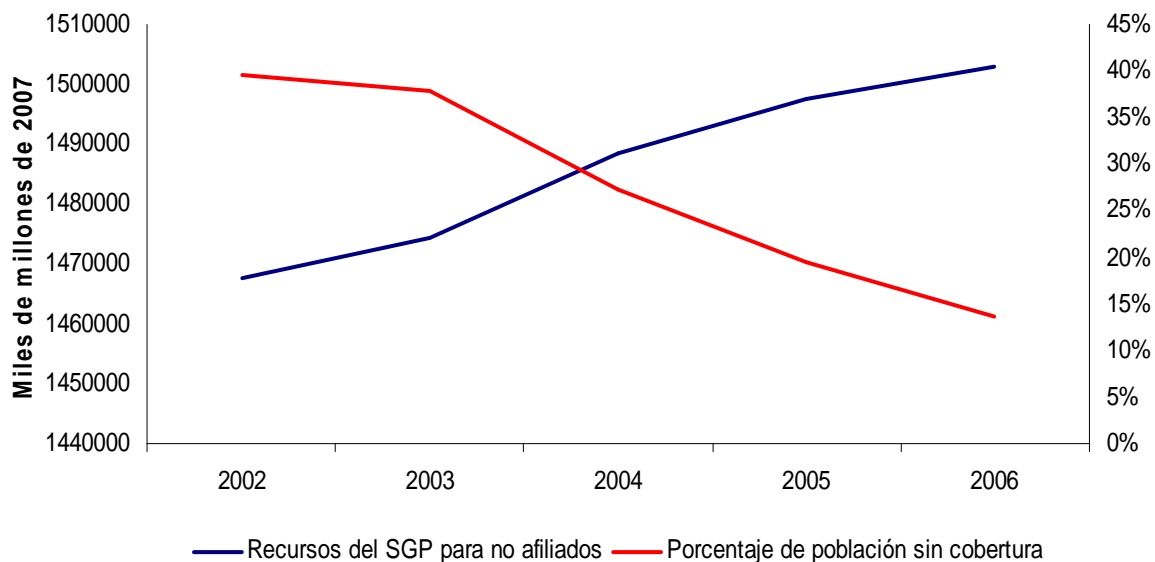
Fuente: Santa María et. al, 2008

Los recursos para atender los vinculados continúan creciendo

Crecimiento de los recursos destinados a la población "vinculada" y al RS, 2002-2006



Relación entre el presupuesto del SGP destinado a atender la población vinculada y el porcentaje de la población vinculada



Fuente: Santa María et. al, 2008



Regulación

48

- Las EPS y ARS ejercen como agentes financieros (aseguradores), manejando riesgos
- No existe un marco que permita que esta actividad sea supervisadas por la Superintendencia Financiera
- La función de regulación debe complementarse con un sistema de inspección, vigilancia y control en la prestación del servicio
- Algunos de los aspectos que vigila la Superintendencia de Salud deberán ser revisados y reasignados a entidades especializadas



Definición de la UPC

49

- La definición de la UPC se hace en función del equilibrio financiero y no con criterios técnicos
 - No se considera el costo del POS
 - Desmejora la calidad: las EPS tienen que dar más servicios por menos plata
- Hay otros factores que afectan el costo del POS que no tiene en cuenta el ajuste en la UPC
 - Tasa de cambio
 - El IPC de medicamentos es superior al IPC total
- El contenido y la actualización del POS deben obedecer a criterios de pertinencia, perfil epidemiológico y criterios técnicos como el análisis de costo efectividad



Conclusiones: recomendaciones de política

50

- Esquema de financiamiento de la salud
- Creación de un seguro básico para toda la población
- La regulación se debe orientar a:
 - Adoptar criterios técnicos y por evento para actualizar el POS y la UPC
 - Reasignar roles en las superintendencias para mejorar la calidad del sistema
 - Diseñar instrumentos para evitar la selección de riesgos por parte de las entidades aseguradoras y los problemas de corrupción
 - Diseñar instrumentos para moderar el uso de los servicios. Esquemas diferenciados de copagos y CM serían los más apropiados para aliviar los efectos negativos sobre el bienestar. No es una buena alternativa eliminar este tipo de pagos



El sector salud en Colombia: resultados, retos y regulación

“Premio Germán Botero de los Ríos”

Mauricio Santa María S.

FEDESARROLLO

Julio 16 de 2008

Fundación Proantioquia - Medellín

