

SECCIÓN DE OBRAS DE ECONOMÍA CONTEMPORÁNEA

ENSAYOS SOBRE EL FINANCIAMIENTO DE LA
SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

LOS CASOS DE ESTADOS UNIDOS - CANADÁ
ARGENTINA - CHILE - COLOMBIA

VOLUMEN II

Primera edición, Chile, 2000

Título original:

Ensayos sobre el financiamiento de la seguridad social en salud.

Los casos de Estados Unidos - Canadá - Argentina - Chile - Colombia

© Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) Naciones Unidas

© Fondo de Cultura Económica

Av. Picacho Ajusco 227; Colonia Bosques del Pedregal; 14200 México, D.F.

© Fondo de Cultura Económica Chile S.A.

Paseo Bulnes 152, Santiago, Chile

Registro de propiedad intelectual N° 114.526

I.S.B.N.: 956-289-018-X (Volumen II)

I.S.B.N.: 956-289-016-3 (Obra completa)

Ilustración de la portada: Juan Cristián Peña Camarda

Composición y diagramación: Gloria Barrios

Impreso en Salesianos S.A.

Impreso en Chile

DANIEL TITELMAN / ANDRAS UTHOFF
COMPILADORES

ENSAYOS SOBRE EL FINANCIAMIENTO DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

LOS CASOS DE
ESTADOS UNIDOS - CANADÁ
ARGENTINA - CHILE - COLOMBIA

VOLUMEN II



FONDO DE CULTURA ECONÓMICA
MÉXICO - ARGENTINA - BRASIL - COLOMBIA - CHILE - ESPAÑA
ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA - GUATEMALA - PERÚ - VENEZUELA



COMISIÓN ECONÓMICA PARA
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (CEPAL)

MECANISMOS DE PAGO Y CONTRATACIÓN DEL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO DENTRO DEL MARCO DE SEGURIDAD SOCIAL EN COLOMBIA

Beatriz Plaza

I. INTRODUCCIÓN

Colombia comienza en 1995 una implementación total de la reforma de la seguridad social en salud. Los principales objetivos de esta reforma persiguen lograr la cobertura universal, mejorar la calidad, incrementar el acceso de los pobres y fomentar la provisión de servicios de manera óptima. Para obtener mayor eficiencia, calidad y acceso y contener los costos del sector, la reforma integra el sistema público, la seguridad social y los proveedores privados, al tiempo que adopta la "competencia regulada", esquema que genera incentivos a la superación, induce a la competencia con el fin de que los planes de salud y los proveedores operen eficientemente y respondan a las necesidades del usuario. Bajo este esquema, el consumidor se afilia a un plan de salud que tiene como base una prima y calidad de servicios ofrecidos. En Colombia, los planes de salud administrados por las EPS reciben una prima fija ajustada de riesgo por cada afiliado denominada Unidad de Pago por Capitación (UPC). Estos recursos deben garantizar la prestación de los servicios médicos incluidos en el Plan Obligatorio de Salud (POS). Los servicios no incluidos en el POS se ofrecen en paquetes complementarios y su financiación está a cargo del usuario a través de mecanismos de prepago, aseguramiento u otros. Las EPS compiten entre sí no sobre la base de precio sino de calidad; al recibir una prima fija, ellas buscan maximizar las ganancias para lo cual contratan con los proveedores (IPS) que ofrecen los costos más bajos y la mejor calidad. Además, las EPS desempeñan el papel de los compradores de servicios para los usuarios, seleccionando y negociando mejores precios y calidad entre varios prestadores. Tanto las EPS

como las IPS pueden ser públicos, privados, sin fines de lucro o instituciones públicas transformadas como el Instituto de Seguros Sociales (ISS), Cajas de Compensación y Cajas de Previsión, que pueden operar en regiones en donde existen varios, pocos o ningún competidor y en lugares con varios o pocos afiliados potenciales. Todas estas características repercuten en el comportamiento de las fuerzas del mercado y permiten lograr los objetivos de cobertura universal y solidaridad.

Desde 1994 Colombia ha logrado un progreso medible en este componente de la reforma. Sin embargo, se considera que ella está todavía en su primera fase y su impacto, particularmente el de largo plazo, no es tan evidente. Para efectos de este trabajo, el área de énfasis consiste en analizar el grado de desarrollo de las formas y mecanismos de pago y contratación entre las EPS y las IPS del Régimen Contributivo durante el año 1995 y el primer semestre del año 1996. La evidencia disponible indica que durante este corto tiempo se ha logrado un avance importante en el desarrollo de las EPS e IPS a nivel nacional.

El trabajo se estructura de la siguiente manera: luego de esta introducción, la segunda sección muestra, sobre la base de la revisión teórica, las ventajas y desventajas de las distintas formas de pago/contratación a nivel mundial. La tercera sección señala cuáles han sido las principales *formas de contratación en Colombia antes de la reforma y después de 1993 hasta la fecha*. Se busca determinar si el sistema de contratación adoptado entre las EPS e IPS ha tenido incidencia sobre la calidad, el costo de los servicios y la cobertura. En la cuarta sección se analizan los resultados de la información recopilada de una encuesta extensiva de aproximadamente diez EPS e IPS que comprenden las experiencias nacionales más importantes, tanto públicas como privadas; se analizan también factores como el papel regulador del Estado, la existencia de sistemas de información, la capacidad de gestión de las empresas administradoras y prestadoras y los controles en el uso de la tecnología, que afectan el funcionamiento de las formas de contratación que se están teniendo en cuenta. Finalmente, en la última sección se sintetizan los aspectos más relevantes del análisis y se señalan las conclusiones y recomendaciones del trabajo.

II. LAS DISTINTAS FORMAS DE PAGO/CONTRATACIÓN A NIVEL MUNDIAL, SUS VENTAJAS Y DESVENTAJAS

El gasto en salud en Colombia equivale al 7.3% del producto interno bruto (PIB), (Estudio Ministerio de Salud (MINSALUD)-Universidad de Harvard), cifra bastante elevada para un país en vías de desarrollo si se compara con otros países de la región cuyo promedio fluctúa entre 4% y 5% del PIB, o con países de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE), que gastan aproximadamente 7% a 9% del PIB. Al otro extremo está el caso de los Estados Unidos que gasta 14% del PIB en salud (Banco Mundial, 1993b).

Existe una mezcla compleja de factores relacionados con la demanda y la oferta que contribuyen al incremento inflacionario en el gasto en salud. En lo que respecta a la demanda se presentan factores como edad (más viejos), incremento en el ingreso real e incremento en el uso de seguros universales (mayor cobertura). Estas variables explican solamente una pequeña porción del gasto. Entre los factores relacionados con la oferta, se destaca el desarrollo de nuevas tecnologías, incremento de personal e instituciones de salud, e incremento en los precios de salud. En resumen, todos estos factores producen incentivos que favorecen principalmente a los proveedores y no a los consumidores. En gran parte, estos alicientes son resultado de la asimetría en la información entre el proveedor y la parte pagadora. Frente a las decisiones sobre las transacciones en servicios asistenciales en salud, el paciente o demandante está por lo general menos informado que el oferente de los servicios. Dependiendo de la naturaleza de los incentivos y el contexto institucional y del mercado, estos estímulos pueden desplazar o inmovilizar las tendencias hacia la eficiencia, equidad y calidad de los servicios. Por esto, los mecanismos de pago se consideran como fundamento central en el éxito de una reforma financiera en salud (Oxley y MacFarland, 1994).

El sistema de pago que se adopte tendrá claras incidencias sobre la calidad y los costos de los servicios. Las experiencias mundiales muestran que no existe un solo método de contratación óptimo para el pago de los proveedores (Barnum, Kutxin y Saxenian, 1994); todas las formas generan acicates adversos y ventajosos que afectan el volumen, calidad y mezcla de los servicios. Lo que sí concluyen es que el éxito de cada

forma de pago está relacionado con el nivel de desarrollo y organización del sistema. Adicionalmente, la provisión de servicios bajo un esquema competitivo mejora el desempeño de cualquier método de pago ya sea en el sector público o en el privado.

En la mayoría de los países industrializados y en vías de desarrollo, la provisión y financiamiento de la salud proviene del sector público. En este caso, el gobierno juega el papel de aseguradora y proveedor, por consiguiente la forma de pago más común es a través de presupuestos históricos. Estos sistemas presentan el problema de no generar las motivaciones adecuadas para lograr eficiencia administrativa y competitividad.

En los últimos años se ha visto la tendencia a separar los componentes financiero y de provisión de servicios. La fuente de financiación puede ser pública o privada igual que el proveedor. Diferentes métodos de pago se pueden aplicar en las distintas instituciones de provisión o según el tipo de servicio. El reto está en el diseño de un sistema en donde se establezca un equilibrio entre los incentivos económicos para el "sobreuso" y el "subuso" de servicios. Una manera de asegurar este equilibrio es a través del uso de varios métodos de pago. En cualquier caso, el control de costos es un requisito indispensable para garantizar la viabilidad económica del sistema de salud. Muchos países se han visto obligados a regular y controlar tanto la oferta como la demanda para garantizar una asignación eficiente del gasto. A fin de cuentas, cualquier criterio que se escoja lleva a la categorización del método de financiamiento: al recurso sigue al paciente o el paciente sigue al recurso.

A continuación se presentan las distintas opciones para las formas de pago. En general existen tres grandes categorías: *pago prospectivo*: el pago se hace antes de proveer el servicio; *pago retrospectivo*: el pago se hace después de proveer el servicio según la cantidad y el tipo de servicio; y *pago híbrido o mixto*: la combinación de varias formas de pago.

En la categoría del pago prospectivo, este trabajo revisa el *presupuesto global*,¹ el *pago por caso* o DRGs (Diagnostic Related Groups), y la *capitación*, sus ventajas y desventajas. En la categoría del pago retrospectivo se revisa el *pago por día* y el *pago por servicio*² (fee for service), sus ventajas y desventajas. Finalmente, se revisa el *pago híbrido o mixto*.

1. Vale la pena anotar que en muchos países están utilizando el presupuesto global, por la flexibilidad que permite en la reasignación de recursos.

2. El pago por servicio es la forma más común para el sector privado, aunque la capitación es cada vez más frecuente.

A. PAGO PROSPECTIVO

1. Presupuesto global

El pago por presupuesto global consiste en una suma fija agregada por un período de tiempo definido, normalmente un año. Este tipo de remuneración solamente se aplica a los proveedores institucionales (hospitales, clínicas, centros de salud, etc.), y ha sido el sistema de pago predominante para los hospitales públicos en los países de la OCDE y también en Colombia. El monto se fija mediante dos mecanismos: tomando el presupuesto histórico de la entidad o sobre la base de la demanda proyectada, la cual tiene en cuenta las necesidades de la población objetivo.

El efecto directo del presupuesto global está en el control de costos, lo que incentiva la reducción en la cantidad de "inputs" utilizada. En el largo plazo, la fortaleza y dirección de los incentivos dependen de la fórmula implícita o explícita para asignar recursos; su asignación según la experiencia histórica crea inercia institucional, mientras que su asignación con criterio de desempeño depende de los indicadores específicos utilizados. Por ejemplo, en Hungría los presupuestos se determinaban sobre la base de la tasa ocupacional hospitalaria; esto llevaba a un exceso de estadía hospitalaria.

Los presupuestos globales generalmente no incentivan la calidad ni la eficiencia, por eso, si se utilizan, es importante construir un sistema de recolección de información sobre la calidad y establecer los indicadores correspondientes. Igualmente importante es el desarrollo de mecanismos reguladores a través del gobierno o asociaciones profesionales. Por lo general, bajo este esquema los costos administrativos son bajos en relación a otras formas de pago. La evaluación periódica del desempeño y la proyección del presupuesto es tal vez el costo más alto en que puede incurrir la empresa administradora, por lo tanto es necesario contar con un buen sistema de información para el manejo de cuentas financieras, el control sobre los servicios prestados, y la revisión y ajuste de los presupuestos. Finalmente, el pago por presupuesto global tiene algunos riesgos asociados tales como la demanda inconstante y la intensidad y costos del tratamiento hospitalario, riesgos que asumen el proveedor y sus clientes. En lo que se refiere a la tecnología, la utilización de una

forma de presupuesto prospectivo garantiza que ésta sea escogida con criterios de eficiencia, buscándose una buena relación costo-beneficio. En el caso del presupuesto histórico no existe ningún tipo de incentivo para el control de costos ni para prestar un mejor servicio y, en general, tales presupuestos son neutros frente a la adquisición de tecnología porque depende de la disponibilidad de recursos.

2. Pago por caso o DRG

A través del pago por caso o los denominados DRG —pago por episodio—, el mecanismo de pago depende del diagnóstico del paciente, el cual tiene un costo fijo, y comprende todos los servicios realizados durante un episodio hospitalario. Desde 1983, este método ha sido utilizado para los pacientes de Medicare en los Estados Unidos y de manera gradual en otros países de la OCDE (Bodenheimer y Grubach, 1994), Brasil y Hungría (Barnum, Kutzin y Saxenian, 1994). Medicare asume el riesgo por el número de admisiones que hace, pero el hospital asume el riesgo por los recursos utilizados durante la estadía. El tiempo de estadía no afecta a Medicare, en cambio para el hospital una estadía larga y costosa significa pérdidas, mientras que una estadía corta produce rendimientos.

El uso de un sistema como el DRG requiere una contabilidad uniforme y un sistema nacional de historias clínicas, y sus costos administrativos son altos para la aseguradora y el proveedor. La complejidad en definir el costo de cada caso hace que este sistema sea difícil de poner en práctica. Cada DRG basa su ponderación en el diagnóstico y los procedimientos, que a su vez determinan el nivel de reembolso. Este tipo de pago se puede aplicar con mayor facilidad a los sistemas de salud de integración vertical, o en instituciones hospitalarias donde se conoce de forma muy exacta cuáles son los costos y las posibles complicaciones que puede implicar cada enfermedad o tratamiento.

Uno de los problemas identificado por Medicare bajo este esquema de pago es el denominado "DRG Code Creep". Esto significa que el diagnóstico del paciente o su condición se altera, causando su entrada a un grupo de más complejidad que incrementa el pago del episodio. Se estima que en los Estados Unidos el incremento anual por este concepto es del 1% (Coulam y Gaumer, 1992). A pesar de los problemas mencionados, Medicare ha tenido éxito en la reducción del gasto sin afectar la calidad.

En Colombia, la ley 100 introdujo el concepto de los pagos globales por diagnóstico, denominados pagos integrales por diagnóstico atendido (PIDAS). La forma de operación de este sistema de contratación, pago y facturación implica que el proveedor de los servicios establece un costo estándar global por diagnóstico atendido, por ejemplo, un parto o una apendicectomía. Para el comprador de los servicios es más transparente la forma de pago y el proveedor se ve obligado a minimizar el costo en el diseño y operación de sus diversos servicios.

3. Capitación

A diferencia de la contratación por presupuesto global o servicio prestado (*fee for service*), este sistema asigna recursos independientemente de la oferta o la demanda. Se basa en el concepto de enfermo potencial y no en el de la enfermedad sentida. Cada prestadora de servicios tiene a su cargo la atención de un conjunto de personas determinado. Por cada persona inscrita, la administradora recibe una suma fija mensual, trimestral o anualmente para financiar un paquete definido de servicios, independiente del número de veces que estos individuos acudan a una prestación; por lo tanto, una de las ventajas de este sistema es la motivación para controlar costos y proveer servicios costo-efectivos. Dado que los riesgos financieros los asumen generalmente las prestadoras de servicios, éstas se ven obligadas a enfatizar el lado preventivo de la medicina. Igualmente, el hecho de que el riesgo recaiga sobre el prestador determina la calidad del servicio y la adquisición de tecnología.

Una de las debilidades o peligros de este sistema de pago es que puede incentivar a las administradoras a seleccionar usuarios de bajos riesgos con el fin de reducir los costos de tratamiento, limitando la cantidad y calidad de los servicios. Si los pagos por capitación no son ajustados por riesgo, las aseguradoras pueden ejercer el "cream skinning" que básicamente es la selección de riesgos preferidos (Van de Ven y Ven Vliet, 1992). Como resultado de ello, la población más vieja y los más enfermos o quedan fuera del sistema o terminan usando el sistema público de atención, lo que a su vez produce consecuencias deletéreas sobre la equidad y eficiencia del sistema. Una manera de contrarrestar este efecto es establecer primas ajustadas por riesgo y la afiliación abierta cada año; así el riesgo se distribuye mejor. Países como Alemania y

Holanda han aplicado un pago ajustado por riesgo y Colombia lo introdujo en la ley 100.

Los costos administrativos de un sistema de pago por capitación son potencialmente más bajos que aquellos de un sistema retrospectivo; sin embargo la presión en el manejo administrativo es mayor, por lo que requiere monitoreo de los diferentes actores, negociar contratos con proveedores y establecer los pagos ajustados de capitación. Sin la capacidad administrativa para realizar estas actividades existe un gran riesgo para la aseguradora, por consiguiente es importante el reaseguro a fin de evitar pérdidas catastróficas. Finalmente, su implementación debe ser gradual; el cambio de una economía central a una más competitiva trae sus obstáculos.

B. PAGO RETROSPECTIVO

1. Pago por día

Se denomina pago por día al sistema mediante el cual se establece un precio estándar por día por cama ocupada, multiplicado por el número de días. Países como Holanda, Noruega y los Estados Unidos han utilizado este método de pago desde los años setenta (Aas, 1995), pero especialmente países con sistemas públicos de financiación y una mezcla público/privada en la provisión de servicios (Oxley y MacFarland, 1994).

El pago por día estimula el uso de los hospitales con altos índices de ocupación y capacidad expandida de camas; sin embargo, el hospital no recibe dinero adicional por ejecutar procedimientos costosos. Al prolongarse la estadía hospitalaria los primeros días son los más costosos (iniciación del tratamiento) y luego los días finales menos costosos, resultando en un costo promedio bajo por día y un costo promedio alto por admisión. Al pagador de este mecanismo no le concierne cuántos servicios o procedimientos se hacen por día; esta preocupación fiscal se transfiere al hospital. Lo crucial para el pagador es controlar la estadía del paciente en combinación con una política de admisión, para ejercer el control de costos. En este caso, el pago por día ofrece pocos incentivos para contener costos sobre todo si el objetivo es que el recurso o dinero siga al paciente.

2. *Pago por servicio (fee for service)*

El pago por servicio, con o sin tarifas fijadas, es el mecanismo de *pago retrospectivo* más común en los países industrializados y en vías de desarrollo. Países como Alemania, Corea, Francia, Japón, Suiza y Zimbabwe utilizan esta forma de pago, pero disponen de alguna manera de negociar tarifas entre aseguradoras y proveedores que ayuda hasta cierto punto a controlar su efecto "inflacionario". En los Estados Unidos el pago por servicio es totalmente desregulado, sin embargo las aseguradoras no pagan más de lo que consideran "tarifas razonables y usuales" por ciertos servicios.

Bajo este esquema de pago, el control macro es débil pues requiere que el gasto se contenga con otras medidas, mientras que el sector de la oferta incrementa cantidad, calidad y precios. En los Estados Unidos esta forma de pago ha contribuido a la competencia entre los proveedores sobre la base de calidad y uso de alta tecnología y no sobre la base de precios. Esto deriva muchas veces en la creación de monopolios entre los prestadores de servicios.

El pago por servicio promueve el uso excesivo de los mismos sobre todo por la asimetría en la información que afecta al consumidor; por lo tanto, el proveedor induce a la demanda de servicios. Existen consumidores que piensan que mientras más servicios se utilicen o mientras más sofisticada sea la tecnología, mejor será la calidad del servicio. El pago por servicio ha sido asociado con el uso de servicios innecesarios y peligrosos como en el caso de Brasil, donde los incentivos económicos a los médicos para realizar cesáreas en lugar de partos vaginales, incrementaron los riesgos para las madres y recién nacidos por causa de infección y uso de anestesia general (Banco Mundial, 1993). No obstante esta forma de pago es la más utilizada para remunerar a los médicos especialistas, para el pago de medicamentos y para los servicios de diagnóstico. Los médicos y hospitales la prefieren pues su remuneración depende directamente del volumen de los servicios prestados. Bajo este mecanismo no existe ningún incentivo para reducir costos o disminuir la frecuencia de uso de tecnología de punta, los costos administrativos son altos y se requieren registros detallados sobre la cantidad de los servicios prestados y sus costos. Todas estas consideraciones llevan a pensar que

si bien el pago por servicio teóricamente implica un sobreuso de los servicios, esto se puede corregir mediante otros mecanismos de seguimiento y control, y que contribuyen a la calidad (Oxley y MacFarland, 1994).

3. *Pago híbrido o mixto*

La mayoría de los sistemas de pago son híbridos o mixtos; se adoptan por razones prácticas y para neutralizar los efectos adversos de los sistemas puros mientras conservan sus efectos positivos. Ningún sistema está libre de efectos indeseables y tanto la experiencia institucional como el análisis detallado confirman las ventajas de adoptar sistemas mixtos. Los diferentes mecanismos de pago pueden ser mezclados en distintas dimensiones, por ejemplo, para diferentes categorías de proveedores. Los hospitales pueden recibir un pago por caso mientras el médico general recibe el pago por capitación. Otra alternativa es que el pago total al proveedor puede ser dividido en varios esquemas; a los hospitales se les paga parcialmente por un presupuesto global para los costos fijos y pago por servicio para los costos variables. Finalmente, el método puede o no variar dependiendo de la provisión de servicios, es decir, a un hospital se le puede pagar por un paquete de servicios a través de la capitación y los servicios complementarios a través de un pago por servicio, como se practica en los Estados Unidos y Uruguay.

La selección del sistema mixto que se utilizará es fundamental e influye sobre los incentivos de manera positiva o negativa. Cualquiera que se escoja tiene que ser apropiado para el contexto del país. Un ambiente macroeconómico estable es importante para que todos los mecanismos de pago mantengan su valor durante el período de reembolso, debido a que los pagos prospectivos son especialmente sensibles a la inestabilidad macroeconómica. El fomento de un ambiente competitivo y la educación de los consumidores son indispensables para controlar los monopolios. En el sector de la salud, específicamente, se requiere como mínimo la organización administrativa, un sistema contable adecuado y un sistema de información para aplicar con eficiencia cualquier mecanismo de pago.

III. PRINCIPALES FORMAS DE PAGO/CONTRATACIÓN EN COLOMBIA, ANTES Y DESPUÉS DE LA REFORMA

En Colombia, la información disponible sobre las formas de pago o contratación en salud es relativamente limitada, a diferencia de lo que ocurre en otros países como se pudo apreciar anteriormente. Sólo existe la legislación reglamentaria sobre las formas de pago a los médicos por parte de las instituciones y de éstas a terceros. Antes de la reforma de 1993 y hasta hace poco, no existían análisis sobre las implicaciones de las diferentes formas de pago o contratación y cómo éstas afectan la calidad, los costos o el uso de tecnología. Tal situación es idéntica para los sectores público y privado.

A partir del proceso de negociación política de la reforma y después de la aprobación de la ley 100, comenzó a surgir el interés en la forma *cómo se relacionan (pago y/o contratación) las EPS y las IPS. Se realizó un estudio que ofrece una visión de las condiciones de pago y/o contratación en el país, a fin de conocer la estructura del pasado y abonar el terreno para avanzar en la organización de los sistemas de salud en el país (Gutiérrez y otros, 1994).* Como resultado de dicho estudio se observa que en Colombia existe una tendencia a contratar por *salario* a los médicos generales (que actúan como "gatekeepers") y por *pago por servicio* a los médicos especialistas. El sistema de facturación de pago por servicio o acto médico, que se ha convertido en un incentivo perverso al sobrecosto en el diseño y prestación de los servicios hospitalarios, sirve además de acicate a la corrupción institucional que deriva de la sobrefacturación por servicios no prestados. El mencionado método de pago, instrumentado además por sistemas tarifarios de los diversos servicios, insumos y actos médicos, permite que los oferentes tiendan a multiplicar el número de prestaciones. Los servicios hospitalarios y de diagnóstico se pagan igualmente por pago por servicio y las IPS imponen las tarifas, salvo en los contratos del Instituto de Seguros Sociales (ISS).

En casos aislados, en los cuales se presta la atención a poblaciones dispersas, se paga por *capitación*. A los médicos especialistas del sector público que tienen contrato exclusivamente con una institución se les remunera por salario. En las instituciones de índole privada, en donde los médicos ejercen libremente su profesión, se les paga por honorarios

y en otros casos por salario y pago por servicio. No es frecuente que administradoras de servicios privados contraten con IPS hospitalarias públicas, debido a las dificultades administrativas, excepto en casos aislados cuando la administradora tiene que cubrir poblaciones dispersas. Adicionalmente, para remunerar a los médicos en algunas instituciones se utiliza el sistema de valoración estándar de los servicios, similar a los RBRVS (resource based related value scale) que se emplean en el sistema Medicare en los Estados Unidos.

La posibilidad de ofrecer servicios médicos por *pago por caso* es factible para casos puntuales en el país, pues no existen los sistemas de información adecuados sobre costos unitarios ni intervenciones o procedimientos estándar requeridos, lo que implica un alto riesgo de fracaso. En general, las formas de pago o contratación se utilizan por su sencillez administrativa o por tradición.

Los honorarios son negociados entre las EPS, las IPS y los médicos, con algunas excepciones como los anestesiólogos, cardiólogos y otras especialidades minoritarias quienes forman monopolios y imponen sus propias tarifas. Cuando estos mismos trabajan con el ISS se someten a grandes diferencias de pago, pues las tarifas se fijan de forma unilateral. No está claro si estas diferencias se deben a los costos, al tipo de población atendida, a la tecnología, a la calidad, a la cobertura o a la forma de contratación, o si existen otras variables más significativas, pues se sabe que el ISS es la administradora que realiza aproximadamente el 60% de la contratación total en el país e impone sus propias tarifas para los servicios que presta y obviamente contrata.

El poder del mercado incide sobre la concertación de precios en la contratación. Por ejemplo, cuando una administradora de servicios contrata con instituciones de nivel III, son éstas quienes deciden las tarifas. Si el contrato se hace directamente con los médicos, es la administradora quien impone la tarifa, con excepción de los médicos especialistas. En la prestación de servicios hospitalarios o quirúrgicos, la institución prestadora impone sus tarifas cuando no forma parte de un sistema integrado.

De todas maneras, el estudio demuestra que las formas de pago o contratación en Colombia no se habían desarrollado suficientemente antes de la reforma de 1993. Al implantarse la nueva ley se conocen algunos de los insumos y obstáculos dignos de tener en cuenta, como el poder de ciertos monopolios o simplemente el grado de gestión de los actores principales.

A continuación se presenta la situación colombiana en términos de formas de pago y contratación entre las EPS y las IPS a partir de su puesta en práctica en 1993 y hasta la fecha. Se señala también si el sistema de pago o contratación que se ha ido adoptando en estos últimos años está teniendo incidencia sobre la cobertura, la calidad y el costo de los servicios.

La aparición de las EPS supone el fin de los monopolios en el proceso de afiliación y la separación entre los sistemas de financiamiento y los de provisión de servicios, siendo las IPS las que se encargan de este último. Las EPS son instituciones intermediarias que cumplen las funciones de gestión del aseguramiento y protección de la salud, es decir, fomentan la prevención y subcontratan el resto de los servicios. La Unidad de Pago por Capitación (UPC) es la cuota o "precio de venta" anual que permite a las EPS proteger la salud de cada beneficiario durante un año, a través de un Plan Obligatorio de Salud (POS). Ellas recaudan periódicamente las contribuciones de los afiliados, por delegación del Fondo de Solidaridad y Garantía; de este monto se descuenta el valor de las UPC fijadas para el POS. La cotización obligatoria que se aplica a los afiliados del régimen contributivo es como máximo del 12% del salario básico y no inferior al salario mínimo. Las EPS reciben copagos y cuotas moderadoras como ingresos adicionales. En términos cuantitativos de capacidad socioeconómica se estima que el 70% de la población podría estar vinculado al régimen contributivo.

Las EPS son las que determinan si Colombia logra o no los objetivos de la reforma: solidaridad, universalidad, calidad y eficiencia. Ellas incentivan la afiliación al sistema: la *universalidad*; recaudan el 12% de la cotización para lograr la *solidaridad* entre ricos y pobres; promueven la *eficiencia* haciendo competir a los proveedores y ofrecer precios más bajos, y mediante las formas de pago para controlar costos. Esa misma competencia debe mejorar también la *calidad* de los servicios.

¿Se están logrando dichos objetivos? Se sabe que el mercado de la salud en Colombia está extremadamente activo. A diciembre de 1995 la afiliación a las EPS creció (26 EPS), pero ella se concentra en las grandes ciudades del país. Existe una aprobación al funcionamiento de las EPS, pero en la realidad ello se traduce en una cobertura geográfica de esas entidades y no representa necesariamente una expansión de la afiliación. No obstante, se infiere que el sector salud colombiano está logrando su transformación a un sistema impulsado por la demanda. Los trabajadores

independientes sólo constituyen una pequeña proporción de afiliados (13%) y los que se afilian mayoritariamente son los más necesitados de atención médica costosa, "selección adversa". Problema que surge con los seguros de salud privados cuando el asegurado puede ocultar información al asegurador y éste queda imposibilitado de realizar una distribución eficiente de riesgos; o bien, cuando la rentabilidad de todos los riesgos no es similar y no existe un esquema de seguros solidario o de "prima de riesgo comunitario" que garantice al asegurado una adecuada cobertura ante ciertos riesgos. Actualmente, los afiliados son los mismos del sector formal que en el pasado estaban cubiertos por el ISS y seguros privados. El ISS, la EPS más grande en Colombia, no tiene un número confiable de afiliados por falta de un sistema de información que permita identificarlos y, por lo tanto, no contribuye consistentemente al Fondo de Solidaridad y Garantía. Por otra parte, las personas afiliadas a las EPS subdeclaran sus salarios poniendo en riesgo la solidaridad del sistema.

En cuanto a la aplicación de la "competencia regulada" para el control de costos, la mayoría de las formas de pago a los médicos y hospitales que se aplican son el pago por servicio, la capitación (nivel I de atención), salario, una mezcla de capitación y pago por servicio y, en algunos casos, las EPS pagan primas a los médicos generales por remitir pacientes a otros niveles de atención. Sin embargo, las EPS no están utilizando procesos competitivos de contratación o negociación para inducir la competencia a nivel de tarifas o calidad. El año pasado el ISS inició el pago a hospitales sobre la base de "paquetes de diagnóstico", en vez de facturar por servicio prestado. Esto incentiva la eficiencia y control del uso de servicios.

Vale la pena anotar que el pago por capitación —a través de la UPC— a los médicos generales o a los proveedores de atención primaria, es ajustado por edad y sexo según estipula la ley. Cuando se paga por servicio prestado (*fee for service*) a los médicos generales, especialistas y hospitales, el pago se basa en el sistema tarifario establecido por el ISS y el seguro obligatorio de accidentes de tránsito, SOAT, los cuales responden al concepto de desagregación de costos por procedimiento y servicios de apoyo, y no al del costo. Éste es uno de los obstáculos más sentidos de la reforma, mientras no existan los estudios técnicos necesarios para determinar el costo estándar de la atención, las IPS deben recurrir a su propia contabilidad de costos y tomarla como base de pago, lo cual

representa un cambio radical en las relaciones contractuales entre las EPS y las IPS.

Algunas IPS no están dispuestas o no son capaces de contratar con EPS por varias razones: carecen de la capacidad administrativa para contratar con EPS o simplemente no entienden las implicaciones de la ley; además, muchos hospitales y especialistas claramente no quieren participar en la nueva reforma, de hecho, la sociedad científica ha sido muy enfática en su resistencia a la ley 100 y ha creado pequeños carteles de especialistas. Igualmente, las IPS no están de acuerdo con las tarifas que ofrecen las EPS dadas las restricciones impuestas por la UPC. En resumen, después del primer año de aplicación de la competencia regulada se puede decir que existe competencia entre los médicos generales para obtener contratos con EPS, pero se advierte poca competencia entre el nivel II y III de atención.

Las EPS han dispuesto mecanismos para el control de la calidad médica. Por ejemplo, hacen visitas periódicas a las IPS, demandan auditorías de los registros médicos y realizan entrevistas con pacientes. Algunas EPS exigen a las IPS reportes sobre la calidad de los servicios que entregan, no obstante tal información no está disponible para el público. Cuando se cancela un contrato con una IPS la razón más frecuente es la falta de calidad.

El producto final que entregan las EPS no es homogéneo, pues se ofrecen planes adicionales al POS en la forma de *planes complementarios*³ y *medicina prepagada*, que se diferencian de los servicios ofrecidos por la selección de proveedores y primas. Las listas de proveedores exhibidas por las EPS pueden ser una estrategia para la atracción o no de potenciales afiliados según la segmentación de la población. De acuerdo a las listas, es fácil determinar si son hospitales de alta o baja calidad. Dentro del contexto de la ley se considera ilícito ofrecer planes complementarios sin ofrecer el POS, sin embargo, muchas EPS están permitiendo la compra de un plan complementario sin subscribirse al POS. Antes de la reforma existían entidades de Medicina Prepagada, y muchas de ellas se han convertido en EPS para ofrecer los servicios del POS y algunos otros adicionales. Aunque los venden como planes complementarios, en realidad no son complementarios al POS sino alternativos a éste. Mucha gente,

3. Estos planes incluyen tratamientos y cirugías estéticas, odontología, tratamiento de enfermedades crónicas, trasplantes, drogas no cubiertas en el POS, etc.

sobre todo los independientes, siguen afiliados a este sistema que a su vez está generando incentivos para evadir la cotización del 12%. No se sabe bien si esto está propagando una segmentación en el mercado y limitando la competencia debido a que el producto deja de ser estándar, pero sí implica que los estratos más altos de la sociedad colombiana tienen acceso a servicios de mayor calidad que aquellos que utilizan solamente el POS.

Generalmente, las EPS están contratando los servicios de nivel III con hospitales que atienden gente menos pobre. En el nivel I de atención, las EPS contratan con instituciones privadas y, hasta el momento, no están contratando servicios con el ISS, lo cual podría indicar que las instalaciones del ISS tienen copada su capacidad. A la fecha, el ISS no ha hecho la separación de financiación y provisión de servicios, lo que no contribuye a la creación de un mercado competitivo.

En la siguiente sección se analizan los resultados de las encuestas de aproximadamente diez EPS e IPS, tanto públicas como privadas, sobre las experiencias particulares que han tenido con las formas de pago adoptadas y el funcionamiento general del sistema.

IV. RESULTADOS DE LAS ENCUESTAS

A. LOGROS EN 1996

La aplicación plena de la reforma no se inició sino hasta finales de 1995. A continuación se presenta un breve análisis en lo que se relaciona con los objetivos de universalidad, oferta de servicios y financiación del sistema en 1996. La información proviene de diferentes fuentes como el Ministerio de Salud (MINSALUD), resoluciones expedidas por la Superintendencia Nacional de Salud, informes al Congreso Nacional de Seguridad Social y, en algunos casos, artículos de los principales periódicos del país. Esta posición se contrasta con los resultados obtenidos en las encuestas a las EPS e IPS, punto de especial importancia, ya que gobiernos y organizaciones nacionales e internacionales siguen con interés el proceso de reforma debido a las enseñanzas que éste puede proporcionar.

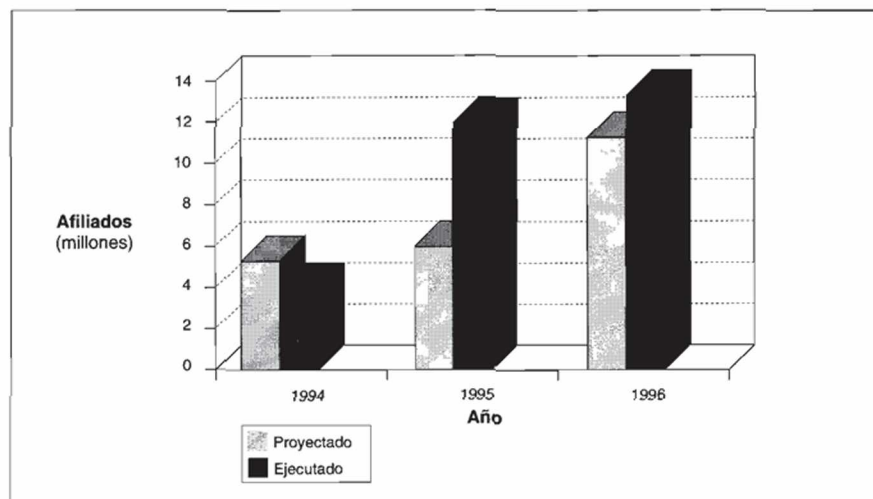
Es importante mencionar que la información disponible resulta muchas veces incompleta tanto cuanto a la suministrada por el usuario

como a los antecedentes técnicos proporcionados por las EPS e IPS. Esta última, en particular, además de ser insuficiente no se ciñe a un método unificado que permita un seguimiento integral del sistema (Esguerra, 1996).

Entre los problemas que ha tenido el nuevo sistema de seguridad social se destaca el caso del ISS, que al ser la EPS más grande ocasiona vacíos de información importantes para el sistema en general. La ley 100 ordena la separación entre la financiación y la provisión de los servicios de salud, separación que no se ha hecho en el ISS, y que genera un monopolio en el mercado al no existir la libre competencia entre todas la EPS. En este momento, las EPS contratan con IPS públicas y privadas que forman parte de las IPS del ISS; sin embargo ninguna clínica ni hospital del ISS especifica en sus contratos que se suministre información sobre variables financieras, de afiliación, utilización, recursos humanos e historias clínicas de los pacientes. A raíz de esto, la Superintendencia Nacional de Salud ha impuesto al ISS un severo plan de ajuste que terminó a finales de septiembre. El sector entero está a la expectativa de los resultados.

Un avance extraordinario se ha registrado en el objetivo de la universalidad, pues casi la mitad de los colombianos están afiliados al Sistema de Seguridad Social. Para dar una idea, el régimen subsidiado cuenta con aproximadamente 5 millones de afiliados y el régimen contributivo con cerca de 13 millones de personas. En estos datos subsisten algunas dudas respecto al régimen contributivo originadas por la falta de información del ISS, pues no es posible establecer qué proporción de esas afiliaciones proviene de personas que estaban en el ISS y por lo tanto no son nuevas para el sistema. Sí se sabe que los trabajadores independientes constituyen una pequeña porción de los afiliados, pues constituyen sólo el 13% y representan más de la mitad de la fuerza laboral en Colombia. El ISS, la EPS más grande del país, no tiene cifras confiables sobre el número de afiliados, sin embargo las metas que se propuso el gobierno en cuanto a la afiliación a los diferentes regímenes no solo se han cumplido, sino que se han superado como se puede observar en el siguiente gráfico.

GRÁFICO 1
AFILIADOS AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD



Fuente: Ministerio de Salud - Universidad de Harvard, "Report on Colombia Health Care Reform and Proposed Master Implementation", 1996.

El régimen contributivo tiene 26 EPS aprobadas que cubren aproximadamente el 50% de los municipios colombianos, donde reside aproximadamente el 70% de la población (Ministerio de Salud/Universidad de Harvard, 1996). A pesar de las buenas noticias con respecto a la afiliación, éstas se deben interpretar con cautela pues la afiliación es el primer paso y no implica necesariamente que se estén ofreciendo servicios. A veces en un municipio grande puede ocurrir que exista cobertura para una parte de la población, mientras que otra no la recibe. Adicionalmente la afiliación a las EPS se está concentrando en las grandes ciudades.

En cuanto al financiamiento del sistema, éste parece estar en un punto de equilibrio, es decir, los recursos del Fondo de Solidaridad y Garantía y sus cuatro subcuentas (Compensación de Régimen Contributivo, Solidaridad, Promoción, y Riesgos Catastróficos y Accidentes de Tránsito) tuvieron un incremento entre 1994 y 1995 motivado por el inicio del sistema, que en 1996 ha experimentado un leve descenso en los recursos. Esto se puede explicar en parte porque existe un vacío de información financiera por parte del ISS. No se sabe cuánto requiere el ISS en

compensación o cuánto le debe girar a la subcuenta de compensación. En el caso de que fuera la primera posibilidad, la subcuenta entraría en bancarrota creando una crisis muy grave para el sector. Igual sucede con el Instituto de Salud de las Fuerzas Armadas que tampoco está compensando y que según algunos cálculos es deficitario en cerca de \$15.000 millones anuales, agravando aún más la situación del sector (Esguerra, 1996). Otra brecha peligrosa es la desarticulación entre los costos de los servicios de salud, la Unidad de Pago por Capitación (UPC) y las tarifas del SOAT, que cumplen una función reguladora desde el punto de vista del equilibrio financiero y pueden ocasionar problemas en la calidad y en el acceso a los servicios. Son muy pocas las instituciones hospitalarias que cuentan con sistemas de costos que permitan establecer con certeza el impacto que esta situación produce sobre las entidades.

A través de la breve reseña presentada en los párrafos anteriores, se puede apreciar que aunque el nuevo sistema de seguridad social cumple apenas un año de aplicación plena (octubre de 1996), los resultados en algunos casos son satisfactorios y en otros requieren especial atención. En la parte siguiente de esta sección se analizan los resultados de la encuesta aplicada a las diferentes EPS e IPS y se señalan los logros y problemas observados desde el punto de vista de la realidad particular que ellas están viviendo en el sector.

B. ANÁLISIS DE LAS ENCUESTAS

La principal fuente para el análisis de esta sección se obtiene de la encuesta/cuestionario a los ejecutivos (directores y/o vicepresidentes) de 10 diferentes EPS e IPS. La mayoría de las EPS en Colombia tienen su sede principal en la ciudad de Bogotá y el mencionado estudio se concentró en este lugar. Las encuestas se enviaron a EPS/IPS de diferente índole: EPS con y sin fines de lucro, Medicinas Prepagadas convertidas en EPS, EPS que originalmente eran Cajas de Compensación, y Cooperativas creadas bajo el nuevo sistema de seguridad social. Cabe anotar que aproximadamente el 60% de los cuestionarios enviados fueron respondidos.

La encuesta se organizó en cinco secciones:

1. Aspectos institucionales de las EPS/IPS, que busca conocer su perfil, su organización administrativa y su actitud frente a la ley 100 de 1993.

2. Proceso de contratación, que pretende determinar sus diferentes formas de contratación y los problemas enfrentados.
3. Mecanismos de pago, que explora los impactos financieros de las diferentes formas de pago y algunas de las características que determinan el mecanismo de pago seleccionado.
4. Calidad, que identifica el impacto de las diferentes formas de pago sobre la calidad del servicio prestado.
5. Tecnología, que determina la gravitación de las formas de pago sobre la tecnología utilizada.

1. Observaciones puntuales sobre los aspectos institucionales

- La mayoría de las EPS cambiaron de estructura organizacional a raíz de la aplicación de la ley 100. En algunos casos se aumenta la planta de personal, el capital de la entidad y el tamaño de los proveedores para contratar el POS. En el caso particular del ISS, se agrega el espacio para la creación de la IPS adicional a la EPS, Pensiones y ARP (Administradora de Riesgos Profesionales).
- Todas las EPS se consideran más competitivas bajo el nuevo esquema de la reforma, sobre todo en lo que se refiere a la captación de afiliados, pues compiten con otras EPS privadas y con el Estado. Curiosamente, el ISS se considera menos competitivo bajo el nuevo esquema porque se duplica el número de sus afiliados debido a la cobertura familiar.
- La asimilación de la ley 100 ha sido un problema grave para la mayoría de las EPS, los usuarios y los proveedores, pues se considera que, a raíz de un período inactivo con el inicio del nuevo gobierno, se creó desconcierto y se despertaron muchas dudas. Reinaba gran confusión sobre temas como los relacionados con la reducción de la UPC, los copagos, las cuotas moderadoras y la cobertura familiar. Estas contradicciones y la falta de claridad del sistema en general generó dudas hacia el interior de las EPS y en la aplicación de la ley 100. La capacidad de gestión o de administrar eficientemente los recursos y garantizar la calidad ha sido prácticamente nula. El ISS considera sumamente peligroso el matrimonio EPS-IPS y está

consciente de que la transformación del Instituto determinará hasta qué punto se puede lograr una competencia justa para cumplir con los objetivos no sólo de la competencia regulada, sino de la reforma: la eficiencia y la calidad. Otros problemas que realmente se convierten en retos son la falta de pago o del pago oportuno y el control del gasto médico, para que la UPC alcance a cubrir toda la operación de la EPS de manera eficiente.

- La regulación del Estado ha sido inexistente o no ha servido, y se considera como una de las más grandes debilidades del nuevo sistema. Los hospitales y los profesionales de la salud enfrentan graves problemas financieros por las bajas tarifas reguladoras del mercado (ISS, SOAT, POS), que muchas EPS han convertido en tarifas para contratación con profesionales e IPS. Mientras exista un exceso de oferta de servicios las EPS pueden imponer sus tarifas. Claro está que, en la medida que la oferta y la demanda se nivelen, los prestadores de servicios tendrán más fuerza a la hora de negociar. Un sistema de tarifas bien establecido incentiva el buen comportamiento de una IPS, pues el tarifado determina su estabilidad financiera e influye sobre la calidad de sus servicios. Por ejemplo, si la tarifa no cubre el costo total de un servicio hospitalario, el hospital puede quebrar; por el contrario, si la tarifa es muy generosa puede incentivar servicios inapropiados o innecesarios. Los hospitales no tienen sistemas contables de costos uniformes y la mayoría de las EPS entrevistadas dicen no poseer sistemas de información adecuados para hacer el seguimiento a la población afiliada u obtener información sobre gastos y recobros.

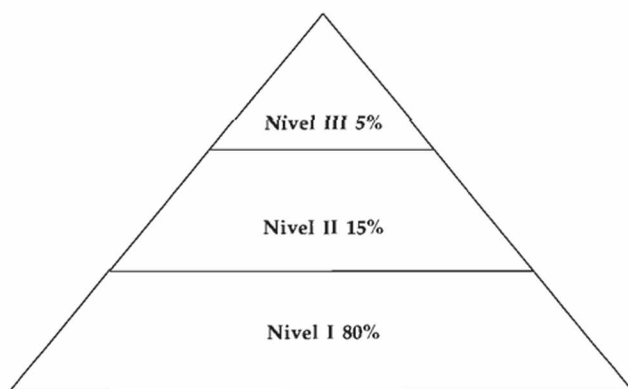
2. Observaciones sobre el proceso de contratación y los mecanismos de pago

- Si bien se ha intentado introducir diferentes modalidades de pago que fueron descritas en la segunda sección del estudio, en Colombia sigue prevaleciendo el pago por servicio con todos sus incentivos perversos. La capitación está tomando fuerza cada día, pero sobre todo en el nivel I de atención. En este período de transición de un esquema de oferta a uno de demanda, seguirá predominando el pago por servicio. Una vez que Colombia establezca un sistema de

costos unificado y competitivo se abrirá el espacio para introducir otras modalidades de pago. Esta parte de la encuesta es tal vez la más pertinente al motivo del estudio, y pone énfasis en los problemas que han enfrentado las diferentes EPS e IPS.

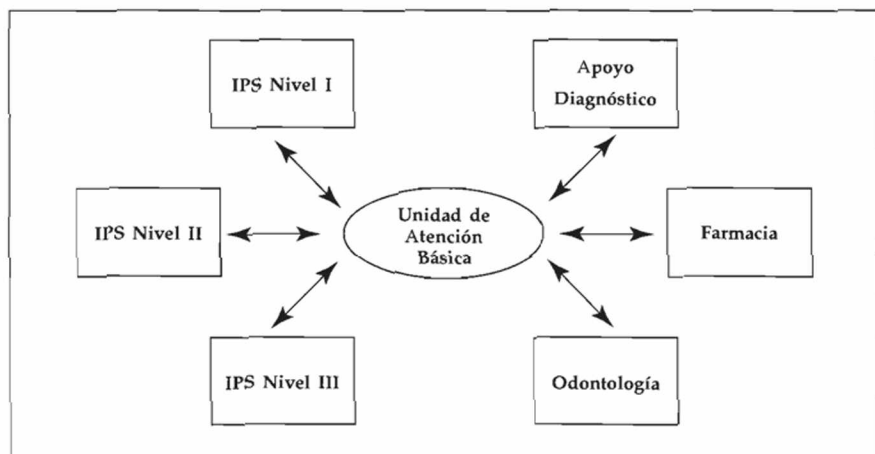
- La contratación de la prestación de servicios se hace con proveedores individuales, asociaciones de médicos, hospitales, centros de diagnósticos y centros propios. Algunas EPS alquilan consultorios con la unidad básica de atención o de nivel I, donde existe una capacidad resolutive de aproximadamente 80% (véase el gráfico 2).

GRÁFICO 2
NIVELES DE RESOLUCIÓN



Esta unidad orienta luego a los usuarios hacia los especialistas dentro de la misma unidad. El resto de los servicios, tales como de apoyo diagnóstico y de niveles II y III, se contratan con IPS particulares (véase el gráfico 3).

GRÁFICO 3
UNIDADES DE ATENCIÓN BÁSICA



- Esta modalidad de contratación es muy atractiva para muchas EPS porque permite contener costos y fortalecer y enfatizar el papel del médico general; sin embargo desde el punto de vista del especialista la situación se agrava, porque el sistema se desplaza hacia los generalistas. La mayoría de los servicios que se proveen en el nivel I de atención se hacen por capitación (UPC ajustada por edad y sexo) y los servicios de nivel II y III se hacen por servicio prestado o pago por servicio, según unos precios negociados entre los médicos y las administradoras. En los centros de diagnóstico se hace por capitación y en algunos casos por servicio prestado.
- Muchas EPS confirman que la principal razón de utilizar estas formas de pago es por tradición o, recientemente, porque la capitación ayuda a contener costos y es más eficiente. Además, al resolver la mayoría de los problemas en el nivel I a través de la capitación se evitan la remisión de los pacientes. Casi todas las EPS utilizan *gatekeepers* para todos los servicios, es decir, consultas, hospitalización, consultas con especialista y exámenes de laboratorio. Sin embargo, con algunos contratistas las EPS sí han tenido problemas para evitar la alta remisión. En ciertos casos, el método de pago de

capitación ha incentivado a los médicos a formar asociaciones, sobre todo para el manejo de altos volúmenes de pacientes. Las EPS explican que a través de la capitación se ha visto un cambio particular en la reducción de costos por paciente/día, más que en estancia hospitalaria, capacidad hospitalaria o en costos administrativos del hospital, con la excepción del ISS donde no se ha podido evaluar el impacto. El ISS inició un sistema de pago basado en "paquetes de diagnóstico" (estilo DRG's) y a la fecha tienen más de 60 definidos. En esta institución el pago del servicio a través de paquetes y no por servicio prestado ha contribuido a incrementar la eficiencia y a controlar la utilización.

- Todas las formas de contratación implican un riesgo, es decir, la posibilidad de asumir un costo inesperado. Se hizo esta pregunta a todas las EPS e IPS y en su mayoría respondieron que a través de la capitación el riesgo es casi siempre compartido, salvo que en algunos casos pueden ser las EPS, si la UPC es incorrecta, y en otros casos las IPS, quienes asumen el riesgo financiero por sus ineficiencias administrativas internas.
- En la gran mayoría de las EPS entrevistadas los contratos se hacen por un año, con excepción del ISS donde los contratos pueden durar entre dos y 12 meses. Razones para la cancelación de contratos son: quejas de los usuarios, mala calidad en la prestación del servicio, irregularidades en el pago o recobro, y excesivas remisiones.
- Casi todos los contratos ofrecidos contienen servicios similares: Plan Obligatorio de Salud (POS), Planes Complementarios (PAC) y en algunos casos planes para el régimen subsidiado. Las EPS compiten entre ellas por captar afiliados a través de la libre escogencia, y mediante el contenido de los planes complementarios. Vale la pena anotar que existen muchos vacíos en la reglamentación del PAC, por lo cual no es explícito el contenido del paquete. Muchos planes complementarios se diferencian por la prima, el contenido,⁴ el grado de escogencia entre los proveedores, y la red propia de proveedores. La medicina prepagada, que dominaba el mercado privado antes de la reforma, se sigue ofreciendo a estratos altos de la población; por

4. Tratamientos cosméticos y cirugías, ortodoncia, tratamiento de enfermedades crónicas, trasplantes, medicamentos especiales y equipamiento especial (silla de ruedas, muletas, etc.).

consiguiente, no existe una distinción explícita entre los planes y la medicina prepagada. Además, con la existencia de tantos paquetes, muchas EPS consideran que se pone en peligro el principio de alcanzar un "paquete universal"; el riesgo es que se vuelvan paralelos con el POS y se pague dos veces por el mismo contenido. El ISS ofrece solamente el POS.

- Muchas EPS se quejan de que han tenido problemas con la contratación de algunos servicios en ciertas zonas del país donde en la práctica no permiten el funcionamiento de la ley 100 y por lo tanto oponen mucha resistencia. Servicios como anestesia, neurocirugía, medicina nuclear y en algunas instancias servicios de urgencia, se encuentran entre los más difíciles de contratar. Esto se debe a la escasez en la oferta de servicios sobre todo en pequeñas ciudades, ya sea por la mala calidad de la prestación o por malas tarifas.
- Al problema de las malas tarifas se le suma el de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) que no alcanza a cubrir los gastos de las EPS, asunto que se halla sobre la mesa del gobierno desde la aprobación de la nueva reforma. Según el sector de las EPS, persisten varias distorsiones del tema que han quedado sin resolver, por ejemplo: 1) el gobierno no ha controlado los insumos a través de las normas de unificación pertinentes; 2) el gobierno impuso una rebaja a la UPC sobre la establecida en un comienzo, debido más a problemas en la subcuenta del Fondo de Solidaridad y Garantía, que a la razón técnica de que el plan de salud tenga ese valor real, pero a la fecha no se le ha hecho el ajuste técnico necesario a la UPC, y; 3) el aumento de la UPC en el porcentaje de la inflación no se compadece con el incremento en el índice de precios del sector.
- El ISS ha terminado contratos con IPS que discriminan a sus afiliados. Estas mismas IPS no reconocen las tarifas del ISS e insisten en el pago de las tarifas SOAT que suelen ser más costosas (más adelante veremos el problema que se está generando en el sector por la falta de un sistema unificado de tarifas). Las tarifas ISS y SOAT tienden a exceder los costos promedio de los servicios. El conjunto de EPS entrevistadas utilizan las tarifas SOAT, pero en muchos casos tratan de establecer sus propias tarifas y se pagan por servicio prestado. Una de las EPS entrevistadas relató que muchas de las IPS públicas no contratan servicios con ellos porque perciben como inadecuadas las tarifas del ISS y del SOAT; por consiguiente, estas EPS prefieren

contratar los servicios con IPS particulares o privadas y negocian sus propias tarifas.

- Aparte del problema con las tarifas, para las EPS es más fácil contratar los servicios con particulares porque no tienen que enfrentarse con obstáculos como la burocracia, la falta de sistemas de costos y, a veces, de una contabilidad sencilla. Muchas EPS utilizan cuotas moderadoras y copagos, con la excepción del ISS por una decisión política interna de este instituto. *Ello ha generado un ambiente de malestar entre las EPS privadas y el ISS, porque consideran que este último siempre tendrá ventaja mientras siga siendo el que financia y provee los servicios. Debido a ello muchas EPS no contratan con el ISS porque estiman que no existe una competencia justa. El ISS no hizo comentarios con respecto a este cargo. Vale la pena mencionar que estas cuotas moderadoras y copagos no han sido regulados en su totalidad y están creando problemas a las EPS. No existe claridad sobre los montos previstos originalmente por la ley 100, las categorías para las cuotas y copagos no han sido simplificadas y no se ha establecido un régimen de cuotas y copagos para quienes realicen deportes peligrosos o no adopten conductas de autocuidado de la salud; por tal motivo las EPS han asumido gastos innecesarios ante la falta de claridad. Además, las EPS perciben una competencia desleal en el sector debido a la ausencia de vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud, pues esta entidad no ha establecido reglas claras sobre la capacidad máxima de afiliación ni sobre el contenido de los contratos que se elaboran o el contenido de los planes complementarios mencionados anteriormente.*
- El presidente de la asociación de hospitales, representante de las IPS, con quien se sostuvo una entrevista, informó que sí se percibe un cambio evidente en cuanto a la capacidad de las IPS, caracterizado especialmente por el esfuerzo de todas las entidades por tener una mejor información administrativo-financiera, lo que les ha permitido tomar decisiones con mayor seguridad. También es evidente el esfuerzo por mejorar su dotación de equipos y la presentación de sus instalaciones, todo con el fin obviamente de poder competir mejor. Con este mismo propósito la mayoría de las instituciones acomodaron sus sistemas administrativos y financieros y su personal ha tomado una actitud competitiva. A pesar de esto, las IPS opinan que de ninguna manera se ha logrado una competencia justa

entre las EPS y las IPS. En gran parte el problema se debe a que el Ministerio no ha establecido tarifas justas en el caso del SOAT ni en el de todas aquellas obligatorias, y que la vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud ha sido injusta, pues se ha dedicado a fiscalizar principalmente a las IPS, manteniendo un control muy parcial sobre los demás componentes del sistema. Las EPS son mucho más fuertes y el Estado de cierta manera ha ayudado a ese desequilibrio, porque la ley permite que las EPS presten servicios directamente y la vigilancia sobre ellas ha sido menos drástica que sobre las IPS, no obstante que las EPS, ostentan mayor poder económico. La circunstancia que más afecta las IPS es que la carencia de un sistema uniforme de contabilidad de costos en las instituciones, y lo que es peor, la mayoría de sus administradores no perciben la importancia de tener dicho sistema, lo que podría llevar a la bancarrota a muchas de ellas.

- Los ingresos económicos de las IPS se han visto afectados principalmente por las tarifas SOAT que perjudican al sector de la salud en su totalidad. Por ejemplo, en los primeros meses de 1996 las IPS atravesaron por una situación de iliquidez, que ha llevado a postergar pagos a los proveedores de medicamentos e insumos. También se han presentado graves demoras en el pago de los servicios por parte de la mayoría de las EPS, de manera que la cancelación oportuna a 30 días, es realmente una rareza. Entretanto, la mayoría de las obligaciones de las IPS son inaplazables, sobre todo las de índole laboral. Según el entrevistado, el desfase entre las tarifas y el aumento de costos para hospitales y clínicas sobrepasa el 30% en este año. Dadas estas condiciones, las IPS consideran urgente abordar el tema de las tarifas SOAT, convertidas por muchos en las tarifas guías de todo el sistema. El problema reside en que éstas no sólo se han convertido en un mecanismo de remuneración, sino que están regulando todo el sistema de seguridad social.

3. Observaciones sobre la calidad y la tecnología

- El tema de la competencia nos lleva hacia el estado de la calidad bajo estas nuevas modalidades de contratación y pago. Para muchas EPS la calidad se mantiene desde antes de la reforma, sin embargo

la introducción de la competencia regulada al sector ha hecho que las organizaciones se modernicen y se armen de elementos básicos de eficiencia técnica. El gobierno no ha establecido los estándares mínimos de calidad porque no está claro a quién le corresponde, si al nivel local, regional o nacional. Las EPS han establecido sistemas para el manejo de quejas a fin de proteger al consumidor y poder *dar soluciones inmediatas*. En muchos casos, las EPS están utilizando sistemas de credenciales y reclutamiento para asegurar la calificación de los médicos y proteger al usuario. Para la mayoría de las EPS entrevistadas, el costo administrativo de las entidades se ha incrementado a fin de poder asegurar una mejor calidad de atención al consumidor. Este incremento ha sido a costa de los médicos, ya que muchas veces por mejorar la calidad de servicios se le exige mucho más al médico, pero sin ninguna compensación remunerativa. Desde el punto de vista de los médicos entrevistados, no existe ningún incentivo para la entrega de una provisión de servicios de alta calidad. Tampoco existe evidencia de que los médicos estén utilizando tratamientos o procedimientos más costo-efectivos bajo estas modalidades de pago. Algunas EPS están iniciando "protocolos de atención" para que los médicos cumplan con un estándar mínimo de calidad.

- Para muchos profesionales la dignidad médica se ha visto considerablemente menoscabada en su oferta laboral, sin que hayan sido tenidos en cuenta en la formulación de la nueva ley. El médico comienza a compensar volumen con tiempo; el trato humano, la atención integral y la preocupación por aspectos diferentes del síntoma principal, se convierten en lujos innecesarios. Ellos consideran que los consultorios, los equipos e incluso los pacientes se rotan entre varios médicos para maximizar utilidades de las EPS. Las actuales formas de pago no incentivan la preparación invertida ni la experiencia adquirida,⁵ los médicos no se sienten partícipes de las empresas, que no velan por la protección de sus intereses. En muchas instancias los médicos consideran que están regalando su

5. Según un pediatra entrevistado, por una consulta médica con medicina prepagada se le pagaba \$18 000 y con el POS se paga \$6 400. Se está afectando la tecnología, pues muchas EPS no invierten en aparatos especiales. Los pagos se demoran por fallas en el sistema. Una ginecóloga entrevistada contó que por asistir un parto le pagan \$18 000.

trabajo, especialmente si los beneficiados no son pacientes de bajos recursos sino, según ellos, empresas burocráticas. Desde su punto de vista, cada día se deteriora más la calidad de vida de los profesionales de la medicina y se amenaza el futuro de la salud de los colombianos. Estiman que la calidad y la adecuada remuneración de los servicios prestados son dos puntos que requieren la máxima atención y deben ser preocupación de todo el sistema. Muchos médicos han optado por plegarse al cambio, asociándose y constituyendo pequeñas o medianas IPS con grandes inversiones en tecnología, asumiendo que los ingresos del laboratorio clínico, de las imágenes diagnósticas o de los tratamientos ricos en tecnología compensan los ingresos perdidos por la consulta médica.

- Las EPS han creado juntas de aprobación para controlar los altos costos de la tecnología y así no comprometer la calidad. Curiosamente, muchas EPS no han establecido criterios para evaluar o priorizar la necesidad de nuevas tecnologías. Hasta el momento es difícil concluir si la adquisición de nueva tecnología está sujeta a la UPC, aunque todas las EPS entrevistadas consideran que no es suficiente para nuevas inversiones en tecnología. Finalmente, dado que la forma de pago a las IPS sigue siendo el pago por servicio, esto ha causado un incremento en ciertos procedimientos tecnológicos.

V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Esta sección presenta las conclusiones del estudio y las recomendaciones más importantes que provienen de la evaluación de los logros y los problemas encontrados entre las EPS y las IPS.

Se observa que la aplicación de la reforma no está aún madura para poner en práctica complejas formas de contratación o mecanismos de pago, por lo tanto el gobierno debe concentrarse en cultivar las condiciones mínimas para desarrollar el modelo de competencia regulada que introdujo la ley 100. Para que la reforma tenga éxito existen algunos requerimientos que se deben cumplir, como:

1. La existencia de adecuados sistemas de información para realizar un seguimiento de la utilización, costos y calidad de los servicios prestados

Es necesario reducir la cantidad de requerimientos innecesarios y duplicidad de información de las IPS y de las EPS. El sistema necesita urgentemente un sistema uniforme a nivel nacional de contabilidad de costos e información clínica, al igual que la revisión completa de las tarifas del SOAT y del ISS, utilizando costos confiables y de alta calidad. Según las IPS entrevistadas, existen sistemas de información para facturación, nómina, contabilidad y registros clínicos, pero la mayoría son manuales y no computarizados. Al no ser así, las IPS seguirán contratando los servicios de nivel II y III por servicio prestado y el objetivo de contenimiento de costos y uso racional no se cumplirá. Asimismo, el Ministerio y la Superintendencia de Salud deben fortalecer sus sistemas de información para que la regulación del sistema y la fijación de la UPC funcionen. Los criterios para la fijación de la UPC deben ser transparentes con el fin de establecer una buena relación entre las EPS, IPS y el Estado.

2. Una mayor capacidad de gestión y de organización para que las EPS y las IPS puedan operar eficientemente

Aunque las IPS están demostrando algunas capacidades de preparación para el nuevo modelo de atención, siguen careciendo de asistencia técnica. Por ejemplo, los administradores de las IPS necesitan entrenamiento en contratación, es decir, las IPS necesitan herramientas gerenciales, planes estratégicos y conocimiento sobre el mejoramiento de la calidad.

3. Fortalecimiento del papel regulador del Estado

En este momento su ausencia es evidente, lo cual ha permitido que existan asimetrías en la información, no sólo entre las EPS e IPS sino entre las EPS/IPS y los usuarios; por consiguiente, se está favoreciendo el desarrollo desigual de las fuerzas del mercado de salud. Las normas que se les han impuesto a todas las EPS se deben aplicar también al ISS, asegurando la competencia leal entre las EPS.

Sin embargo, sí se están aplicando determinados mecanismos para introducir paulatinamente las diversas formas de pago con el fin de que la salud se convierta en un mercado más competitivo. Como conclusión convincente, se observa que las EPS están utilizando diversas formas de la competencia regulada, especialmente para contener costos. En ciertos casos, algunas EPS están construyendo sus propios centros ambulatorios o de atención primaria en donde existe una provisión de los servicios y un sistema de referencia y contrareferencia a los especialistas y hospitales. Por otro lado, otras EPS contratan los mismos servicios con grupos de médicos o asociaciones, conservando la función de *gatekeepers*. Se observa comúnmente el pago por servicio, la capitación, el pago por salario y, en algunos casos, una mezcla de la capitación y el pago por servicio. Esto ofrece ventajas para la puesta en ejecución de formas de contratación más eficientes en el mediano y largo plazo, y está acorde con las realidades del país y la actual capacidad institucional.

BIBLIOGRAFÍA

- Aas, Monrad, I.H. (1995), "Incentives and financing methods", *Health Policy*, N° 34.
- Banco Mundial (1993a), "The Organization, Delivery and Financing of Health Care in Brazil. Report 12655-BR", Departamento Geográfico I, América Latina y el Caribe, División de Recursos Humanos, Washington, D.C.
- (1993b), *Invertir en salud. Informe sobre desarrollo mundial, 1993*, Nueva York, Oxford University Press.
- Barnum, Howard, Joseph Kutzin y Helen Saxenian (1994), "Incentives and Provider Payment Methods", World Bank Technical Paper, Washington, D.C.
- Bodneheimer, Thomas y Kevin Grumbach (1994), "Reimbursing physicians and hospitals", *Journal of American Medical Association*, vol. 272, N° 12.
- Coulam, Robert F. y Gary L. Gaumer (1992), "Medicare's prospective payment system: A critical appraisal", *Health Care Financing Review. 1991 Annual Supplement*.
- Esguerra, Roberto (1996), "Aún no es hora de reformar la Ley 100", inédito.
- Gutiérrez, Catalina y otros (1994), "Las formas de contratación entre prestadoras y administradoras de salud: sus perspectivas en el nuevo marco de la seguridad social", GEHOS, Santafé de Bogotá.
- Ministerio de Salud/Universidad de Harvard (1996), "Report on Colombia Health Care Reform and Proposed Master Implementation", Santafé de Bogotá.

- Oxley, Howard y Maitland MacFarland (1994), "Health care reform controlling spending and increasing efficiency", *Economic Department Working Papers* N° 149, Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE), París.
- Van de Ven, Wynand P.M.M. y René C.J.A. Van Vliet (1992), "How can we prevent cream skimming in a competitive health insurance market?", *Health Economics Worldwide*, Peter Zweifel y H.E. Frech III (comps.), Dordrecht, Países Bajos, Kluwer Academic Publishers.