

REGULACION PRUDENCIAL PARA EL SECTOR DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD: EPS REGIMEN CONTRIBUTIVO.

Carlos Eduardo Ruiz Villarreal
Consultor Ministerio de la Protección Social

- Aspectos básicos de Economía Institucional de la salud.
- Caracterización de sectores que manejan riesgos por cuenta de terceros.
- La regulación de la solvencia y sus principios rectores: margen de solvencia, reservas técnicas y la gestión de riesgos.
- Los decretos 574 y 1698 de 2007 y su aplicación.

TEMARIO

Aspectos básicos de Economía Institucional de la salud

Los incentivos, los conflictos de agencia, el azar moral y la regulación e intervención del estado.

En la literatura tradicional (P. Musgrove, 2000) se ha establecido que el estado tiene cinco instrumentos para influenciar el comportamiento de los participantes en el aseguramiento en salud:

- Crear y diseminar información.
- Regular la actividad privada
- Hacer ciertas actividades obligatorias para empresas e individuos
- Financiar directamente servicios relativos a la salud
- Suministrar servicios de salud a través de facilidades públicas

Definir la manera de usar o combinar las anteriores alternativas, debe partir de una definición de los roles asignados a lo público y lo privado

Cómo puede intervenir el estado?

- Con la Ley 100 y sus desarrollos posteriores, se ha dibujado ya un mensaje claro sobre la manera que se combinan las anteriores 5 alternativas.
- Se favorece la actividad del sector privado o de entidades públicas actuando bajo condiciones de competencia, aún desde actividades con grandes externalidades (como las de promoción de la salud y prevención de la enfermedad) hasta las atenciones individuales de Alto costo.

Colombia tomó una decisión

- En este contexto, resulta claro que el peso de la intervención estatal debe recaer en el punto de la regulación. La regulación busca entonces determinar cómo la actividad de los actores (públicos y privados) debe ser llevada a cabo.
- De acuerdo a Musgrove: " Los gobiernos pueden influenciar la actividad privada en el sector salud, combinando regulaciones con algunos incentivos financieros para compensar costos pero sin incluir financiación pública."

Por tanto, cae un gran peso en la regulación.

- La regulación, como en otros sectores similares, busca influenciar los resultados de la actividad, alineando los incentivos de los participantes (públicos y privados) influyendo en los conflictos de agencia presentes y reduciendo el azar moral presente en varios de los eslabones de la cadena de aseguramiento.
- Una prudente toma de riesgos.
- Solvencia: capacidad de atender todas las obligaciones.

El objetivo básico

- “ El sector salud es ni justamente igual a cualquier otro sector de la economía, ni totalmente distinto de ellos. Mientras que ninguna de la razones para la intervención del estado es única para el sector salud, ciertamente las fallas de mercado son peores allí que en cualquier otro lado de la economía” (Musgrove)
- “Para aquellas actividades que no tienen que ser financiadas por el estado, y las cuales pueden ser suministradas privadamente a consumidores no pobres, el ‘Pooling’ de riesgos a través del aseguramiento privado es teóricamente la solución financiera eficiente”

Unas premisas básicas.

LOS PROBLEMAS Y CONFLICTOS A SOLUCIONAR

- Los bienes públicos, como la inmunización;
- Las intervenciones de bajo costo, que normalmente ya habían sido parcialmente privadas;
- Las atenciones catastróficas, en nuestro caso con atención privada y financiación pública.

Aseguramiento vs los dominios de cuidado de la salud: ámbito de lo público y lo privado.

- Los bienes públicos son aquellos de los que los demás consumidores no pueden ser excluidos de su disfrute.
- Desde que la gente puede consumir estos bienes sin tener que pagar por ellos, nadie los producirá para la venta.
- En salud estamos hablando de asuntos como control de vectores de enfermedad, saneamiento básico, inmunización. La mayoría de las actividades en esta categoría son preventivas.

El caso de los bienes públicos y la necesidad de regular.

- Las Administradoras de planes de beneficio tienen que ver mucho con estas actividades, directamente a través de PYP, o por la información que tienen respecto a las causas de enfermar de sus afiliados, y podrían no tener el incentivo de ejecutarlas, ya que podrían recibir el beneficio del desarrollo sectorial

El caso de los bienes públicos y la necesidad de regular.

- La extensión con que el modelo de aseguramiento en salud delega funciones referentes a la provisión de bienes públicos con grandes externalidades a entes privados (o que actúan como tales), hace necesario que se induzca la implementación de un sistema de administración de riesgos por parte de las administradoras de planes de beneficio.

El caso de los bienes públicos y la necesidad de regular.

- Azar moral: Es la forma de oportunismo post-contractual que aumenta porque las acciones que tienen consecuencias efectivas no son libremente observables. Las personas que toman decisiones pueden escoger perseguir sus intereses privados a costo de los intereses de la otra parte.
- Conflicto de Agencia: En realidad debería llamarse problema del agente, este es una persona legalmente autorizada por otra para actuar en nombre e interés de otros(principal). Presentándose normalmente que los intereses y objetivos de unos y de otros son distintos.

**Fallas de mercado en el
aseguramiento.**

- La primera diferencia, es el interés asegurable, que es claramente definible en un seguro de cosas, como un valor de un activo asociado a una renta o determinado en un mercado, y, por tanto, la valoración del costo de la cobertura es mas acertada.
- Una segunda diferencia fundamental, es que el aseguramiento en salud permite en mayor extensión un “mantenimiento preventivo” y la “reparación”, pero no el reemplazo del capital dañado.
- El riesgo para el aseguramiento en salud es mas difícil de estimar por la mayor complejidad de los factores que determinan la salud humana, además, de la amplia gama de posibles tratamientos, que difieren a su vez en costo, resultados y riesgos.

Algunas complejidades respecto al aseguramiento de bienes.

- Cuando alguien distinto al usuario acuerda pagar por la salud de éste, existe, como en todos los contratos de este tipo, un incentivo para que el asegurado se comporte distinto por estarlo. Consecuencia importante es que los consumidores que no pagan el costo total del cuidado en salud, consumirán más de este.
- Las personas ya no sólo consumen más cuidado de salud "corriente", sino que consume cuidados que cuestan mucho más, y cuya erogación no está en relación directa con su efectividad, teniendo rendimientos marginales muy bajos en la mejoría de la salud pública

Azar moral

- El azar moral es característico de todo tipo de aseguramiento, pero es menos pronunciado en los sectores diferentes a la salud, ya que en estos no se cubre el mal uso de los bienes o se penaliza el uso y el abuso del activo subyacente, situación inaplicable en el caso de la salud.

Azar moral

- Existen problemas de agencia en cascada.
- Los de siempre entre accionistas y administradores.
- Entre afiliados y accionistas y/o administradores.
- Entre la sociedad y los accionistas y administradores.
- A veces hasta los médicos no son buenos agentes de la gestión de la salud del paciente(el principal).

Una cadena de conflictos de agencia.

- Muchos problemas nacen de la ignorancia, considerando que la gente tiende a sobreestimar pequeños riesgos y, además, no debe pagar mucho por este sobrecosto relacionado con una solicitud injustificada de servicios médicos.
- La selección adversa de parte de los consumidores y la selección de riesgos por parte de los aseguradores; son otros. en el primer caso, en Colombia.
- La única solución es detectar estos pacientes a la entrada y dirigirlos a los programas de promoción y prevención que les aplique.

Asimetría: los consumidores, los aseguradores y en general todos los agentes participantes en el sistema de aseguramiento en salud poseen solamente información incompleta

- Un mercado que se basa en la incertidumbre y el riesgo tiene insuficiente información por parte de algún actor, la primera causa de la existencia de un seguro es porque los individuos no pueden conocer qué va a pasar con su salud, a esta incertidumbre debemos agregar la información asimétrica.
- Los consumidores no están dispuestos a revelar a los aseguradores los riesgos que sobre su salud conocen; sólo ellos conocen cómo la existencia de un seguro cambiará su comportamiento; así como los aseguradores conocen mejor que sus afiliados el riesgo promedio de salud y los costos asociados a la atención.

Pero hay mas participantes en la cadena en donde la asimetría de la información también existe: entre los pacientes y los médicos y entre los médicos y quienes los contratan.

- El exceso de gasto médico al existir , ya que en la cobertura universal se presenta aseguramiento de atenciones que podrían mejor atendidas por gastos de bolsillo.
- El interés de terceros de acceder a las inmensas rentas que genera el sistema.
- Necesariamente algunos terminan pagando por el cuidado medico adicional consumido por otros asegurados.

Las situaciones que debemos enfrentar por los expuesto.

CARACTERÍSTICAS DE LAS ORGANIZACIONES QUE ADMINISTRAN RIESGOS POR CUENTA DE TERCEROS.

Incentivos a la toma de excesivos riesgos y su
corrección

- El negocio de seguros está relacionado con la incertidumbre y el riesgo, al evaluar el desempeño de este tipo de negocios se hace con referencia al aspecto de incertidumbre en los eventos.
- De otra parte, el negocio de seguros es de ciclo inverso, normalmente primero se paga el servicio y este es recibido tiempo después, si el hecho incierto que cubre el seguro ocurre.
- Existen incentivos a los administradores a tomar excesivos riesgos, ya que las situación de conflicto de agencia y *moral hazard* –*riesgo moral*-, son aún más pronunciados en el sector asegurador.

**No es asunto de “malas personas”
es de “incentivos buenos y malos”**

- El derivado del cambio de la probabilidad de ocurrencia del riesgo asegurado por la existencia del seguro.
- El derivado de las acciones temerarias de administradores y propietarios, por la imposibilidades de todos los demás actores de determinar la situación real de los negocios del asegurador, máxime cuando una parte de los pasivos no están materializados, apenas son estimados, y así se usen sofisticados cálculos para calcularlos, pueden ser sujetos a manipulación.

No olvidemos el Azar Moral: dos tipos

- La característica del ciclo de negocios inverso, que supone que parte de los pasivos sean estimados, le permite a administradores y propietarios, cuando hay vacíos de regulación, trasladar a periodos ulteriores la revelación de los resultados de sus decisiones de negocios, creando un ambiente propicio para el azar moral, que se da cuando es posible a administradores ocultar los resultados de sus decisiones.

Problemas de revelación contable e información asimétrica.

UNA REGULACIÓN DE LA SOLVENCIA

LA RESPUESTA
ENCONTRADA