

Comentario Económico del día

Director: Sergio Clavijo
Con la colaboración de Ekaterina Cúellar

Septiembre 6 de 2018

Contratos de largo plazo: el caso de la salud

Anif ha venido señalando cómo el mercado de corto plazo y sus determinantes del precio de intercambio de bienes y servicios son diferentes a los del largo plazo (bien por la incertidumbre o porque los considerandos deben ser otros), tal como lo anticiparon los Premios Nobel de Economía Coase, Hart y Holmström. Ello es particularmente relevante en el caso de los arrendamientos, los costos de educación y, ni más ni menos, los costos para preservar la vida a través de la buena salud (ver *Comentario Económico del Día* 18 de octubre de 2017).

En este último frente de la salud, habíamos mencionado cómo la medicina prepagada enfrenta una problemática importante en materia de “contratos incompletos”, por cuenta de: i) los exagerados cobros de los cánones anuales por encima de la inflación que en ocasiones realizan las EPS-prepagadas; ii) la tendencia a que clínicas-hospitales actúen con criterios de “ánimo de lucro”; iii) el elevado costo de traslado a otra EPS-prepagada por cuenta de las cláusulas de “pre-existencias”; y iv) el conocido problema de “selección adversa”, donde las EPS prefieren pacientes jóvenes que no demanden servicios vs. pacientes viejos y/o personas con historial enfermizo. Veamos esto con algún detalle.

Al analizar los costos de la salud en Colombia, se observa cómo los precios del sector acumulan un aumento del 22% por encima de los precios totales

durante las últimas décadas (ver gráfico adjunto). Allí los rubros que exhiben mayores incrementos respecto a la inflación total han sido: i) el aseguramiento (58% de sobre costo durante 2000-2018), particularmente el privado (66% de sobre costo), debido al aumento en el valor de las primas y donde se ha observado una mayor disponibilidad de información sobre las pre-existencias de los afiliados; y ii) los medicamentos (30% de sobre costo), lográndose algo de estabilización recientemente gracias a la política de control de precios de los medicamentos del Min-Salud, con ahorros cercanos a \$7 billones en el último quinquenio (ver *Comentario Económico del Día* 3 de mayo de 2018).

Esto evidencia los elevados incrementos de la medicina prepagada, la cual se rige actualmente por la Ley 1438 de 2011, bajo un criterio de “libertad vigilada”. En la práctica, la Supersalud y el Min-Salud han decidido no intervenir en este frente considerando: i) la prioridad que se le ha dado a las problemáticas de las EPS-obligatorias (con cubrimiento prácticamente universal del 98% de la población) vs. las EPS-prepagadas (con cerca de un millón de afiliados, es decir, una cobertura de solo el 2%); y ii) la falta de claridad sobre el papel de la Supersalud en dicha vigilancia, pues la reglamentación resulta ambigua al indicar que se debe realizar una supervisión aleatoria *ex-post* y a la vez *ex-ante* a la comercialización.

Continúa

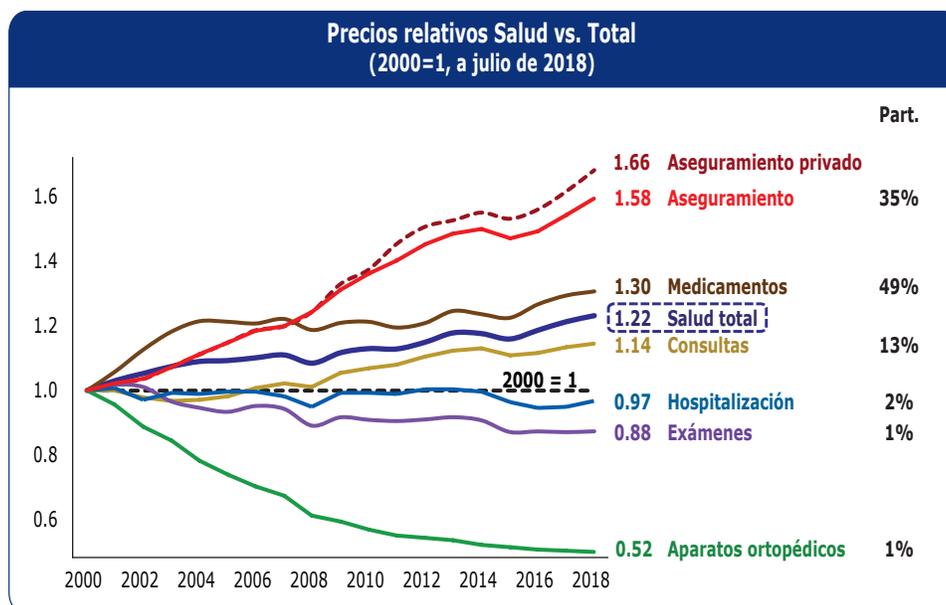
Director: Sergio Clavijo
 Con la colaboración de Ekaterina Cúellar

Allí el Estado debería exigir que los contratos al ingreso de las EPS-prepagadas estipularan los anclajes del canon a nivel inter-temporal, cuyo criterio básico debería ser el IPC. Solo se deberían aceptar (*ex-ante* y a la hora del ingreso a la EPS) los saltos en costos de IPC por razones etarias y de género. Estos “saltos” en la tarifa anual deberían quedar claramente estipulados desde el inicio del contrato, para así evitar sorpresivos ajustes que desborden la inflación. Recordemos que el grueso de los ingresos de la población se reajusta simplemente con la inflación y que esa clientela está prácticamente “cautiva”, pues no existen opciones de traslado.

Adicionalmente, se requiere revisar el “arbitraje regulatorio” que existe entre las EPS-prepagadas y las compañías de seguros que ofrecen pólizas de salud. Ello debido a que, pese a que ambas ofrecen el mismo servicio, las primeras son vigiladas por la Supersalud y las segundas por la Superfinanciera. Al respecto se ha venido proponiendo que dicha vigilancia esté a cargo de la Supersalud en lo relacionado con la prestación del servicio de salud (propriadamente dicho) y la Superfinanciera en lo referente a los indicadores de capital y prudenciales.

En síntesis, resulta necesario “completar los contratos de largo plazo” con las cláusulas legales perfectamente delimitadas en el tiempo, lo cual protege a los pacientes en el sector salud. Así, los hospitales-clínicas deben hacer planeación presupuestal de largo plazo, tal como lo exigen sus contratos. Es totalmente inequitativo que las EPS-prepagadas decidan ajustar sus ingresos en el camino con su clientela de largo plazo. Si se requieren ajustes, la teoría económica de “contratos incompletos” diría que solo queda la opción de ajustar sus ingresos con base en la nueva clientela, pues la vigente se vinculó con expectativas delimitadas por la Ley y por los contratos de largo plazo.

De lo contrario, se corre el riesgo de continuar desincentivando la afiliación a la medicina prepagada, más cuando se tienen en cuenta factores como: i) la ampliación del acceso a los servicios de la salud con el “POS ampliado” aprobado en la Ley Estatutaria de Salud; y ii) la disrupción tecnológica que ya le está permitiendo a la población tener un mejor monitoreo de su estado de salud a costos muy razonables (ver *The Economist*, “Data and medicine: A revolution in health care is coming”, febrero 1° de 2018).



Fuente: cálculos Anif con base en Dane.