



Opciones de políticas para la gestión eficiente de tecnologías no cubiertas con recursos asignados a la UPC

18 de diciembre 2017

El Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud - IETS, es una corporación sin ánimo de lucro, de participación mixta y de carácter privado, con patrimonio propio, creado según lo estipulado en la Ley 1438 de 2011. Su misión es contribuir al desarrollo de mejores políticas públicas y prácticas asistenciales en salud, mediante la producción de información basada en evidencia, a través de la evaluación de tecnologías en salud y guías de práctica clínica, con rigor técnico, independencia y participación. Son socios del IETS el Ministerio de Salud y Protección Social, el Instituto Nacional de Vigilancia y Medicamentos (INVIMA), el Instituto Nacional de Salud (INS), el Departamento Administrativo de Ciencia, Tecnología e Innovación (Colciencias), la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina (ASCOFAME) y la Asociación Colombiana de Sociedades Científicas (ACSC).

PROESA es un centro evaluador del IETS cuya misión es realizar investigación de alta calidad, diseminar el conocimiento y proveer orientación imparcial y objetiva para las políticas en protección social y economía de la salud.

Equipo de trabajo

Sergio I. Prada. Economista, Ph.D. en Políticas Públicas, PROESA.

Victoria E. Soto. Economista, Ph.D. en Ciencias de la Salud Pública, PROESA.

Ramiro Guerrero. Economista, Ph.D. (C)

Ana M. Pérez Castaño. Economista, Ms. en Economía aplicada, PROESA.

Johan S. Loaiza. Economista y Negociador Internacional, PROESA.

María C. Saavedra. Estudiante de Economía y Negocios Internacionales, PROESA.

Brenda M. Coll Tello, Médica – Rural, PROESA – FVL.

Agradecimientos

Fuentes de financiación

Ministerio de Hacienda y Crédito Público e Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud – IETS. Convenio Interadministrativo 8002 de 2017.

Conflictos de interés

Los autores declaran, bajo la metodología establecida por el Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud - IETS, que no existe ningún conflicto de interés invalidante de tipo financiero, intelectual, de pertenencia o familiar que pueda afectar el desarrollo de este estudio.

Declaración de independencia editorial

El desarrollo de este estudio, así como sus conclusiones, se realizaron de manera independiente, transparente e imparcial por parte de los autores.

Derechos de autor

Los derechos de propiedad intelectual del contenido de este documento son de propiedad conjunta del Ministerio de Hacienda y Crédito Público y el Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud - IETS. Lo anterior, sin perjuicio de los derechos morales y las citas y referencias bibliográficas enunciadas.

En consecuencia, constituirá violación a la normativa aplicable a los derechos de autor, y acarreará las sanciones civiles, comerciales y penales a que haya lugar, su modificación, copia, reproducción, fijación, transmisión, divulgación, publicación o similares, parcial o total, o el uso del contenido del mismo sin importar su propósito, sin que medie el consentimiento expreso y escrito del Ministerio de Hacienda y Crédito Público y el Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud.

Correspondencia

Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud - IETS

Carrera 49A # 91 – 91

Bogotá, D.C., Colombia.

www.iets.org.co

subdireccion.etes@iets.org.co

© Ministerio de Hacienda y Crédito Público e Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud, 2017.

Tabla de contenido

1. Introducción.....	5
2. ¿Cómo definir qué debe comprarse con recursos públicos?.....	5
2.1. Mejorar la calidad de la información y hacerla pública.....	5
2.2. Continuar con el mecanismo participativo de exclusiones.....	6
2.3. Inclusión basada en guías de práctica clínica y sólida evidencia de costo efectividad.....	6
2.4. Análisis crítico de productos nutricionales y servicios complementarios.....	10
2.5. Establecer de manera clara un mecanismo de priorización para inclusiones de alto valor en el total de los recobros.....	11
2.6. Mejores modelos de gestión de las tecnologías no incluidas en el PBS por las EPS.....	13
3. Opciones en materia de regulación de precios.....	14
3.1. Continuar regulando precios para medicamentos de alto valor.....	14
3.2. Opción para la regulación de medicamentos en combinación.....	14
3.3. Regulación del margen de dispensación.....	16
4. Modelos alternativos de gestión de compra al reembolso.....	18
4.1. Centros de excelencia para las enfermedades huérfanas.....	18
4.2. Modelos de agregación de demanda para EPS.....	21
5. Reforma a los mecanismos de pago.....	24
5.1. Mecanismo de reaseguro ADRES y EPS.....	24
5.2. Opciones de regulación de la unidad de transacción entre EPS e IPS.....	28
6. Resumen y conclusiones.....	29

1. Introducción

Este documento presenta el análisis de la información de los recobros por tecnologías no incluidas en el PBS y las recomendaciones de política para una mejor gestión de los mismos.

2. ¿Cómo definir qué debe comprarse con recursos públicos?

La existencia de tecnologías en salud y otros bienes y servicios pagados con recursos públicos por fuera del plan de beneficios mediante la modalidad de reembolso es sin duda uno de los retos más importantes de financiación del sistema de salud colombiano. Buena parte del problema de liquidez del sistema se ocasiona por el efecto de la glosa en los recobros (la diferencia entre el valor pagado y recobrado por la EPS y el valor reembolsado por el gobierno) y por la limitación de recursos públicos que ha generado un atraso en los reembolsos del gobierno a cada EPS. Idealmente, muchos de los servicios hoy comprados deberían estar excluidos del PBS o incluidos en el PBS, y no en la zona gris de los recobros. Adicionalmente, los recobros se convierten en un costo de transacción significativo para todo el sistema, pues demanda recursos humanos a lo largo de toda la cadena del recobro: el profesional de la salud, la IPS, la EPS y la ADRES.

Por esta razón dedicamos esta primera sección del informe a unas recomendaciones generales en materia de criterios orientadores para la mejor gestión de estos recursos públicos.

2.1. Mejorar la calidad de la información y hacerla pública

La base de toda buena gestión es la información. Desafortunadamente las bases de datos de recobros no están estandarizadas y tienen vacíos y errores que imposibilitan hacer análisis en profundidad. Por ejemplo no existen los campos edad, sexo y lugar de prestación. Un buen número de campos de la base de datos tienen vacíos importantes por ejemplo los campos donde deberían estar los precios y las unidades vendidas. Otros campos tienen códigos que no están estandarizados por ejemplo los de insumos y dispositivos. Es de esperar que la estandarización de la herramienta de autorización MIPRES mejore la calidad de la información del año 2017, no obstante el análisis histórico de los datos es muy importante para identificar tendencias y patrones. Cruzar la base de recobros con la base de afiliación por identificador único es una forma de bajo costo de agregar información y poder analítico a la base.

Adicional al esfuerzo de estandarizar, la base de datos completa debe ponerse a disposición de la comunidad, respetando la normatividad de Habeas Data vigente en el país. En principio esta información es pública porque el reembolso a las EPS se ha hecho con recursos públicos y existen claridad en la normatividad que información para fines científicos debidamente anonimizada es de carácter público. El gobierno tiene y promueve la transparencia en el uso de la información a través de la iniciativa “DATOS ABIERTOS: GOBIERNO DIGITAL COLOMBIA” (<https://www.datos.gov.co/>). Dos beneficios claros de esta medida son: la posibilidad de que más estudiantes y académicos analicen los datos con el fin de encontrar opciones alternativas de gestión; la otra, estaría en la apertura para

que los medios de comunicación analizaran, divulgaran y explicaran, en que se gastan estos recursos públicos.

Por ejemplo, la publicidad y mayor transparencia en prescripción de medicamentos es común en países desarrollados, en un modelo de pagador único como Estados Unidos y el seguro Medicare. Por ejemplo, en el website “Prescriber Checkup” de la ONG ProPublica <https://projects.propublica.org/checkup/> se puede consultar las prescripciones al seguro Medicare por diferentes criterios como el Médico tratante, y el lugar geográfico. El resultado arrojado por la herramienta da el número de prescripciones, el costo total, y el porcentaje que son medicamentos de marca entre otros. Sería muy difícil estimar el ahorro potencial de una medida de transparencia como esta, pero definitivamente tendría un efecto en virtud de hacer evidentes los casos extremos.

2.2. Continuar con el mecanismo participativo de exclusiones

El Ministerio de Salud y Protección Social en cumplimiento de la Ley 1751 de 2015 ha definido un mecanismo participativo para excluir tecnologías del Plan de Beneficios en Salud (PBS). A la fecha de entrega de este informe se conocen 44 servicios o tecnologías que ya han pasado por el procedimiento y que serán excluidas del PBS. El cuadro muestra el valor en 2016 de los medicamentos excluidos según esta norma por ATC. En total para 2016 las exclusiones representan una mejor gestión por cerca de 8 mil millones de pesos, entendiendo una mejor gestión por el ahorro generado.

Medicamentos excluidos del PBS valor total recobro, frecuencia y recobro promedio 2016.

Diagnósticos	ATC	Principio Activo	Valor total (millones)	Frecuencia	Valor promedio (millones)
P704	H01CB02	Octreotida	10,2	18	0,57
Todos	M01AX05	Glucosamina	2.172,1	47.753	0,05
M15	M01AX21	Diacereina	4.100,7	20.915	0,20
Todos	M01AX25	Condroitina	1.553,6	30.619	0,05
C189	V03AF02	Dexrazoxano	1,7	1	1,70
Valor Total			7.838,30	99.306	0,08

Fuente: cálculos PROESA

2.3. Inclusión basada en guías de práctica clínica y sólida evidencia de costo efectividad

El análisis de casos mostró que existen medicamentos recobrados que son considerados como primera línea de tratamiento según las guías de práctica clínica colombiana y/o algunas guías de práctica clínica producidas por sociedades científicas internacionales o institutos de evaluación de tecnologías en salud como el NICE en el Reino Unido. De igual forma existe evidencia internacional sobre la costo-efectividad de medicamentos y procedimientos e insumos que debe utilizarse como criterio de inclusión al PBS.

Los estudios de caso incluyeron análisis clínicos a profundidad de los medicamentos recobrados ante el Fosyga en 2016 para las atenciones de Cáncer de Próstata, Mieloma Múltiple, Diabetes Mellitus, VIH/SIDA y Enfermedad de Parkinson. Estas enfermedades representan una carga de enfermedad importante para el país y además en el monto recobrado por medicamentos. Se encontró que gran parte de los medicamentos recobrados se concentra en principios activos pertenecientes a tratamientos considerados como de primera línea de acuerdo a las guías de práctica clínica para cada patología.

El cuadro presenta los primeros 20 principios activos o ATC con mayor monto de recobro por línea de tratamiento para cada una de las patologías mencionadas. Para el caso de Cáncer de próstata, el principio activo Abiraterone representa cerca del 68% del total del monto recobrado para dicha enfermedad con cerca de \$49 mil millones de pesos, siendo este principio activo el único tratamiento de primera línea recobrado en Cáncer de Próstata y el que tiene mayor monto de recobros. Para las patologías de Mieloma Múltiple, Diabetes Mellitus y Parkinson se puede observar que los principios activos considerados como tratamientos de primera línea representan el 88%, 85% y 99% del total del monto recobrado para cada enfermedad. Esto indica que la mayor parte de los recobros en estas enfermedades proviene de medicamentos que han sido catalogados por su efectividad como primera opción de tratamiento, lo que es una desactualización del plan de beneficios colombiano.

En cuanto a tratamientos de segunda línea, se encuentra que el monto de recobros por estos tratamientos disminuye sustancialmente con excepción del Cáncer de Próstata, para esta enfermedad el tratamiento de segunda línea alcanza el monto de los 22 mil millones que representan cerca del 31% del monto total recobrado para esta enfermedad.

Por otra parte, están los tratamientos de tercera línea los cuales no tienen montos de recobros significativos, mientras que los principios activos para tratar complicaciones de las enfermedades y el tratamiento resultan tener un monto recobrado significativo para el caso de VIH y Diabetes Mellitus con 4 mil y 2 mil millones respectivamente. Por último, fueron identificados un grupo de principios activos que no mostraban tener efectividad comprobada o no eran recomendadas en las guías clínicas como tratamientos para las enfermedades estudiadas o sus complicaciones.

Un resultado transversal a las diferentes patologías identificó medicamentos asociados al dolor, evidenciando la necesidad de los clínicos de manejar el dolor en pacientes en estadios avanzados de enfermedad (por ejemplo; Pregabalina, Paracetamol con psicolecticos y Buprenorfina). Este ejemplo muestra la existencia de medicamentos asociados al manejo clínico que de manera consecuente deberían ser sujetos de inclusión bajo parámetros basados en la evidencia, es decir, guías de práctica clínica.

En conclusión, de los \$252,338 millones de pesos recobrados en 2016 para estas 5 patologías, 202,179 mil definitivamente deberían ser incluidos en el PBS colectivo, y gestionarse con recursos de la UPC.

Recobros por ATC y por línea de tratamiento por caso de estudio (Millones \$COP)

Caso	Cáncer de próstata		Mieloma Múltiple		Diabetes Mellitus		VIH		Parkinson	
	ATC	Monto ATC	ATC	Monto ATC)	ATC	Monto ATC)	ATC	Monto ATC	ATC	Monto ATC
Primera Línea	Abiraterone	\$ 49.782	Lenalidomida	\$ 32.545	Liraglutide	\$ 12.501	Raltegravir	\$ 14.072	Rosagilina	\$ 13.652
			Bortezomib	\$ 21.364	Metformina	\$ 7.625	Darunavir	\$ 6.100	Rotigotina	\$ 9.409
			Doxorubicina	\$ 408	Sitagliptina	\$ 6.190	Lamivudina y abacavir	\$ 1.183	Pramipexola	\$ 6.300
			Melphalan	\$ 77	Metformina vildagliptina	\$ 5.581	Emtricitabina, tenofovir disoproxil y rilpivirina	\$ 713	Levodopa e inhibidor de decarboxilasa	\$ 304
					Exenatida	\$ 4.862	Efavirenz, tenofovir disoproxil y emtricitabina	\$ 336	Levodopa	\$ 236
					Linagliptin	\$ 3.415	Enfuvirtide	\$ 207	Selegilina	\$ 115
					Vildagliptina	\$ 1.738	Ganciclovir	\$ 148	Memantina	\$ 32
					Glimepirida	\$ 980	Tenofovir disoproxil	\$ 136	Quetiapina	\$ 11
					Metformina y sulfonamidas	\$ 888	Combinaciones	\$ 98		
					Insulina degludec	\$ 701				
				Glicazida	\$ 471					
	Total	\$ 49.782		\$ 54.393		\$ 44.952		\$ 22.993		\$ 30.059
Segunda Línea	Docetaxel	\$ 1.594	Plerixafor	\$ 310	Metformin & saxagliptin	\$ 2.657	Etravirina	\$ 2.229	Venlafaxina	\$ 11
	Cabazitaxel	\$ 2.099	Carfilzomib	\$ 5.583	Metformina mas linagliptina	\$ 1.208	Dolutegravir	\$ 2.109		
	Leuprorelina acetato	\$ 13.346	Bendamustine	\$ 634	Lisixenatida	\$ 742	Maraviroc	\$ 1.338		
	Gosrelin	\$ 3.187			Saxagliptina	\$ 734	Voriconazol	\$ 214		
	Enzalutamida	\$ 946			Dapagliflozina	\$ 455				
	Degarelix	\$ 876								
	Triptorelin	\$ 502								
	Total	\$ 22.551		\$ 6.528		\$ 5.796		\$ 5.890		\$ 11
Tercera Línea	Dutasterida	\$ 69	Dasatinib	\$ 120					Tetrabenazina	\$ 96
	Ixabepilona	\$ 56								
	Axitinib	\$ 56								
	Tolterodina	\$ 45								
	Total	\$ 225		\$ 120		\$ 0		\$ 0		\$ 96
de Tratamiento y Complicaciones Analgesia	Tadalafil	\$ 224	Eltrombopag	\$ 79	Acido tioctico	\$ 895	Valganciclovir	\$ 2.574	Toxina botulinica	\$ 29
	Denosumab	\$ 150	Eritropoyetina	\$ 66	Varios	\$ 636	Itraconazol	\$ 587	Paracetamol, combinaciones con psicolecticos	\$ 17
	Fentanyl	\$ 137	Inmunoglobulinas humanas normales	\$ 61	Irbesartan y amlodipino	\$ 344	Entecavir	\$ 501	Zinc preparaciones	\$ 14
	Acetato de aluminio	\$ 133	Voriconazol	\$ 53	Fenofibrato	\$ 319	Simeprevir	\$ 326	Pregabalina	\$ 14

Caso	Cáncer de próstata		Mieloma Múltiple		Diabetes Mellitus		VIH		Parkinson	
Linea tratamiento	ATC	Monto ATC	ATC	Monto ATC)	ATC	Monto ATC)	ATC	Monto ATC	ATC	Monto ATC
	Paracetamol, combinaciones con psicolecticos	\$ 117	Pegfilgrastim	\$ 42			Emtricitabina, tenofovir disoproxil, elvitegravir y cobicistat	\$ 179	Lidocaina	\$ 11
	Buprenorfina	\$ 81					Doxorubicina	\$ 156	Domperidona	\$ 10
	Aprepitant	\$ 43					Posaconazol	\$ 81		
	Total	\$ 883		\$ 301		\$ 2.193		\$ 4.403		\$ 95
No aplican	Sunitinib	\$ 62	Temozolomida	\$ 45					Citicolina	\$ 22
			Trastuzumab loxitalamico acido	\$ 472 \$ 250					Latanoprost Panitumumab	\$ 15 \$ 12
									Miglustato	\$ 188
	Total	\$ 62		\$ 767		\$ 0		\$ 0		\$ 236

Los estudios de caso también consultaron la política de inclusión o exclusión de estos medicamentos en otros sistemas de salud del mundo, como lo son Medicare en Estados Unidos, el sistema de salud nacional de Bélgica y el sistema de salud público de Chile. Se encontró que según indicaciones un total de 11,322 millones de pesos no están cubiertos de manera simultánea por el sistema Belga o Chileno, lo que da una muestra clara de que estos medicamentos podrían sugerirse para el proceso de exclusiones. Como porcentaje del total recobrado para estas 5 patologías esto es un 4.5%.

Exclusiones de medicamentos, casos seleccionados, en otros países

Diagnóstico	ATC	Principio Activo	Línea de tratamiento	Monto ATC (millones \$COP)
Cancer de Próstata	D02AX99	Acetato de aluminio	Tratamiento a las complicaciones	\$ 473
	N02BE71	Paracetamol, combinaciones con psicolecticos	Tratamiento a las complicaciones	
	G04BE08	Tadalafil	Tratamiento a las complicaciones	
Mieloma Múltiple	N02BE71	Paracetamol, combinaciones con psicolecticos	Tratamiento a las complicaciones	\$ 106
Diabetes Mellitus II	A10BD08	Metformina / vildagliptina	Primera Línea	\$ 9.682
	A10BD11	Metformina + Linagliptina	Segunda Línea	
	A10XA99	Ácido Tioctico	Tratamiento a Complicaciones	
	A10AE06	Insulina Degludec	Primera Línea	
	V01AA20	Varios	Tratamiento a Complicaciones	
	C09DB05	Irbesartan y amlodipino	Tratamiento a Complicaciones	
VIH/SIDA	J05AR08	Emtricitabina, tenofovir disoproxil y rilpivirina	Primera Línea	\$ 811
	J05AF30	Combinaciones	Primera Línea	
Enfermedad de Parkinson	N04BD01	Selegilina	Primera Línea	\$ 250
	N07XX06	Tetrabenazine	Tercera Línea	

Diagnóstico	ATC	Principio Activo	Línea de tratamiento	Monto ATC (millones \$COP)
	N06BX06	Citicolina	No Aplica para el diagnostico	
	N02BE71	Paracetamol, combinaciones con psicolecticos	Tratamiento a Complicaciones	
Total				\$ 11.322

Nota: En cursiva principios activos los cuales no se encuentran en la lista de medicamentos cubiertos por el sistema de Salud Chileno o sujetos a reembolso en Bélgica. Por el contrario, en Medicare, alguna presentación comercial del principio activo es ofrecido por al menos un asegurador.

2.4. Análisis crítico de productos nutricionales y servicios complementarios

Los recobros se pueden agrupar en las siguientes categorías: medicamentos, procedimientos, dispositivos médicos, productos nutricionales o servicios complementarios.

En 2015, el total de recobros aprobados ascendió a aproximadamente \$2,3 billones de pesos, que equivalen a 6,6 millones de facturas. En 2016, el valor de los recobros aprobados aumentó a cerca de \$2,5 billones correspondientes a un poco más de 7 millones de facturas.

Por categorías se encontró que medicamentos participa con el 79% del valor de los recobros del año 2016, seguido de procedimientos y dispositivos médicos (12.3%) y finalmente los productos nutricionales y servicios complementarios, explican el restante 8.7%.

Distribución de los recobros por tipo de ítem (valor en millones de pesos), 2015 y 2016

	2016			
	Valor (\$)	%	Frecuencia	%
Medicamentos	1.932.147	79,0%	5.818.750	83,1%
Procedimientos y dispositivos médicos	300.472	12,3%	522.739	7,5%
Productos nutricionales y servicios complementarios	212.537	8,7%	660.060	9,4%
Total	2.445.156	100,00%	7.001.549	100,00%

Fuente: Base de Datos Recobros FOSYGA. Cálculos propios.

Los productos nutricionales y servicios complementarios (como alojamiento y transporte) necesitan un estudio a profundidad de pertinencia usando “medicina basada en la evidencia” para ameritar ser pagados con recursos del SGSSS. Existe evidencia científica que soporta casos donde, por ejemplo, los productos nutricionales pueden ser vitales para el paciente. En todos los demás casos, donde se están utilizando recursos del SGSSS para proteger población vulnerable en situación de pobreza, este tipo de complementos nutricionales debe ser pagado con recursos de programas sociales de apoyo a poblaciones vulnerables tales como los administrados por el ICBF para niños y por las entidades territoriales para la protección del adulto mayor.

La tabla muestra la distribución de servicios sociales en 10 categorías.

Servicios sociales	Valor	Frecuencia
SUPLEMENTOS NUTRICIONALES Y VITAMÍNICOS	115,721	378,011
ALIMENTACIÓN, TRANSPORTE Y HOSPEDAJE	53,716	113,523
PAÑITOS HUMEDOS Y PAÑALES	33,369	148,256
KETOVOLVE	3,774	523
CUIDADOR	2,767	1379
FILTRO SOLAR	594	5511
OTROS INSUMOS DE ASEO PERSONAL	185	2272
COLÁGENO HIDROLIZADO	65	827
PROCESADOR NEPTUNO DE ADVANCE BIONICS	60	2
RADIOCIRUGIA ROBOTICA ESTEROTAXICA CON CIBERKNIFE	52	2
TOTAL	210,303	650,306

Se destaca la importancia del servicio de alimentación, transporte y hospedaje por 53.7 mil millones de pesos y las “Toallas-Paños” que incluye toallas(itas) húmedas, paños, pañales y similares por 33,3 mil millones de pesos. De acuerdo con el borrador de decreto de exclusiones dos ítems que hacen parte de esta última categoría serán excluidos de las prestaciones individuales PBS, “TOALLAS HIGIÉNICAS, PAÑITOS HÚMEDOS, PAPEL HIGIÉNICO Y OTROS INSUMOS DE ASEO” y “TOALLAS DESECHABLES DE PAPEL”. Desafortunadamente no es posible con la información del decreto y la información de la base de datos analizada, establecer si las exclusiones cubren los 33,3 mil millones o sólo un porcentaje de los mismos.

2.5. Establecer de manera clara un mecanismo de priorización para inclusiones de alto valor en el total de los recobros.

En la medida que los servicios y tecnologías recobradas cumplan con una serie de criterios tanto cuantitativos como cualitativos, la gestión de pago de los mismos debe ser hecha por las EPS y demás administradores del PBS y no por un pagador central como la ADRES o un pagador descentralizado desfinanciado como las entidades territoriales. Dentro de los criterios cuantitativos se encuentra el que tenga una alta frecuencia o que el valor recobrado sea muy elevado. Entre los criterios cualitativos se encuentra la existencia de guías de práctica clínica y o sólida evidencia internacional. El costo beneficio para el gobierno de hacer un proceso participativo con expertos y de producir guías de práctica clínica basadas en evaluación económica y demás para incluir o excluir tecnologías es altamente positivo.

La tabla muestra el top 20 de los ATC que tienen un mayor peso en los recobros

Ranking	ATC	DESCRIPCION_ATC	Monto_ATC	Frecuencia_ATC
1	L02BX03	ABIRATERONA	51.081	6.193
2	N02BE71	PARACETAMOL, COMBINACIONES CON PSICOLECTICOS	49.239	270.209
3	L04AA25	ECULIZUMAB	42.962	737
4	L04AB04	ADALIMUMAB	41.657	18.437
5	L04AX04	LENALIDOMIDA	36.961	3.040
6	H01AC01	SOMATROPINA	35.430	32.174
7	R03DX05	OMALIZUMAB	26.537	10.898
8	L01XC07	BEVACIZUMAB	26.161	5.543
9	L04AA18	EVEROLIMUS	25.289	7.177
10	S01LA04	RANIBIZUMAB	24.339	10.838
11	A16AB02	IMIGLUCERASA	23.604	671
12	V08AA05	ACIDO IOXITALAMICO	23.549	153.978
13	L01XE08	NILOTINIB	23.085	3.096
14	L01XX32	BORTEZOMIB	22.925	2.895
15	B02BD05	COAGULACION FACTOR VII	20.815	593
16	L04AC05	USTEKINUMAB	20.640	2.323
17	S01LA05	AFLIBERCEPT	19.742	7.078
18	L01XE18	RUXOLITINIB	19.228	1.797
19	L01BC07	AZACITIDINA	17.378	863
20	B02BX05	ELTROMBOPAG	16.904	3.842
		Total 20 ATC	567.527	
		Total Base de datos Medicamentos	1.932.147	

En total estos 20 ATC dan cuenta del 30% del total de los recobros por medicamentos. El caso del ATC ABIRATERONA ya fue discutido en la sección 2.3 justificándose como un medicamento de primera línea, para su inclusión en el PBS.

Salta a la vista dos casos por su alta frecuencia, el ATC N02BE71 cuya descripción es PARACETAMOL, COMBINACIONES CON PSICOLECTICOS y para el cual en 2016 se presentaron más de 207 mil recobros correspondientes a 90,383 personas diferentes por un valor de más de 49 mil millones de pesos. Este ATC es una combinación de dos ingredientes activos, el paracetamol (acetaminofén) y codeína (analgésico opiáceo), indicado para el manejo de la fiebre y el dolor. De acuerdo con expertos clínicos consultados el incremento de uso de esta combinación en el ámbito hospitalario ha resultado en buena parte de la aversión de los médicos a utilizar otros medicamentos, como la Dipirona, que si está en el PBS y que no están contraindicados en Colombia.

Sin embargo la evidencia parece no soportar el volcamiento hacia esta combinación de moléculas (Buitrago-González, Calderón-Ospina y Vallejos-Narváez, 2014. Disponible en <http://dx.doi.org/10.15446/rcciquifa.v43n1.45472>).

En términos de una mejor gestión del ATC N02BE71 se sugiere la producción de una guía de práctica clínica para el manejo del dolor y la fiebre, que defina bien los casos en que estas combinaciones son más seguras que la Dipirona para cambiar la cultura actual de utilización de este ATC. Con la información disponible no es posible producir un estimativo de ahorro para esta recomendación.

2.6. Mejores modelos de gestión de las tecnologías no incluidas en el PBS por las EPS.

Como parte del estudio se actualizaron los modelos de regresión estadística para analizar la gestión de las EPS controlando por factores como el origen (tutela o CTC), el tipo de afiliado, mayoría de edad, el tipo de tecnología, y los 23 grupos de diagnóstico que representan la mayor carga de enfermedad. Con base en la regresión estadística proyectamos el gasto anual per-capita en medicamentos por EPS ajustado por todas las variables mencionadas para 2016. El resultado se presenta en la tabla.

Recobros anuales por EPS ajustados por riesgo 2016

EPS	Valor medio año (pesos)	Número de individuos	Valor total recobrado (millones de pesos)
Sanitas EPS	2.209.069	124.334	274.662
Aliansalud EPS	2.135.956	8.913	19.038
Famisanar EPS	1.991.726	61.977	123.441
Compensar EPS	1.971.680	43.101	84.981
SURA EPS	1.948.865	170.291	331.874
Salud Total EPS	1.760.755	85.510	150.562
Coomeva EPS	1.760.000	138.252	243.324
S.O.S EPS	1.753.155	34.210	59.975
Depto médico-EPM	1.684.950	2.306	3.885
Cruz Blanca EPS	1.683.409	11.441	19.260
Comfenalco Valle EPS	1.676.682	16.426	27.541
Cafesalud EPS	1.624.975	62.131	100.961
Nueva EPS	1.510.452	264.902	400.122
Saludcoop	744.150	18.887	14.054
Total		1.042.681	1.853.682

De acuerdo con el modelo econométrico la EPS con la mejor gestión de recobro percapita ajustado por riesgo es la Nueva EPS, se excluye Saludcoop por estar en liquidación. El modelo reproduce el valor total de los recobros de medicamentos con un margen de error de 4% (1.926.276/1,853,682).

Si las EPS convergen al modelo de gestión de tecnologías no PBS de la Nueva EPS, es decir, gasto anual por individuo igual a 1,510,452 el valor total de los recobros por medicamentos ascendería a 1.6 billones, generándose un ahorro de 293,234 millones de pesos en medicamentos. Si la convergencia se hace con el modelo de cafésalud, el valor del ahorro para el sistema sería de 206,325 millones de pesos.

3. Opciones en materia de regulación de precios

3.1. Continuar regulando precios para medicamentos de alto valor

La política de regulación de precios de medicamentos, especialmente de alto valor fue exitosa según el gobierno. Cálculos publicados por el Ministerio de Salud y Protección Social estimaron ahorros por 400,000 mil millones en 2013 con la medida que controló nueve mil medicamentos (https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/COM/Enlace_MinSalud_50.pdf). La metodología de cálculo de este ahorro nunca se publicó, de tal forma que es difícil establecer su exactitud. En particular porque podría estar asumiendo un valor fijo de unidades vendidas a un precio más bajo, y la reacción normal del mercado habría sido la de incrementar las cantidades vendidas para compensar la pérdida en rentabilidad por un menor precio.

Un estudio reciente de Audifarma S.A. con datos reales de facturación estimó un ahorro total de 178 mil millones de pesos desde enero del 2010 hasta junio del 2014, teniendo en cuenta como escenario contrafactual el precio de venta promedio antes de la regulación indexado por IPC. Este ejercicio se aplicó solo sobre los siguientes biotecnológicos: rituximab, adalimumab, etanercept, certolizumab, infliximab, abatacept, bevacizumab, cetuximab, natalizumab, omalizumab, palivizumab, ranibizumab y ustekinumab. Y sobre lo facturado por esta compañía, que no representa el total del mercado (Sánchez-Villalobos et al 2016, disponible en: <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/view/18222>). Los autores afirman que probablemente “el ahorro económico que ha generado esta política es superior a lo estimado inicialmente por el Gobierno”.

La evidencia sugiere que política de regulación de precios logra generar ahorros, aunque la medición de los mismos sea difícil por la inexistencia de un escenario contrafactual. El listado actual de ATC con regulación de precios asciende a 111 (<https://www.minsalud.gov.co/salud/MT/Paginas/medicamentos-regulacion-precios.aspx>) y debe seguir creciendo de acuerdo con la política establecida por la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos.

3.2. Opción para la regulación de medicamentos en combinación

Para el caso de los recobros cuyas moléculas (ATC) en combinación que no hayan sido incluidas en el plan de beneficios, pero que si lo están en las versiones simples de las mismas, se sugiere la siguiente fórmula de inclusión de la combinación siguiendo el Sistema de Rembolso de Referencia en Bélgica¹ :

¹ Información sobre el manejo de las moléculas combinadas en Bélgica: <http://www.inami.fgov.be/fr/nouvelles/Pages/baisse-prix-medicaments-20170101-combicliff.aspx#.WjWZ4IWWZQI>

El precio de la inclusión de la molécula en combinación en el plan de beneficios (PBS), no puede ser más elevado que la suma del precio con el cual han sido incluidos en el PBS en su versión simple.

2

Por ejemplo, para la molécula AB la cual no se ha incluido en el plan de beneficios, pero la molécula A y la molécula B si se encuentran en dicho plan, con los precios Pa y Pb, respectivamente. El precio para incluir la molécula AB, no debe superar el Pa+Pb.

Siguiendo esta fórmula el sistema de salud podría dejar de gestionar los recobros de moléculas en versión combinada, cuya versión simple si está en el PBS y se esperaría que se pudiesen generar ahorros al reducir la gestión administrativa de estas.

Por ejemplo, para el caso de VIH/SIDA, las moléculas Lamivudina y Abacavir están incluidas en el PBS (resolución 5592 de 2015) y son moléculas de primera línea de manejo en el tratamiento de este diagnóstico. Sin embargo, su versión combinada no lo está y el aumento de su prescripción se basa en una mayor adherencia al medicamento y una reducción de las complicaciones en esta patología. Lo anterior le implico al FOSYGA gestionar en 2016, 11,044 solicitudes que ascendieron a un monto recobrado de \$1,2 mil millones de pesos para el pago de la molécula Lamivudina + Abacavir. Situación similar se encuentra para la molécula Metformina y Sulfonamidas, utilizada para el manejo de la Diabetes Mellitus, donde el número de solicitudes estuvo alrededor de 7 mil facturas y monto recobrado igual a 888 millones (Cuadro 1). Estos recursos pudieron haber sido ahorrados, al menos en gestión de los mismos por No PBS si hubiesen estado incluidos en el plan de beneficios al igual que la versión simple de las moléculas. .

Moléculas combinadas que no están incluidas en el PBS (Resolución 5592 de 2015) en su versión combinada y hacen parte del tratamiento de primera línea en los diagnósticos indicados.

Diagnostico	ATC en combinación	Monto recobrado en Millones	% del total de recobros por la patología	Número de solicitudes realizadas para recobros	Recomendación
VIH/SIDA	Lamivudina y Abacavir	\$1,183	3%	11,044	Alternativas de manejo de la intolerancia o toxicidad con el primer tratamiento antirretroviral en personas con 13 años de edad (desde los 6 años en adelante) y adultos, con diagnóstico de

Diagnostico	ATC en combinación	Monto recobrado en Millones	% del total de recobros por la patología	Número de solicitudes realizadas para recobros	Recomendación
					infección por VIH/Sida. Según GPC Colombia 2014 para menores de 13 años, niños mayores de 13 años y adultos.
Diabetes Mellitus	Metformina y Sulfonamidas	\$888	1.4%	7,326	En los pacientes con DMT2 recién diagnosticada y HbA1c >9 % que no puedan utilizar la combinación de Metformina con iDPP4 o iSGLT2, se sugiere la combinación de Metformina con una sulfonilurea que tenga bajo riesgo de hipoglucemia (Glimepirida o Glicazida). [GPC Colombiana 2016 Evidencia Moderada]

3.3. Regulación del margen de dispensación

En circunstancias normales, cuando un bien o servicio sube de precio, tiende a reducirse la demanda o el uso del mismo. Esto es así porque el precio alto lleva a los compradores, quienes disponen de un presupuesto limitado, a buscar alternativas. Esta lógica, sin embargo, no necesariamente aplica en el caso de los medicamentos hospitalarios.

Las IPS ganan un margen por dispensar medicamentos hospitalarios. Dicho margen es una fracción importante de los ingresos de estas instituciones. Actualmente los márgenes están regulados: si el medicamento vale menos de \$1.000.000, es de 7%, y si vale más, el margen es de 3.5%. Esto quiere decir que el valor que la IPS factura por este margen es directamente proporcional al precio del medicamento. Cuánto más caro, más margen. Sin embargo, el costo de dispensar el medicamento no es directamente proporcional al precio.

Es cierto que algunos medicamentos, según su complejidad, requieren de precauciones, equipos y personal adicionales. Pero dentro de una categoría de medicamentos con la misma complejidad y las mismas características, dispensar una dosis vale lo mismo. Sin embargo, aquellos que son más caros generan más ingresos y son por ende más rentables. Esto quiere decir que cuanto más caro es el medicamento el comprador (la IPS) no tendría interés en buscar alternativas más económicas sino que por el contrario aumentaría el uso del medicamento más caro mejora los resultados financieros de la institución.

El hecho de que la escogencia de un medicamento más caro sea conveniente financieramente para la institución no necesariamente quiere decir que dicho incentivo se transmita hasta las personas que toman las decisiones de tratamiento (los médicos y pacientes). Es claro que el gerente de la IPS y el médico son personas distintas que toman decisiones con sus respectivos criterios. Sin embargo hay algunas IPS en las que

los médicos tratantes son socios, y en ese caso se corre el riesgo de que el interés económico influya en las decisiones médicas. Según la forma como esté organizada la IPS internamente los incentivos financieros de la institución se pueden o no transmitir parcialmente a las personas que toman las decisiones médicas.

En todo caso, no tiene sentido que el margen que facturan las IPS dependa de los precios de los medicamentos. La diferencia en rentabilidad puede ser considerable. La tabla siguiente muestra algunos medicamentos recobrados para mieloma múltiple cuyo precio está regulado. Se observa que las diferencias en margen llegan a ser hasta de 1 a 7. Tendría más sentido regular los márgenes de dispensación de una forma que remunere adecuadamente el servicio pero no dependa de los precios. De esta forma la institución prestadora se vuelve económicamente indiferente frente a las decisiones médicas, y éstas se pueden tomar con un criterio clínico independiente.

Esta forma de regular los márgenes sería pertinente tanto para los servicios PBS como los no PBS. Sin embargo, dado que éstos últimos tienden a ser más caros, tendría un impacto en los incentivos asociados al no PBS y al recobro.

Algunos medicamentos recobrados para mieloma múltiple 2016

ATC	Descripción atc	Monto recobrado	Número de solicitudes de recobros	Tratamiento amb / Hos	Precio / Circular 1 de 2016	Margen de dispensación
L04AX04	LENALIDOMIDA	\$ 32,544,813,511	2671	Amb/ Hosp	\$ 14,734,283.14	3.5%
L01XX32	BORTEZOMIB	\$ 21,363,620,621	2710	Hospi	\$ 2,714,302.05	3.5%
L01XC03	TRASTUZUMAB	\$ 472,451,914	51	Hospi	\$ 4,526,265.88	3.5%
L01XE06	DASATINIB	\$ 120,319,661	15	Hospi	\$ 12,430,987.36	3.5%
N03AX16	PREGABALINA	\$ 67,956,300	701	Amb	\$ 1,305,131.87	3.5%
L01AX03	TEMOZOLOMIDA	\$ 44,629,345	9	Hospi	\$ 10,551,579.05	3.5%
SUBTOTAL		\$ 54,613,791,353	6,157			

Fuente: Base de Datos Recobros FOSYGA y Circular 1 de 2016. Cálculos propios.

La base de datos de recobros no tiene el precio unitario de recobro, de tal forma que no es posible simular de manera individual sobre toda la base de datos el valor del margen de dispensación que actualmente se está pagando por los medicamentos recobrados. No obstante es posible estimar el rango en el que se encuentra el pago por márgenes de dispensación sobre el volumen total de medicamentos hospitalarios. Se encuentra que el total recobrado por medicamentos hospitalarios es 1.4 billones de pesos, de donde el margen pagado se encuentra en algún punto entre 51 mil y 102 mil millones de pesos.

Margen de dispensación implícito en base de recobros 2016 (Millones de pesos)

Medicamentos	Monto	Escenario 3.5%	Escenario 7%
Hospitalarios	1,452,881	50,851	101,702

En el ejemplo anterior los 6 medicamentos sumaron 54.6 mil millones de pesos y todos tienen un precio superior al millón de pesos, de tal forma que el margen en estos 5 medicamentos fue de 1.9 mil millones de pesos en 6,157 instancias diferentes. El valor medio de dispensación para estos 5 ATC es de 310,456 pesos. Si en su lugar cada una de estas instancias se hubiera remunerado a un valor fijo supuesto de 150,000 mil pesos, el valor total de la dispensación habría sido de 923 millones, ofreciendo un ahorro de 987 millones.

Es improbable que esta opción de política de redefinición de la compensación por dispensación fuera inmediata debido a la imposibilidad política de restar recursos de liquidez a las IPS, no obstante estos ahorros podrían realizarse en los siguientes años en la medida que el valor fijo crea el desincentivo económico a usar los medicamentos más caros para obtener un margen de dispensación mayor.

4. Modelos alternativos de gestión de compra al reembolso

El mecanismo actual de pago de las tecnologías que están por fuera del PBS es el recobro o reembolso. Es bien sabido que este modelo es perverso porque quien recobra no tiene incentivos para su mejor gestión. En esta sección presentamos dos alternativas al reembolso bajo el supuesto de que el derecho a la salud de los colombianos está manifiesto en lo que actualmente paga el gobierno por una vía diferente a la UPC.

4.1. Centros de excelencia para las enfermedades huérfanas

Las enfermedades huérfanas en Colombia se han definido como aquellas que de manera crónica debilitan al individuo, y que además tienen una prevalencia menor de 1 por cada 5.000 personas. Estas enfermedades comprenden enfermedades raras, ultra huérfanas y olvidadas (Ministerio de Salud y Protección Social, 2017). El Ministerio de Salud mediante la resolución 2048 de 2015 actualizó el listado de enfermedades que son consideradas como huérfanas, en este listado se incluyen 2,149 afecciones.

Dentro del grupo de las enfermedades huérfanas se encuentran las enfermedades raras, estas son consideradas como aquellas con una alta probabilidad de mortalidad o de debilitamiento en el largo plazo, que presentan baja prevalencia y complejidad alta (Ministerio de Salud y Protección Social, 2017). Según el censo realizado durante el año 2012 los diagnósticos más frecuentes de estas enfermedades son: Déficit Congénito del Factor VIII, Miastenia Grave, Enfermedad de Von Willebrand, Estatura Baja por Anomalía Cualitativa de la Hormona de Crecimiento, Displasia Broncopulmonar, Fibrosis Quística, Esclerosis Sistémica Cutánea Difusa, Síndrome de Guillan Barré, Hipertensión Arterial Pulmonar Idiopática o Familiar y la Enfermedad de Von Willebrand Adquirida (Instituto Nacional de Salud, 2017).

Tomando los diagnósticos CIE10 del Instituto Nacional de Salud, se contabilizó un total de 897 enfermedades huérfanas raras³, las cuales, para el año 2016 generaron un total de 0,2 billones durante el año 2016. El recobro promedio para estas enfermedades fue de 1 millón de pesos. Las primeras enfermedades con mayor proporción del valor recobrado son: Hemoglobinuria paroxística nocturna, Mucopolisacaridosis tipo 7 y Síndrome de Sanfilippo tipo A, Hiperlipoproteinemia tipo 3, Acromegalia y la Mucopolisacaridosis tipo 2, que en conjunto suman 77 mil millones de pesos.

Valor recobrado por medicamentos pacientes con enfermedades huérfanas-raras 2016. Millones de pesos

Enfermedad	Diagnóstico	Frecuencia	Valor total (millones)	Valor promedio (millones)
Enfermedades huérfanas con mayor valor de recobro				
Hemoglobinuria paroxística nocturna	D595	485	27.484	56,67
Mucopolisacaridosis tipo 7	E762	408	19.906	48,79
Síndrome de Sanfilippo tipo A				
Hiperlipoproteinemia tipo 3	E782	84.028	10.237	0,12
Acromegalia	E220	3.690	9.885	2,68
Mucopolisacaridosis tipo 2	E761	185	9.130	49,35
Mucopolisacaridosis tipo 2	E770	308	8.898	28,89
Enfermedad de Von Willebrand	D680	913	6.847	7,50
Dermatoleucodistrofia				
Encefalopatía debida a una deficiencia de prosaposina				
Enfermedad de Alexander				
Enfermedad de Canavan				
Enfermedad de Fabry				
Enfermedad de Gaucher				
Enfermedad de Gaucher tipo 1				
Enfermedad de Krabbe				
Enfermedad de Niemann-Pick tipo A				
Enfermedad de Niemann-Pick tipo B	E752	316	6.812	21,56
Enfermedad de Niemann-Pick tipo C				
Enfermedad de Pelizaeus-Merzbacher				
Hipomielinización con atrofia de los ganglios basales y del cerebelo				
Leucodistrofia metacromática				
Leucoencefalopatía cavitada progresiva				
Leucoencefalopatía con quistes anteriores y bilaterales en el lóbulo temporal				
Odontoleucodistrofia				
Síndrome CACH				
Deficit congénito de fibrinógeno				
Deficit congénito de proteína C				
Deficit congénito del factor II				
Deficit congénito del factor V	D682	287	5.466	19,04
Deficit congénito del factor VII				
Deficit congénito del factor X				
Deficit congénito del factor XIII				
Deficit congénito del factor VIII	D66	60	3.364	56,07
Recobros de enfermedades huérfanas raras				
Total		201.841	209.845	1,04

Fuente: Base de Datos Recobros FOSYGA. Cálculos propios.

³ Si bien hay codificadas 897 enfermedades huérfanas raras, debido a que muchas enfermedades comparten el mismo diagnóstico, se contabilizaron 400 diagnósticos únicos.

Utilizando la base de datos de suficiencia de 2015 y cruzándola con la base de recobros para el mismo año se obtuvieron los 10 diagnósticos más recobrados en el mismo año. La siguiente tabla muestra los resultados.

Recursos SGSSS para enfermedades huérfanas - raras 2015 (millones de pesos)

Enfermedad	Diagnóstico	Valor total recobrado	Valor total en base de suficiencia	Total SGSSS	Personas únicas recobros	Personas únicas suficiencia
Enfermedades huérfanas con mayor valor de recobro						
Hemoglobinuria paroxística nocturna	D595	49.520	144	49.664	67	90
Deficit congenito del factor VIII	D66X	48.396	94.833	143.229	164	1.142
Acromegalia	E220	15.679	1.713	17.392	481	1.032
Enfermedad de Von Willebrand	D680	14.454	1.697	16.151	397	1.312
Mucopolisacaridosis tipo 2	E761	14.297	2.455	16.752	30	72
Deficit congenito de fibrinogeno Deficit congenito de proteina C Deficit congenito del factor II Deficit congenito del factor V Deficit congenito del factor VII Deficit congenito del factor X Deficit congenito del factor XIII	D682	13.276	1.206	14.483	111	903
Mucopolisacaridosis tipo 2	E770	12.303	48	12.351	47	83
Mucopolisacaridosis tipo 7 Síndrome de Sanfilippo tipo A	E762	11.806	2.834	14.641	59	280
Enfermedad de almacenamiento de glucogeno por deficit de fosforilasa quinasa muscular	E740	10.263	164	10.427	46	183
Hipercolesterolemia debido a deficiencia de colesterol 7-alfa-hidroxilasa Sitosterolemia	E780	8.961	9.988	18.949	1.706	155.414
Subtotal		198.956	115.083	314.039		
Recobros por todas las enfermedades huérfanas raras						
Total		328.206	331.513		47.870	1.112.642

El diagnóstico y tratamiento de las enfermedades huérfanas y raras, precisamente por su unicidad las hace altamente demandantes de conocimiento científico y demandantes de equipos médicos especializados. Como se puede observar en el cuadro anterior, dentro de las 10 primeras enfermedades de este tipo (ordenadas por valor recobrado) y que suman un total de aproximadamente 314 mil millones de pesos, para 8, el valor recobrado supera en monto al valor en la base de suficiencia por un factor considerable. Por ejemplo para la Hemoglobinuria paroxística nocturna el 99% de los recursos utilizados son gastados por vía recobros, en Acromegalia es el 90%, en la Enfermedad de Von Willebrand 89%, etcétera.

Por su especificidad estas enfermedades no entran dentro del modelo de aseguramiento tradicional y deben ser excluidas de la UPC. En su lugar deben crearse centros de excelencia dedicados sólo a estas patologías basados en hospitales universitarios y financiados de manera directa por programas cuya rectoría y diseño estuviera a cargo del Ministerio de Salud. Dependiendo del número de personas, estos centros podrían estar en ciudades capitales distribuidas en las regiones más pobladas del país, como Bogotá, Medellín, Cali, Barranquilla y Bucaramanga.

Costear y estimar la implementación y gestión de estos centros esta por fuera del alcance de este estudio.

4.2. Modelos de agregación de demanda para EPS

En la actualidad, la gestión de compra de los medicamentos ambulatorios de las EPS es tercerizada en su mayoría con empresas privadas que utilizando un modelo de agregación de demanda de varias EPS logran negociar descuentos con la industria farmacéutica, mayoristas e importadores, por altos volúmenes de compra.

Esta eficiencia en la negociación de medicamentos se realiza gracias a los siguientes criterios:

- Ambulatorio
- Predecibilidad
- Multiplicidad de oferentes
- Estandarizables

Cómo se ha mostrado anteriormente, existe una alta concentración de los recobros en medicamentos. La estadística descriptiva muestra que en el 2016 el 89% de los recobros unitarios de se realizaron por un valor inferior a los \$203.490 pesos. En lo que respecta a medicamentos ambulatorios, el siguiente cuadro muestra la distribución de frecuencias por valor del código único de medicamentos (CUM) recobrado, utilizando un criterio de 200,000 para la definición de tres categorías; bajo, medio y alto valor. Debe tenerse en cuenta que se excluyen todos los medicamentos que no tienen CUM en la base de datos, es decir aquellos: sin registro sanitario, homeopáticos, vitales no disponibles y las preparaciones magistrales. En total estos medicamentos representaron un valor de 5 mil millones de pesos.

Distribución medicamentos ambulatorios por valor unitario de CUM recobrado 2016 (millones de pesos)

Medicamentos	Valor en millones	%	Frecuencia	%
Valor bajo (valor promedio de cada CUM menor a \$200.000)	119.311	24,9%	1.499.086	81,9%
Valor medio (valor promedio de cada CUM entre \$200.000 y \$400.000)	43.227	9,0%	182.906	10,0%
Valor alto (valor promedio de cada CUM mayor a \$400.000)	316.728	66,1%	147.743	8,1%
Total	479.266	100,0 %	1.829.735	100,0 %

Fuente: Base de Datos Recobros FOSYGA. Cálculos propios.

Se puede observar que casi 1,5 millones de recobros se hacen por un valor unitario inferior a 200,000 pesos, equivalentes a un gasto total para el sistema de 119 mil millones de pesos aproximadamente. En el siguiente rango, de 200 a 400 mil pesos, se encuentran 183 mil recobros, equivalentes a un gasto total para el sistema de 43 mil millones de pesos, aproximadamente.

En este escenario de mejor gestión, se simula la utilización del mismo mecanismo de compra centralizada que hoy utilizan las EPS para los medicamentos ambulatorios incluidos en el PBS. Para ello se calculan medidas de tendencia central y se estima el valor de recobro con las cantidades de recobros actuales a precios unitarios inferiores.

Simulación CUM de bajo valor de recobro unitario y alta frecuencia

Los resultados de las simulaciones de obtención de un valor unitario de recobro menor vía agregación de demanda para el subconjunto de recobros de valor inferior a 200,000 se presentan en la tabla. Es importante aclarar que se excluyen aquellos CUM para los que la frecuencia fue inferior a 100 recobros con el fin de simular con CUMs que tengan una frecuencia que amerite agregación de demanda. Con esta regla se excluyen del análisis 43.168 solicitudes.

En el caso extremo se observa el ahorro (todo lo demás constante) de lograr una reducción del valor unitario al valor del percentil 25 de la distribución de cada CUM. En este caso el ahorro sería del orden del 4,0%, equivalente a 19 mil millones de pesos. Este escenario es extremo, escenarios más realistas serían el de normalizar el precio a una medida de tendencia central. Con la mediana y la moda se obtendría una eficiencia de 3 mil millones y con la media geométrica de 7 mil millones de pesos. Dos escenarios adicionales muestran reducciones de 5 y de 10% en el valor unitario del recobro por CUM, obteniéndose ahorros por 6 mil y 12 mil millones respectivamente.

Resultados simulaciones base de medicamentos 2016 (recobros menores a \$200.000 con frecuencia mayor o igual a 100 solicitudes).Millones de pesos

	Percentil 25	Percentil 50 (mediana)	Moda	Media Geométrica	Menos el 5% del valor promedio	Menos 10% del valor promedio
Valor total	97.528	113.398	113.342	110.073	110.805	104.973
Ahorro respecto a la base	19.109	3.239	3.295	6.564	5.832	11.664
% del total	4,0%	0,7%	0,7%	1,4%	1,2%	2,4%

Fuente: Base de Datos Recobros FOSYGA. Cálculos propios.

Un ejemplo que se destaca en este grupo de medicamentos de bajo valor corresponde al ATC de lágrimas artificiales. En 2016 el valor recobrado en ambulatorios ascendió a 1,4 mil millones de pesos correspondientes a 62.811 solicitudes.

Simulación CUM de valor medio de recobro unitario

En este caso, el percentil 25 de la distribución de cada CUM da un ahorro de 8 mil millones de pesos. Con la mediana se obtendría una eficiencia de 3 mil millones, con la

moda de 6 mil millones y con la media geométrica de 3 mil millones de pesos. Dos escenarios adicionales muestran reducciones de 5 y de 10% en el valor unitario del recobro por CUM, obteniéndose ahorros por 2 mil y 4 mil millones respectivamente.

Resultados simulaciones base de medicamentos 2016 (recobros entre \$200.000-\$400.000 con frecuencia mayor o igual a 100 solicitudes) Millones de pesos

	Percentil 25	Percentil 50 (mediana)	Moda	Media Geométrica	Menos el 5% del valor promedio	Menos 10% del valor promedio
Valor total	33.447	39.082	35.532	39.141	39.871	37.773
Ahorro respecto a la base	8.523	2.888	6.437	2.829	2.098	4.197
% del total	1,8%	0,6%	1,3%	0,6%	0,4%	0,9%

Fuente: Base de Datos Recobros FOSYGA. Cálculos propios

Un ejemplo que se destaca en este grupo de medicamentos de valor medio corresponde al ATC de Paracetamol y combinaciones con psicolecticos. En 2016 el valor recobrado en ambulatorios ascendió a 11 mil millones de pesos correspondientes a 49.247 solicitudes.

Ahorros adicionales de la agregación de demanda

Existen dos beneficios adicionales de la agregación de demanda, el primero es la reducción en el costo de transacción para todos los involucrados en IPS, EPS y ADRES. De acuerdo con el valor de mercado de una firma que gestiona recobros para una EPS del régimen contributivo el costo de transacción es de \$4,900 por recobro. En total el número de recobros asociados a medicamentos ambulatorios de bajo y mediano valor es de 1,681,992. El ahorro generado por el costo de transacción evitado a las EPS sería de 8,2 mil millones de pesos. Se desconoce el ahorro para IPS y para ADRES pero asumiendo que es en promedio similar para cada entidad, el ahorro en gestión de recobros podría ascender a los 24,6 mil millones.

Adicionalmente, se liberarían aproximadamente 162 mil millones de pesos de recursos de UPC que actualmente las EPS pagan a las IPS por todos los recobros de valor bajo y medio.

En total podría estarse hablando de un ahorro potencial de 186,6 mil millones de pesos.

Algunas bases para usar el mecanismo

Dado que estos recursos no se pueden girar directamente a las EPS como una UPC, puesto que implicaría una inclusión, se propone un mecanismo similar al del giro directo. Donde ADRES giraría directamente a las compañías agregadoras de demanda a nombre de las diferentes EPS, siempre y cuando se cumplan con los criterios establecidos anteriormente. Este mecanismo evitaría un modelo de compra centralizada administrado por el gobierno que tendría todos los problemas de gestión y logística que se han observado en el país, como el caso de las vacunas, los sueros antifébriles o los medicamentos para tuberculosis y malaria. El valor de la gestión del agregador de demanda se pagaría bajo un modelo de ahorro compartido, que dependa de la gestión del operador.

5. Reforma a los mecanismos de pago

5.1. Mecanismo de reaseguro ADRES y EPS

La propuesta de establecer un mecanismo de reaseguro para los recobros se fundamenta en dos consideraciones: el costo administrativo, y los incentivos asociados al recobro.

Costo administrativo

Al analizar cómo se distribuyen los recobros según el valor de los mismos, llama la atención que hay una cantidad muy importante de recobros por montos muy bajos. Por ejemplo, de un total de 5,8 millones de solicitudes aprobadas por medicamentos en 2016, 4,4 millones correspondieron a cuentas por un valor inferior a \$177.000.

El procesamiento de los recobros genera costos administrativos a nivel del gobierno, las EPS y los prestadores. La auditoría que el FOSYGA (hoy ADRES) debe contratar para la revisión de los recobros es un costo directo y explícito. Hay además otros costos que no son visibles, pero no por ello son menos importantes. La gestión documental de los recobros al interior de EPS y prestadores, las revisiones y auditorías internas, los procesos de facturación paralelos al PBS y los litigios, entre otros, consumen recursos de las organizaciones y distraen la atención de sus directivos.

El costo de procesar un recobro es fijo e independiente del monto del mismo. Cuando el monto del recobro es bajo, puede ocurrir incluso que el costo administrativo supere el valor del servicio recobrado. La proliferación de recobros de bajo valor congestiona el sistema y genera para las entidades unos beneficios que no se comparan favorablemente con los costos asociados.

En este contexto, tendría sentido establecer un mecanismo para financiar los servicios no-PBS de bajo valor de una forma que evite la necesidad de incurrir los costos administrativos actuales.

Incentivos

El diseño institucional del sistema de salud se basa en la compra delegada. El Estado, en lugar de comprar directamente los servicios de salud, delega esa tarea en las EPS y les paga a éstas por capitación. Bajo este esquema, está en el interés de la EPS que los servicios sean tan económicos como sea posible. El Estado observa los precios a los cuales compran las EPS, así como las frecuencias, y fija la capitación en consecuencia. En este esquema, el interés económico de la EPS y del prestador están así contrapuestos. El modelo presume que, en general, este interés contrapuesto produce un equilibrio, y en caso de haber resultados desbalanceados interviene con regulación (por ejemplo, de precios de medicamentos).

La figura del recobro introduce una alteración de fondo en los incentivos del sistema. Para aquellas tecnologías que no están en el plan de beneficios la EPS deja de ser doliente. Así, en el caso del no PBS, deja de haber un interesado en que los servicios cuesten menos. En el modelo de la compra delegada, el Estado se apoya en la capacidad negociadora de las EPS y en el interés que éstas tienen en negociar bien, para asegurar

un uso eficiente de los recursos públicos. En el momento en que las EPS dejan de ser dolientes del gasto, como ocurre con el no PBS, se subvierte una premisa básica del modelo.

Los servicios no PBS no son la causa del desequilibrio. Estos servicios, por lo demás, tienen razón de ser, pues en el mundo médico hay excepciones que ameritan prestaciones excepcionales. Por ejemplo, cuando un paciente resulta alérgico al medicamento común o desarrolla resistencia a un antibiótico de primera línea. El desequilibrio no surge por la existencia de servicios no PBS sino por una forma particular de financiarlos, que es el recobro. Podría haber otra forma de financiar las prestaciones excepcionales que preserve, al menos parcialmente, el equilibrio necesario en los incentivos implícitos en el sistema de salud.

Esquema de reaseguro

Hoy en día hay, de facto, dos aseguradores para los servicios de salud. Para aquellos que están en el PBS el asegurador es la EPS y para los que están por fuera del plan es el FOSYGA (hoy ADRES). Se podría concebir un esquema en la EPS asegure todos los servicios, y para aquellos que están por fuera el plan el gobierno actúe como reasegurador.

Al plantear el esquema consideramos tres posibles maneras de definir el contenido de un plan de beneficios⁴. Hay seguros cuya cobertura se define por el origen del riesgo, como en el SOAT y en riesgos laborales. En otros, se define por una lista de servicios, como en el PBS. En otros seguros la cobertura se puede definir por el valor de los servicios. Por ejemplo, se cubren todos los servicios cuyo valor no supere cierto umbral definido en términos monetarios. Así funcionan muchos seguros comerciales voluntarios.

Las tres maneras de definir la cobertura del seguro no son excluyentes. Podría concebirse un seguro que las combine. Así, el contenido del PBS podría definirse por los servicios incluidos en la lista, más todos aquellos servicios no incluidos, cuyo valor no supere cierto umbral. Para elaborar el ejemplo, consideramos los datos de la siguiente tabla.

Distribución de los recobros en medicamentos (valor en millones de pesos), 2015 y 2016

	2015				2016			
	Valor recobros	Valor máximo	Valor mínimo	Frecuencia	Valor recobros	Valor máximo	Valor mínimo	Frecuencia
Cuartiles								
1	23.261	0,034	0,000	1.374.278	30.270	0,038	0,000	1.458.922
2	80.620	0,086	0,034	1.374.271	91.832	0,090	0,038	1.450.683
3	168.772	0,175	0,086	1.375.092	185.936	0,177	0,090	1.454.842
4	1.568.630	520,441	0,175	1.373.170	1.624.110	646,165	0,177	1.454.303
Total	1.841.283	520,441	0,000	5.496.811	1.932.147	646,165	0,000	5.818.750

⁴ Ver “Diseño y reforma del Plan Obligatorio de Salud de Colombia”, Guerrero y Bossert, Documentos de Trabajo PROESA #2, 2012.

Deciles								
1	4.200	0,013	0,000	549.806	6.044	0,018	0,000	581.890
2	10.687	0,026	0,013	549.734	14.051	0,031	0,018	582.094
3	18.984	0,043	0,026	550.597	23.056	0,048	0,031	590.445
4	29.419	0,063	0,043	548.662	33.181	0,067	0,048	573.072
5	40.590	0,086	0,063	549.750	45.769	0,090	0,067	582.104
6	53.929	0,110	0,086	549.857	59.375	0,115	0,090	581.918
7	70.191	0,148	0,110	549.490	78.492	0,154	0,115	584.354
8	96.419	0,203	0,148	550.470	102.951	0,203	0,154	579.275
9	155.896	0,445	0,203	548.772	158.015	0,420	0,203	582.147
10	1.360.967	520.441	0,446	549.673	1.411.213	646,165	0,420	581.451
Total	1.841.283	520,441	0,000	5.496.811	1.932.147	646,165	0,000	5.818.750

Fuente: Base de Datos Recobros FOSYGA. Cálculos propios.

El PBS podría redefinirse para incluir todos los servicios definidos en la lista que el gobierno actualiza anualmente, más todos aquellos servicios cuyo valor no supere \$177.240. Estos últimos servicios dejarían de recobrase. Tomando como referencia los valores de 2016 (para medicamentos), se evitarían 4.4 millones de recobros (75% del total de recobros). Para las EPS, asumir esos servicios de bajo monto implicaría un gasto de \$308.037 millones de pesos a nivel agregado. Al introducir el esquema el gobierno tendría que decretar un aumento de una sola vez en la UPC por ese monto (equivalente a un incremento de aproximadamente 1.7%). En adelante, las EPS asumirían esas prestaciones excepcionales de monto bajo y se reduciría en un 75% el número de solicitudes de recobro.

Una forma de entender esta figura es que ADRES reasegura los servicios no-PBS pero establece un deducible (de \$177.240) que las EPS deben asumir antes de empezar a recobrar. Este reaseguro sólo les reembolsaría los valores que excedan del deducible (\$177.240, en este ejemplo).

Esta primera parte del esquema cumpliría con el propósito de reducir el número de solicitudes de recobro, y de esa manera disminuir los costos administrativos asociados al recobro. Para los servicios no-PBS que excedan el valor del deducible del reaseguro subsiste el desequilibrio en los incentivos, puesto que la EPS deja de ser doliente.

Para los servicios no-PBS cuyo valor exceda el deducible, ADRES podría asumir una fracción del valor de la cuenta. Por ejemplo, podría establecerse que el valor de las cuentas no-PBS que exceda de \$177.240 y hasta \$5.000.000⁵ sea asumido en un 50% por ADRES y en un 50% por la EPS. El gobierno tendría que compensar, a las EPS con aumento de una sola vez de \$846.898 millones en la UPC, para que asuman esa fracción de los servicios no PBS. Esta figura, que técnicamente corresponde a un co-aseguro,

⁵ Valor que corresponde al percentil 99 de la distribución

cumpliría con el propósito de incentivar a las EPS a negociar los mejores términos posibles para los servicios no-PBS.

Finalmente, el valor de las cuentas en exceso de \$5.000.000 sería asumido en la totalidad por ADRES. Serían relativamente pocas cuentas por montos muy altos, en la cuales podría concentrarse el esfuerzo de auditoría y regulación por parte del gobierno.

Al concebir este esquema hay que tener en cuenta puede haber más de un recobro para un paciente. De otra parte, las EPS pueden agrupar más o menos ítems en una solicitud de recobro. Así, podrían agrupar más ítems con el fin de superar el umbral del deducible para presentar el recobro. Por esta razón, sería más conveniente establecer los umbrales del deducible y el co-aseguro en términos de persona-año.

La siguiente tabla permite hacer la simulación en términos de persona-año, tomando como referencia los recobros aprobados de medicamentos 2016. Si se estableciera un límite de \$533.860 por persona año para deducible (decil 6), se evitarían 1,8 millones de recobros al año (última columna a la derecha). En ese caso habría que compensar a las EPS con un aumento de una sola vez de \$110.000 millones en la UPC. Si se estableciera un co-aseguro de 50% para el valor en exceso de \$533.860 de las cuentas por persona año, hasta \$2.689.794 (persona-año), habría que compensar a las EPS con un aumento de una sola vez de \$160.000 millones en la UPC.

Distribución decil base de datos medicamentos 2016 por persona

Decil	Valor agregado (en millones de pesos)	Máximo recobrado persona año (en pesos)	Mínimo recobrado persona año (en pesos)	Frecuencia (personas)	Recobro promedio del decil en pesos (persona 2016)	Frecuencia (# de recobros)	Frecuencia acumulada de recobros
1	\$ 2,030	\$ 34,241	\$ 20	104,780	19,373	139,987	139,987
2	\$ 5,634	\$ 75,150	\$ 34,242	104,771	53,774	197,163	337,150
3	\$ 10,818	\$ 134,700	\$ 75,152	104,781	103,246	251,849	588,999
4	\$ 18,151	\$ 216,053	\$ 134,704	104,743	173,293	309,321	898,320
5	\$ 28,943	\$ 343,710	\$ 216,055	105,018	275,598	407,627	1,305,947
6	\$ 45,233	\$ 533,860	\$ 343,712	104,520	432,769	516,693	1,822,640
7	\$ 70,316	\$ 837,098	\$ 533,863	104,768	671,158	681,799	2,504,439
8	\$ 112,447	\$ 1,377,630	\$ 837,109	104,769	1,073,284	864,191	3,368,630
9	\$ 199,824	\$ 2,689,794	\$ 1,377,653	104,770	1,907,266	1,108,954	4,477,584
10	\$ 1,438,751	\$ 1,731,893,165	\$ 2,689,840	104,767	13,732,868	1,341,166	5,818,750
Total	\$ 1,932,147	\$ 1,731,893,165	\$ 20	1,047,687	1,844,203	5,818,750	

Fuente: Base de Datos Recobros FOSYGA. Cálculos propios.

Los recursos con los cuales se daría el aumento de una sola vez en la UPC ya se están invirtiendo en el pago de recobros. No habría entonces una necesidad de gasto adicional sino una reasignación de parte del gasto actual, que se paga en recobros a-posteriori, a un pago ex ante para financiar las prestaciones excepcionales por debajo del deducible, y la parte no cubierta por el reaseguro. Los recursos que pasarían de pagarse ex post a ex ante fluirían con mayor celeridad, lo cual afectaría positivamente la liquidez.

En el diseño de este esquema habría que tener en cuenta que los aumentos de una sola vez en la UPC no necesariamente se deberían distribuir uniformemente en todos los grupos de edad, puesto que algunos grupos participan más que otros en los recobros de bajo valor persona-año.

Como toda política pública, este esquema estaría sujeto a la ley de las consecuencias no intencionadas. Habría que considerar con detenimiento si eventualmente el esquema podría inducir un efecto inflación. Podría ocurrir que las EPS inflen las cuentas para superar el umbral del deducible. Hay que tener en cuenta que sólo se les rembolsaría el valor de la cuenta que supere el deducible y en un porcentaje (por el reaseguro). En todo caso si un paciente tuviera cuentas de prestaciones excepcionales por \$500.000 año para un afiliado (por debajo del deducible) y las inflaran a \$700.000, recibirían \$83.000 adicionales⁶. Así las cosas, tendrían que incurrir en un gasto adicional de \$200.000 para recibir \$83.000. No se ve como una opción atractiva, salvo que se trate de una EPS integrada, en cuyo caso el gasto adicional de \$200.000 quedaría dentro del mismo grupo. Los procesos de auditoría tendrían que diseñarse previendo estas eventualidades.

5.2. Opciones de regulación de la unidad de transacción entre EPS e IPS

Los mecanismos de pago entre EPS e IPS deben asignar a cada una de las partes el riesgo que le corresponde. Las EPS deben asumir el riesgo epidemiológico (la probabilidad de que la gente se enferme). Para eso deben constituir reservas técnicas y hacer gestión en lo preventivo. Las IPS, por su parte, deben asumir el riesgo técnico. Por ejemplo, si un proceso de atención se prolonga más de lo esperado porque hay eventos adversos, readmisiones u otras fallas en la prestación, la IPS debería asumir el costo adicional.

Este ideal no es fácil de lograr. Hay algunos servicios rutinarios de atención primaria que típicamente se pagan al prestador por capitación. Hay otros servicios complejos que no se pueden inscribir en un proceso de atención predecible, como ocurre por ejemplo con las dolencias difíciles de diagnosticar o clasificar. En estos casos el pago por servicio (fee for service) es inevitable. Hay otros servicios, sin embargo, que sí se pueden catalogar en un proceso de atención relativamente predecible. Estos incluyen muchos procedimientos quirúrgicos o tratamientos de ciertas enfermedades claramente diagnosticadas con una ruta de atención conocida. Puede haber variabilidad en los procesos de atención, naturalmente. Hay pacientes más complejos que otros, por ejemplo. Sin embargo, es factible calcular cuánto vale en promedio cada proceso de atención y diseñar pagos prospectivos que incluyan todo lo necesario para atender la dolencia o problema de salud.

Para muchos procedimientos quirúrgicos y algunos no quirúrgicos ya existen modalidades de pago globales. Sin embargo, la definición de los contenidos de los paquetes de servicios no es estándar. Estandarizar esta modalidad de pago, y ampliar su alcance dentro del sistema, traería ventajas. Acercaría el sistema al ideal de asignar el riesgo

⁶ $(\$700.000 - \$533.863) * 50\% = \$83.000$

técnico al prestador, simplificaría la facturación y reduciría los costos de transacción entre EPS e IPS. Para calcular la UPS el gobierno utilizaría las frecuencias de los eventos y el precio observado de los paquetes de servicios en el mercado. Esta modalidad de pago también facilitaría la regulación de los servicios no PBS a futuro.

La innovación tecnológica puede considerarse como un riesgo desde el punto de vista financiero. La llegada de nuevas tecnologías puede encarecer los costos de atención. Hoy en día es riesgo no está siendo asumido o internalizado por los actores del sistema sino que lo está asumiendo enteramente el gobierno (FOSYGA-ADRES). Podría establecerse que los nuevos medicamentos necesarios para atender una dolencia se entiendan incluidos en el respectivo paquete⁷. Así, si los nuevos medicamentos producen un beneficio que justifique su precio, el prestador tenderá a incorporarlos a su práctica automáticamente, sin que haya recobros. Si el nuevo medicamento es aconsejable desde el punto de vista médico pero incrementa los costos de atención el prestador debería solicitar al gobierno que intervenga. Este último podría regular precios y/o aplicar un ajuste a los valores de referencia del procedimiento (paquete) al calcular la UPC, con lo cual EPS e IPS podrían renegociar los valores de los paquetes incluyendo el nuevo medicamento o tecnología.

6. Resumen y conclusiones

El objetivo del presente estudio fue el de presentar, con base en la información proporcionada por el IETS opciones de política para una mejor gestión de las tecnologías no incluidas en el aseguramiento colectivo o Plan de Beneficios en Salud. El principal reto del estudio fue homogeneizar la información entregada, se encontraron un buen número de vacíos y de inconsistencias en las bases de datos que no permiten llevar los análisis a mayores niveles de detalle.

Un primer hallazgo muy importante del estudio descriptivo (volumen 1) mostró que un porcentaje significativo de los recobros en 2015, el 35% no estaba asociado a códigos diagnósticos que representen carga de enfermedad de acuerdo con la clasificación utilizada internacionalmente. Esto representa un monto de 848 mil millones de pesos y 3.5 millones de eventos recobrados. Esto no significa necesariamente que todos estos recursos no sean necesarios, pero si significa que la dinámica y demanda de las tecnologías recobradas no sigue necesariamente un criterio de priorización por carga de enfermedad.

Los datos también revelan que el 60% de los recobros están asociados a enfermedades no transmisibles, de carácter crónico. De hecho, el 72% de los recobros por medicamentos son periódicos, el 79% de los servicios complementarios y el 64% de los dispositivos e insumos. Lo que significa que muchas de estas tecnologías demandan necesariamente modelos de gestión diferentes dada la periodicidad con que se utilizan y utilizarán en adelante.

⁷ El ministerio de Salud ya ha conceptualizado que si un procedimiento quirúrgico es PBS, lo son también todos los elementos o insumos necesarios para para realizarlo.

Cabe destacar que el gobierno ha adelantado políticas para gestionar y para corregir los incentivos perversos en el sistema, como también para mejorar la liquidez en el sistema. Por ejemplo, desde 2011 el gobierno adelanta una política de control de precios a los medicamentos. En 2017, entró en funcionamiento el sistema electrónico de autorizaciones MIPRES para estandarizar la información. En 2017 se realizó la primera compra centralizada de un medicamento No PBS para la hepatitis C mediante el Fondo Rotatorio Regional para la Adquisición de Productos Estratégicos de Salud Pública de la Organización Panamericana de la Salud. También en 2017 entró en funcionamiento el mecanismo participativo de exclusiones que busca producir de manera consensuada una lista de tecnologías que no serán cubiertas con recursos públicos. De igual forma el gobierno continúa de acuerdo a la ley actualizando el PBS cada dos años.

En este estudio se presentaron y se cuantificaron (sujeto a las limitaciones de información) alternativas de gestión que deben acompañar a las medidas antes mencionadas. El siguiente cuadro las resume:

Resultados simulaciones

Política	Valor esperado	Notas
Exclusiones del PBS- Medicamentos Minsalud	7,838	Todos los medicamentos
Exclusiones al PBS – Servicios complementarios	0 – 33,369	Máximo según categorías del decreto del gobierno y análisis propio de PROESA
Inclusiones al PBS Tratamiento de Primera Línea	202,179	Para cinco patologías trazadoras
Exclusiones al PBS según experiencia internacional	11,322	Para cinco patologías trazadoras
Modelo de gestión de riesgo EPS	293,234	EPS convergen a recobro año-persona más bajo de todas las EPS
Regulación del margen de dispensación	25,425-50,851	Reducción del 50% al margen. Ahorros se darían en años futuros
Modelos de agregación de demanda-directo	15,861	Reducción 10% gasto en medicamentos ambulatorios
Modelos de agregación de demanda-indirecto	186,600	Liquidez para EPS y menor costo de transacción
Esquema de reaseguro: inclusiones al PBS de tecnologías bajo valor alta frecuencia-Directo	308,037	Incremento UPC por una sola vez para todo recobro de menor valor a 178,000
Esquema de reaseguro: inclusiones al PBS de tecnologías bajo valor alta frecuencia-Indirecto	21,384	Menor costo de transacción de 4.3 millones de recobros valorados a \$4,900

Las medidas de política propuestas se pueden dividir entre aquellas que aumentan el PBS (inclusiones) y aquellas que reducen el gasto agregado. Esto quiere decir que el estudio reconoce que buena parte del PBS, al menos, desde una perspectiva clínica, se encuentra atrasado y que los recobros, dada la garantía constitucional al derecho a la salud y la Ley Estatutaria, son en buena medida una manifestación de un crecimiento desordenado de la demanda por tecnologías en el país. La falta de guías de práctica clínica en un buen número de patologías, incluso las de alto costo, muestra que hay espacio para mejorar y ordenar la entrada de tecnologías al PBS.

En este sentido las políticas que mayor efecto tendrían en la gestión son aquellas que reconocen la existencia de los recobros como parte del sistema y los gestionan de una manera diferente al reembolso. El esquema de reaseguro propuesto para las tecnologías de bajo valor y alta frecuencia, no es costo en términos monetarios puesto que el dinero ya se está gastando y sí implicaría ahorros importantes en costos de transacción para el sistema, además de aumentar la liquidez del sistema.

Sigue en importancia la gestión de medicamentos ambulatorios no-PBS con modelos de agregación de demanda como los ya vigentes en el mercado para las tecnologías PBS. De nuevo, esta opción aporta liquidez, menores costos de transacción, e inclusiones al sistema, pasando de un pagador sin capacidad de gestión de riesgo a pagadores con mayores incentivos para controlar el costo médico.

La política de exclusión de tecnologías es necesarias y deben continuar, especialmente en materia de servicios complementarios. Es en este terreno donde mayores avances se pueden hacer dada la ausencia de evidencia clínica. No obstante debe reconocerse que dada la participación porcentual de estas tecnologías dentro del universo de recobros, su potencial de ahorro es limitado.

Finalmente, destacamos dentro de las opciones de política que no pudieron ser cuantificadas, la necesidad de concentrar la gestión de las enfermedades huérfanas y raras en centros de excelencia académica, con mayor rendición de cuentas y visibilidad pública y de monitoreo y seguimiento por parte del Ministerio.