

Guía para Mecanismos de Pago a Proveedores por Productos. Implementación del Modelo Nacional de Salud

[Proyecto MSH/ULAT Honduras Componente de Reforma]
[Diciembre 2013]

Palabras Clave:

[Pago; Gestión; Productos; Productos; Proveedores; Incentivo; Riesgo Financiero; Servicios; Salud; Provisión; Bonificación; Rectoría; Modelo; Implementación.]

Key words:

Health Service Providers, financial risk,

This report was made possible through support provided by the US Agency for International Development, under the terms of [The United States Agency for International Development (USAID) under the USAID/Honduras] Number [AID-522-C-11-000001]. The opinions expressed herein are those of the author(s) and do not necessarily reflect the views of the US Agency for International Development.

Unidad Local de Apoyo Técnico para Salud
Management Sciences for Health
Tegucigalpa M.D.C.
Honduras C.A.
Telephone: (504) 2235-5919
www.msh.org



“Por una Honduras Saludable”

Modelo Nacional de Salud

Serie de Guías Técnicas para la Implementación del MNS

Guía Mecanismos de Pago a Proveedores por Productos

La elaboración de esta guía ha sido posible gracias al generoso apoyo del Pueblo de los Estados Unidos de América a través de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID). El contenido del mismo es responsabilidad de la Secretaría de Salud de Honduras y no necesariamente refleja el punto de vista de la USAID o del Gobierno de los Estados Unidos.

REPÚBLICA DE HONDURAS
SECRETARÍA DE SALUD

GUIAS TECNICAS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO NACIONAL DE SALUD



Guía Mecanismos de pago a Proveedores por Producto

POR UNA HONDURAS SALUDABLE

Tegucigalpa, Octubre 2013

Contenido:

- 1. Introducción.**
- 2. Propósito y Objetivos de la Guía.**
- 3. Justificación.**
- 4. Ámbito de aplicación.**
- 5. Marco Conceptual.**
 - 5.1. Mecanismos de pago a gestores.**
 - 5.2. Los Mecanismos de Pago como instrumentos de gestión.**
 - 5.3. Elementos necesarios en toda relación de provisión de servicios de salud.**
 - 5.4. Clasificación de los Mecanismos de Pago.**
- 6. Dimensiones de los Mecanismos de Pago.**
 - 6.1. Unidad de pago.**
 - 6.2. La distribución del Riesgo Financiero.**
 - 6.3. Incentivos.**
- 7. Opciones de Mecanismos de Pago:**
 - 7.1. Pago por Servicios Prestados.**
 - 7.2. Pago por Caso.**
 - 7.3. Pago a Cargo Diario.**
 - 7.4. Pago de Bonificaciones.**
 - 7.5. Pago por Tarifa Única.**
 - 7.6. Pago por Capitación.**
 - 7.7. Pago por Sueldo.**
 - 7.8. Pago por Presupuesto.**
- 8. Criterios para la elección de Mecanismos de Pago.**
 - 8.1. Según su implicación en los resultados de los planes de salud.**
 - 8.2. Según Nivel de Atención y tipo de proveedor.**
 - 8.3. Según incentivos, impacto y complejidad administrativa.**
 - 8.4. Atributos básicos del Sistema de Información.**

1. Introducción.

El documento marco de la reforma del sector salud señala que la separación de la gestión de los servicios de salud del conjunto de funciones sustantivas de la rectoría a través de un proceso efectivo y acelerado de descentralización de la gestión, constituirá la estrategia fundamental para hacer posible la extensión de la cobertura efectiva de servicios de salud a los grupos tradicionalmente excluidos y sub atendidos y que contribuirá a la vez, al fortalecimiento de la rectoría. Adoptando diferentes modalidades de acuerdo a las circunstancias locales logrará que el sistema de salud -en su conjunto- adquiera la capacidad de respuesta eficaz, eficiente, oportuna y organizada, que las circunstancias actuales demandan.

Para ello -advierte- la SESAL deberá avanzar en la extensión de cobertura propiciando el diseño, formalización e implementación de los instrumentos necesarios que faciliten la transferencia ordenada y transparente de recursos a gestores públicos, no públicos y sociales. Esta transferencia es importante no sólo porque provee los recursos que financian la atención y provisión de servicios de salud, sino porque los mecanismos que se establezcan para el pago de estos servicios deberán generar los incentivos apropiados para que los gestores lo hagan eficazmente; además es estratégico en la búsqueda de la eficiencia del sistema; definiendo con claridad: i) qué intervenciones y servicios de salud se deben financiar, ii) bajo qué forma de relacionamiento y iii) **el mejor mecanismo de pago.**

A partir de la reforma del sector salud en Honduras, la manera de prestar los servicios de salud que resulte más eficaz en función de los costos incurridos ha adquirido mayor interés entre los funcionarios de gobierno central (SESAL, SEPLAN, SEFIN, IHSS), de gobiernos locales (municipalidades y mancomunidades), de organizaciones no públicas, de la población usuaria y de la sociedad en general. Por tanto, los mecanismos de pago a proveedores de servicios de salud es, uno de los puntos clave de este interés.

Para la SESAL como ente rector, resulta clave la implementación y fortalecimiento de mecanismos de asignación de los recursos a las unidades gestoras de servicios de salud, orientados a estimular el incremento de la calidad, la equidad, la cobertura, la complementariedad y la eficiencia de los servicios de salud. Afortunadamente **dispone** de experiencia y conocimiento sobre estos mecanismos; sus fines, ventajas, desventajas, alcances e implicaciones. Por lo que algunas de sus instancias claves como la Unidad de Planeamiento y Evaluación de la Gestión **y la Unidad de Extensión de Cobertura y Financiamiento** han comenzado la discusión y análisis de aquellos mecanismos de pago que, de acuerdo a criterios técnicos como; incentivos a la calidad, la eficiencia y la productividad e impacto en los costos de la atención a la salud, así como la facilidad de recopilar la información para su construcción, complejidad administrativa, potencial de facturación ficticia, y capacidad técnica de la institución para su manejo, han considerado **factibles** de aplicar para el fortalecimiento de la función rectora de la SESAL.

Una vez estos atributos sean debidamente definidos, negociados y valorados, deberán ser consignados en los **acuerdos de gestión descentralizada**, para la planificación, la administración y el control de los servicios de salud.

Esta Guía presenta de forma sistemática, las principales características de los mecanismos de pago a proveedores de servicios de salud, comparte además, criterios básicos, complementado con ejemplos prácticos de análisis, para facilitar su selección e implementación efectivas. Indudablemente su complejidad

y repercusiones, requerirán de profundizar el análisis de las experiencias que se vayan desarrollando entre las diferentes instancias técnicas y políticas de la SESAL.

2. Propósito y Objetivos de la Guía:

Su propósito es incentivar conductas en los gestores y los proveedores relativas a incrementar la cantidad, la calidad y la productividad; la identificación con los objetivos de la organización y la solidaridad, así como a la identificación, disminución o eliminación de barreras, prácticas e inequidades de género u otra condición, y conductas positivas en los(as) usuarios(as) influyendo sobre su satisfacción y la motivación de los gestores y los prestadores.¹

Sus objetivos:

- Complementar la instrumentación necesaria para la implementación del MNS.
- Contribuir a la difusión y comprensión de las diferentes opciones de mecanismos de pago disponibles en el Sistema Nacional de Salud.
- Proponer **aquellos** mecanismos de pago, que desde la perspectiva técnica, constituyen alternativas **factibles** de aplicar para el desarrollo efectivo del MNS.
- Contribuir al desarrollo de la capacidad técnica institucional de la SESAL y de los gestores y proveedores de servicios de salud para la implementación de diferentes mecanismos de pago.
- Fomentar la aplicación de mecanismos de pago innovadores que estimulen la optimización de los costos en salud; la productividad, el rendimiento y la calidad.
- Propiciar que las autoridades y técnicos del sector salud y otros ligados a éste, valoren la importancia de los mecanismos de pago, como herramientas fundamentales en el proceso de reforma y modernización del sector salud del país.
- Regular algunos aspectos de la relación entre los gestores de servicios de salud y la SESAL responsable del pago de los servicios de salud brindados a la población a su cargo.

3. Justificación.

La provisión de servicios de salud constituye una acción social y una acción económica. En su carácter de acción social involucra a un conjunto de actores que se articulan de múltiples formas, unas veces más cooperativas y otras más conflictivas. En su carácter de acción económica involucra flujos de recursos, incorpora valor y desarrolla bienes y servicios. El análisis y la cuidadosa selección de los mecanismos de pago por los servicios de salud provistos requieren ser considerados desde estas dos dimensiones.

En este marco, el mecanismo de pago forma parte de los **acuerdos de gestión suscritos entre** dos o más actores **del sistema** —financiado, gestor, proveedor— que crea incentivos² específicos para la mejor provisión y estimula determinadas conductas deseables en los gestores y prestadores **de servicios de salud**.

¹ Modelo Nacional de Salud, página 78.

² **Incentivo** es un estímulo que al aplicarse incita o provoca una acción, que puede significar un beneficio o un castigo. Permite cierto grado de libertad para que los actores o agentes elijan si emprenden una acción o no, siendo un elemento motriz de la acción misma, contribuyendo a darle una direccionalidad a favor de la acción. Es claro que los incentivos pueden tener un carácter positivo —cuando premian a quien muestra el comportamiento deseado— o negativo cuando castigan a quien se desvía de dicho comportamiento.

Todo mecanismo de pago se establece a través de una relación **de sociedad** entre dos actores: un principal (el financiador) y un agente (**en el caso de Honduras, el gestor**), donde el primero **transfiere recursos financieros** al segundo para que provea un conjunto **acordado** de bienes y servicios de salud. De acuerdo a experiencias documentadas³ no existe el contrato perfecto pero se puede llegar al mejor acuerdo posible si el principal genera incentivos de manera que la mejor opción para el agente sea alinear lo más posible sus metas con las del principal. Esos incentivos se relacionan especialmente con **los mecanismos de pago**.

Las reformas en el pago a **gestores** de servicios de salud afectan principalmente a cuatro actores: i) la infraestructura sanitaria (por ej. redes, hospitales), ii) los trabajadores de la salud (por ej. médicos y enfermeras(os), promotores(as), etc.), iii) los pacientes/usuarios(as) y iv) **las instituciones que financian o pagan los servicios**. Cada actor tiene sus propios objetivos e intereses que pueden o no coincidir con los de los demás. Dependiendo de la manera en que se utilicen los mecanismos de pago a gestores o a proveedores, pueden aumentar las diferencias entre estos o pueden constituir un medio para conciliar los objetivos e intereses de cada actor con el resto.

Cualquiera que sea la modalidad de Acuerdo de Gestión entre el financiador y el gestor, el proceso de provisión de servicios de salud siempre generará un producto o un servicio, el cual tiene –invariablemente– un costo de producción y, por el que –en este contexto–, **se debe pagar**.

Los mecanismos de pago **constituyen** –por tanto– un medio que permite llegar a un término medio entre actores que tienen distintos intereses y objetivos, así como también ofrecer incentivos financieros para alentar a los actores a alcanzar esos objetivos. **Por ello, resulta no sólo justificable sino también importante explorar y definir las diferentes opciones de mecanismos de pago a gestores de servicios de salud que todo sistema de salud, como el nuestro, ofrece.**

Finalmente, la Organización Mundial de la Salud⁴ sugiere que “los acuerdos de gestión (cualquier modalidad) establecidos por medio de mecanismos de pago, deben mejorar la eficacia y la calidad, aumentar la disponibilidad, respetar los derechos del paciente y ser fáciles de implementar. A menudo, es posible combinar diversos mecanismos de pago para así incrementar la productividad, de una forma segura, sin dejar de mantener satisfecho al paciente y ejercer un control adecuado de los costos”.

4. **Ámbito de aplicación.**

La presente Guía contribuye a regular a través de los acuerdos de gestión (en cualquiera de sus modalidades) algunos aspectos de la relación entre los gestores de servicios de salud y las instituciones nacionales responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo, como la Secretaría de Salud, el Instituto Hondureño de Seguridad Social y otros similares.

Está dirigida a los funcionarios técnicos y administrativos a cargo de la administración de Acuerdos de Gestión Descentralizada de Servicios de Salud en las instituciones del sector público (SESAL, IHSS, etc.) y de las entidades gestoras y proveedoras de cualquier servicio de salud de 1ro. y 2do. nivel de atención.

En el futuro, cuando las entidades que administran regímenes especiales y de excepción suscriban acuerdos con gestores o proveedores de servicios de salud, sus actuaciones se orientarán por esta Guía.

5. **Marco Conceptual.**

³ Daniel Maceira, M.S. Abt Associates Inc. Agosto 1998.

⁴ Organización Mundial de la Salud, ORE. 1996. *European Health Care Reforms: Analysis of Current Strategies*.

5.1. Mecanismos de pago a Gestores o Proveedores de Servicios de Salud.

Los mecanismos de pago a los gestores o a proveedores de servicios de salud es uno de los componentes más importantes de las relaciones entre los actores del sistema de salud y uno de sus signos definidores.

Por mecanismos de pago se entiende las diferentes formas en que se organiza el pago o la remuneración que recibe un gestor o un proveedor de servicios de salud⁵ de parte de una institución (pública o privada) que paga por la prestación de sus servicios a un paciente o grupo de pacientes de su responsabilidad; vinculando la producción y el financiamiento de manera eficiente y equitativa e incentivando la productividad y la calidad de las prestaciones de salud acordadas. Implica ordenar la composición, distribución y entrega de la oferta de servicios, las relaciones del personal de salud entre sí y con los usuarios(as) y pacientes, la previsión y el control de los costos globales de la atención y cuidado de la salud, así como el registro de la producción y calidad de los servicios.

Estos mecanismos son poderosas herramientas de gestión de los modelos nacionales de salud ya que permiten incidir sobre la producción, el gasto, la calidad de la atención y sobre la conducta de las personas.

El análisis y diseño de los mecanismos de pago más adecuados para cada situación se ha transformado en un nuevo enfoque fundamental de la gestión por resultados y la gestión descentralizada de los servicios de salud, que promete dar respuesta a gran parte de los desafíos de la reforma del sector salud y, no obstante, cada uno de ellos tiene virtudes y defectos que varían según el contexto en que se los utilice.

Definen la forma en qué y por qué se asigna **-al gestor o al proveedor del servicio de salud-** el dinero proveniente del gobierno, del asegurador u otro organismo financiador (público o no público). Distintos mecanismos de pago generan distintos incentivos para la productividad, los costos, la calidad y la utilización de la infraestructura de salud, y éstos pueden variar según los intereses de los actores clave de que se trate: del proveedor, del gestor, del paciente/usuario(a) o, del financiador/pagador.

La introducción de mecanismos de pago puede ser utilizada como base para aplicar reformas de salud orientadas, por ejemplo, al mejoramiento de la gestión y la calidad **de la atención**, la separación entre el financiamiento y la provisión de los servicios de salud, la descentralización de la gestión por resultados, y el incremento de la cobertura **y de la accesibilidad**; en particular es un tema relevante para el financiamiento de los servicios de salud y, si los incentivos de las partes involucradas están bien alineados, se puede promover una mayor eficiencia y equidad dentro del sistema de salud.

Y así, cuando el ente pagador (en nuestro caso y, por ahora, la SESAL) desea mejorar la eficiencia y la calidad de los servicios de salud utilizando sus propios fondos, los mecanismos de pago a los gestores o a los proveedores son un aspecto importante que hay que considerar. A menudo, la modificación de estos mecanismos es la base para aplicar medidas de reforma de salud más amplias, destinadas a frenar costos y usar los recursos existentes de manera más eficiente, y también para mejorar la calidad de la atención y asegurar un acceso equitativo en términos financieros.

5.2. Los Mecanismos de Pago como instrumentos de gestión.

En la práctica, el mecanismo mediante el cual se pagará o remunerará al gestor o al proveedor está estrechamente relacionado con los siguientes factores, condicionando:

⁵ El proveedor puede ser un órgano de carácter público o no público; como una red integrada de servicios de salud, un, un hospital general (Tipo I), clínica u hospital del sector no público, etc.

- **La oferta, porque:**
 - Cada mecanismos de pago puede estimular la sub prestación, la sobre prestación o la retención del paciente por parte del proveedor o del gestor.
 - Unos mecanismos de pago están estrictamente limitados a los servicios curativos y otros son más compatibles con los preventivos y de promoción.
 - Alterando tanto el mecanismo como los valores a ser pagados se puede estimular la concentración de profesionales en una determinada especialidad y el área geográfica y se puede estimular el desarrollo de determinadas técnicas y conocimientos.

- **La demanda, porque:**
 - Algunos mecanismos facilitan más la inducción de la demanda por los médicos que otros.
 - Cada mecanismo influye de determinada manera sobre la relación médico-paciente.

- **La gestión, porque:**
 - Los mecanismos de pago han demostrado ser importantes en la determinación de cuánto servicio es proveído, de qué clase y cuánto cuesta.
 - Los mecanismos de pago son útiles para el control de costos y facilitan el control del gasto improductivo.
 - Algunos mecanismos ofrecen a los administradores una mayor previsibilidad del gasto total por prestación que otros.
 - Algunos son más fáciles de administrar y otros son más complejos;
 - Algunos estimulan más la calidad de la atención y/o la eficiencia técnica que otros;
 - Algunos permiten un mayor margen para redistribuir recursos que otros.
 - Algunos requieren de sistemas de información más sofisticados que otros.

- **En conclusión, se advierte que todos los mecanismos de pago tienen fortalezas y debilidades y varían según el contexto en que se los utilice, sin embargo, cualquiera que sea el mecanismo o la combinación de mecanismos seleccionado deberá:**
 - Incentivar en los proveedores conductas relativas a incrementar la calidad, la productividad, la identificación con los objetivos de la organización y la solidaridad;
 - Incentivar la identificación, disminución o eliminación de barreras, prácticas e inequidades de género u otras razones innecesarias.
 - Incentivar en los usuarios y pacientes conductas positivas, influyendo sobre su satisfacción y la motivación de los prestadores.

5.3. Elementos necesarios en toda relación de provisión de servicios de salud.

Cuando se hace referencia a los elementos necesarios en toda relación de provisión de servicios de salud, se consideran a aquellos que influyen en la determinación del volumen de ingresos a ser percibido por el gestor o el proveedor. En esta relación se suele identificar cuatro elementos o actores:

- **El Pagador⁶:** el ente financiador que provee los recursos financieros para la provisión de los servicios o bienes de salud y que establece el mecanismos y nivel de pago a los gestores o a los proveedores.

⁶ El documento Marco de la Reforma del Sector Salud señala que “la separación y consolidación institucional de las funciones de financiamiento y de aseguramiento significará arribar a una etapa avanzada dentro del proceso de reforma, con la creación de las instituciones correspondientes para que las ejerzan independientemente de su

- **La persona o personas que necesitan y demandan los bienes y servicios de salud:** pacientes y usuarios(as), quienes pueden contar con mayor o menor cobertura de prestaciones de salud.
- **El gestor o proveedor:** que, directa o indirectamente, proporciona los bienes y servicios de salud demandados y acordados con el ente pagador. Pueden ser: instituciones (redes integradas de servicios de salud, clínicas, hospitales, laboratorios, centros de diagnósticos, centros de rehabilitación, etc. y profesionales, personal o trabajador de la salud) que toman decisiones sobre diagnósticos y tratamientos.
- **Establecimientos:** redes y unidades, infraestructura clínica, tecnología, capacidad resolutive, de servicios de salud, etc.

5.4. Clasificación de los Mecanismos de Pago.

Existen varias opciones de mecanismos para el pago de los servicios de salud, cada uno de los cuales presenta ventajas y desventajas específicas y, pueden ser clasificados según las siguientes cuestiones:

- ¿Cuál es el enfoque u orientación del financiamiento?

Hacia la oferta o hacia la demanda.

Hacia la salud (promoción/prevenición del daño) o la enfermedad (restablecimiento de la salud).

- ¿Cuándo se paga o cuándo se realiza el cálculo de los volúmenes a ser pagos?

Aquí se distingue entre mecanismos prospectivos y retrospectivos. La variable clave que justifica esta distinción es la previsibilidad del gasto dentro del sistema. Los mecanismos de pago retrospectivo son mucho menos previsibles por que el pagador (financiador o asegurador) debe pagar cada mes la factura que le presentan los proveedores o gestores y tiene poca capacidad para prever el monto total de dicha factura. En otras palabras, en mecanismos de pago retrospectivo, como el pago por prestación, cada mes el pagador firma un “cheque en blanco” a ser llenado por los prestadores o gestores. Por esto, se caracteriza por incrementar los costos.

Los mecanismos de pago prospectivo son aquellos en donde la entidad que paga (asegurador o financiador) preestablece los volúmenes a ser pagados con diferentes grados de rigidez. Un ejemplo lo constituye el pago por capitación en el cual el asegurador o financiador sabe cuánto pagará a los prestadores o gestores de acuerdo a sus beneficiarios pero, independientemente de la utilización que estos hagan de los servicios. En este se debe anticipar y predecir los costos futuros, e incentiva más la eficacia pues el proveedor o gestor enfrenta un riesgo financiero mayor que con el pago retrospectivo.

El pago mixto, que combina pagos anticipados y retroactivos, podrá ser una buena alternativa para llegar a un término medio de acuerdo a los objetivos y beneficios de los diferentes actores.

- **¿A quién se paga o remunera? Los mecanismos de pago pueden aplicar a:**

denominación”, y que “el abordaje de la función de financiamiento incluirá, entre otras, “b) La consideración, en la administración de fondos, la posibilidad del establecimiento de un fondo único (**Fondo Nacional de Salud**)... para financiar acciones de salud pública; y la implementación de seguros especiales... y, e) La definición de proveedores de servicios de salud y sus formas de pago, entendido como las distintas formas que existen para transferir los recursos del agente financiero a los proveedores... Se podrá escoger una combinación de éstos y no siempre se utilizarán todos.” (Marcopolo. Páginas 60 y 62).

i) Profesionales: los mecanismos de pago tradicionales son el salario, el pago por acto médico o pago por prestación y el pago por capitación; también existen alternativas intermedias que consisten en combinaciones de elementos propios de cada uno.

ii) Establecimientos y redes de servicios: se pueden listar distintas alternativas de pago por presupuesto (por paquetes o por servicio), pago por procedimientos o intervenciones, por día de estancia, y otras alternativas que representan unidades compuestas más complejas, como los denominados acuerdos de gestión.

iii) Entidades intermediarias o gestores: se utiliza especialmente por capitación, a los que ahora se agregan los más sofisticados modelos de pago por producto y resultados.

- **¿En qué tipo de organización del sistema?**

Aunque los aspectos organizacionales de un sistema de salud son múltiples, se destacarán aquí aquellos que importan especialmente en la definición de los mecanismos de pago. Una de las formas de diferenciar a los sistemas de salud distingue, por un lado, aquellos que separan el financiamiento de la provisión del servicio, y por el otro, aquellos en donde el que financia provee los servicios directamente.

Mientras que los primeros tienden a financiar la demanda (es decir: “el dinero sigue al paciente”) los segundos tienden a financiar la oferta. Para los primeros la mayor parte de los costos de la atención médica son “costos variables” mientras que para los segundos son “costos fijos”.

Los de organización indirecta se realizan a través de sistemas de seguro o prepago. Mientras que los sistemas de organización directa son aquellos que cuentan con una estructura propia y pueden gestionar y proveer servicios por delegación a través de sus propios establecimientos, hospitales o redes integradas de servicios de salud, bajo Acuerdo de Gestión (modalidad Compromiso de Gestión⁷); tal como lo indica el documento Marco de la reforma del sector salud⁸.

En los sistemas en los que la provisión de servicios y la financiación se encuentran separadas o son indirectas suele aparecer la figura del intermediario o gestor que asume –por reasignación- una serie de responsabilidades a través de un convenio⁹ o contrato, según la naturaleza jurídica del gestor (público o no público), y en el cual se establece el mecanismo de pago.

⁷ **Compromiso de Gestión:** ““Es el instrumento legal de relacionamiento en el proceso de **delegación** de la función de la provisión de servicios de salud **y su gestión**, que se suscribe entre la instancia de conducción política y el ente gestor de la unidad que provee servicios, en el que se establecen las obligaciones y responsabilidades de cada una de las instancias suscriptoras en relación a la definición de los resultados que se desean obtener en el periodo de programación correspondiente, el modelo de gestión a aplicar para obtenerlos, así como la forma y flujo del financiamiento que sustentará el mismo”. Plan Nacional de Descentralización de los Servicios de Salud. SESAL. 2010.

⁸ Para abordar el desafío de “cambiar las reglas del financiamiento para los **proveedores públicos** que deberán actuar de acuerdo a gestión por resultados, en las redes intermunicipales y los hospitales, se desarrollará un proceso de modernización administrativa que pueda permitir sustentar la autonomía de la gestión, incluyendo:... b) La formalización del relacionamiento a través de los **compromisos de gestión** y evaluación del desempeño”. Marcopolo. Pág. 57 y 58. SESAL. 2009.

⁹ **Convenio de Gestión:** “Instrumento legal y técnico que establece el relacionamiento entre la SS y el gestor. En el que se definen los objetivos y metas de salud a alcanzar con los recursos financieros en función de las necesidades de la población para el período correspondiente”. Cláusula Tercera. Convenio de Gestión UECF/SESAL. En este caso, el Plan

En consecuencia, se producen distintas combinaciones posibles entre la forma de pago contractual y la del profesional que van a caracterizar al modelo de provisión, e influirán tanto en la utilización de los servicios como en los resultados de la atención.

- **¿Cuáles son Las ventajas y desventajas de cada mecanismo de pago?**

Para seleccionar el mejor mecanismo o mejor combinación se debe considerar todo aquél o aquella que genere mayores incentivos en los proveedores o gestores para alcanzar los resultados esperados en términos de productividad, costos y calidad.

6. Dimensiones de los Mecanismos de Pago.

Los mecanismos de pago vigentes en la mayoría de los países, se clasifican en función del análisis de tres dimensiones fundamentales:

- **La Unidad de Pago:**

Es la unidad en la que se basa el monto a pagar y representa una medida de los recursos remunerados. Se diferencian por el nivel de agregación de los servicios de salud remunerados, y con base a ese nivel, pueden ser ordenados o clasificados.

Al gestor o al proveedor (según con quien se suscribió el Acuerdo de Gestión) se le puede remunerar por la cantidad de tiempo que invierta, la cantidad de servicios que provea, el número de personas que sirve, etc. En general, se pueden distinguir tres tipos de unidades de pago, según:

- **Los insumos** o “inputs”,
- **Los productos intermedios** como, estancia hospitalaria y,
- **Los productos finales** como, total de servicios prestados por persona en un periodo de tiempo.

- **La Distribución de Riesgos Financieros:**

Se refiere a cómo se traspassa el riesgo económico que implica la atención, entre el agente financiador¹⁰ (o comprador) y los gestores o proveedores. El riesgo surge por la imposibilidad de predecir el costo futuro del servicio de salud debido a la heterogeneidad del gestor o proveedor. Con ello, cada mecanismo de pago conlleva ciertos riesgos económicos.

El riesgo genera incentivos para reestructurar y reorganizar la gestión de la provisión de los servicios de salud de manera más efectiva, eficiente y sensible frente a las necesidades y demandas de los pacientes y usuarios(as). Sin embargo, estos incentivos sólo funcionan si los administradores de los establecimientos y redes de servicios de salud cuentan con la autonomía y flexibilidad necesarias para reasignar los recursos, como por ejemplo poder agregar o eliminar ciertos tipos de servicios, cambiar el escenario de los

Nacional de Descentralización de los Servicios de Salud señala que el Convenio de Gestión procede cuando la SESAL resuelve mediante **la reasignación** transferir a organismos constituidos o autorizados conforme ley que no forman parte de su estructura administrativa, la facultad de gestionar la provisión de los servicios de salud.

¹⁰ **Financiador:** “Persona, grupo u organización que aporta el recurso financiero para la ejecución del Convenio de Gestión”. Cláusula Tercera, Convenio de Gestión. UECE/SESAL.

tratamientos de pacientes hospitalizados a pacientes ambulatorios o alterar el tamaño y la composición del personal.

➤ Incentivos:

En teoría económica la palabra incentivo significa un estímulo a actuar de una manera particular. Un sistema de incentivos se entiende como un conjunto de recompensas y condiciones que influyen en la conducta de los gestores y proveedores (agentes) al perseguir éstos su propio interés y que, modificando sus decisiones, pueden alterar su comportamiento, su desempeño y el resultado de sus acciones.

Tipos de incentivos¹¹.

Los incentivos que se utilizan usualmente para obtener comportamientos relacionados a los sistemas de salud son básicamente, de dos tipos: **incentivos económicos e incentivos de reconocimiento**. Los incentivos económicos son la forma más común y efectiva para incrementar la producción y motivar al personal de salud (particularmente médicos) a dedicar más tiempo a la atención de los pacientes. Los incentivos de reconocimiento, son valorados como mecanismos de recompensa orientados al logro y prestigio de ser instituciones que sobresalen y aseguran a la sociedad y a los usuarios servicios de alta calidad.

Según lo anterior, **los mecanismos generales clásicos y predominantes de pago a gestores¹² o a proveedores¹³**, que la literatura especializada describe, son: i) presupuesto, ii) pago por servicio o acto, iii) pago por caso y, iv) pago por capitación. Cada uno de ellos caracterizado, además, por los incentivos que fomenta en el proveedor.

A continuación se describen las principales opciones factibles de mecanismos de pago.

7. Opciones de Mecanismos de Pago por:

7.1. Pago por SERVICIOS PRESTADOS:

Corresponde al más común. A los gestores o proveedores se les paga por cada unidad de servicio prestado:

- Visita domiciliaria.
- Consulta otorgada.
- Parto atendido.
- Cirugía efectuada.

¹¹ Adaptado de: Estrategias de incentivos para mejorar la calidad, ICAS. Proyecto Salud con Calidad. Módulos especiales Modelo de Garantía de Calidad para Latinoamérica: Guía de Capacitación e Implementación.

¹² **El Gestor:** es toda organización o institución (de carácter público o no público) que actuando como intermediario entre el pagador y el proveedor, es responsable de la gestión y administración de servicios de salud y, como tal, gesta y lleva a cabo diferentes tipos de acciones, trámites y operaciones administrativas, económicas y legales vinculadas a la gestión descentralizada de los servicios de salud, de acuerdo a los términos concertados en el Acuerdo de Gestión suscrito con el ente financiador. Da cuentas no sólo al financiador (SESAL) sino también a la comunidad -a la cual sirve- por el uso transparente de los recursos, y es responsable por el fiel cumplimiento de las obligaciones del Gestor descritas en la Cláusula: "Obligaciones de las partes". Basado en Cláusula Tercera Convenio de Gestión UECF, Diccionario RAE y www.definicionabc.com.

¹³ **El Proveedor:** "Instancia dependiente del Gestor que se dedica a brindar los servicios de salud definidos en el convenio de gestión". Basado en Cláusula Tercera del Convenio de Gestión, UECF. En adelante, cada vez que esta guía se refiera al "gestor" o a "los gestores", se refiere también -cuando aplique- al "proveedor" o a "los proveedores".

- Examen realizado, entre otros.

El monto de los recursos a asignar se establece sobre la base de:

- a) Los costos de producción “estimados” por unidad de servicio o producto, que incluyen los ingresos del personal y los fondos para incentivos.
- b) El número de Unidades de Servicio a producir, acordadas con el gestor de Servicios.

El cálculo de pago se basa en una tarifa a negociar por “**Unidad de Servicio**” (indicador de gestión), estipulada por la entidad financiadora a partir de:

- La definición de la estructura de los factores a considerar en el cálculo de los costos a emplear.
- Análisis de los costos propios de producción en los diferentes ámbitos locales.
- Revisión de los costos, márgenes de utilidad y tarifas de otras instituciones públicas y de mercados, locales y regionales, de naturaleza similar.
- Los ingresos hipotéticos del personal proveedor de los servicios.
- La estructura de incentivos a que se aspira, entre otros.

Los Gestores de Servicios NO asumen ningún riesgo financiero, pueden presentar una factura por cada servicio prestado e incrementar sus ingresos de tres diferentes formas:

- Aumentando del número de servicios a proporcionar independientemente que los usuarios requieran o no atención.
- Disminuyendo la calidad de los servicios otorgados; ejemplo: reduciendo el tiempo dedicado a cada servicio. Este efecto puede limitarse si existe competencia e incrementando calidad para atraer al mayor número de pacientes o usuarios(as) (clientes).
- Delegando más servicios a personal con niveles menores de remuneración; ejemplo: Enfermeras, Auxiliares de Enfermería, Técnicos, Promotores de Salud.

Efectos de este Mecanismo de Pago:

- No ejercen ningún control sobre el desempeño de los gestores. Estos presentan facturas para ser reembolsadas y el financiador las paga.
- Es difícil pronosticar los gastos anuales.
- Evidente incremento de la producción (aún de aquellos servicios innecesarios).
- Los incentivos para controlar los costos son sumamente bajos, incrementándose éstos, porque los proveedores no tienen ningún incentivo para mejorar la eficiencia y limitar los servicios que proporcionan.
- Altos costos administrativos, requiere un cuadro completo de personal para procesar los pagos y un complejo sistema de información con frenos y equilibrios para asegurar que los proveedores no estén presentando reclamos fraudulentos.
- Disminución de la calidad e incentivos poco eficaces para la innovación y el mejoramiento en la entrega de servicios.
- Limitado efecto sobre los resultados e impacto de la atención a la salud de las personas.

Énfasis en Servicios Especiales:

- ✓ Si se desea fomentar algún servicio en especial, éste se debe pagar con una tarifa por encima del costo real.

- ✓ Si el objetivo deseado es que los servicios de baja complejidad y riesgo sean resueltos por niveles primarios y personal técnico de menor costo, se deben fijar tarifas levemente por debajo del costo real de los centros especializados de alta complejidad.

7.2. Pago por CASO.

Corresponde al pago por un CASO UNICO, en lugar de un servicio único. **¡Cada CASO atendido por el gestor, se paga!**

Existen dos formas de pago por CASO:

- Pago por CASO, **basado en una Tarifa Única**, uniforme por caso, independientemente del diagnóstico de éste.
- Pago por CASO, **basado en una lista de Grupos de Diagnósticos Relacionados (GDR)**.

En la primera forma, se paga la misma cantidad, sea cual fuere la dificultad del CASO o los recursos requeridos para su manejo o atención.

En la segunda forma, se usan Sistemas de Clasificación de Casos; el más conocido es el Grupo de Diagnósticos Relacionados (GDR), en el que se identifican alrededor de 470 grupos de diagnósticos. Esta forma es más utilizada preferentemente para casos hospitalizados.

En ambas formas:

- ✓ Se paga por el tratamiento de un CASO o diagnóstico determinado.
- ✓ Si la atención es más costosa que el pago, el gestor sufre una pérdida. Si el tratamiento es menos costoso, el gestor obtiene una ganancia.
- ✓ Se pueden utilizar para proveedores cuyos servicios se relacionan con CASOS individuales; ejemplo: Médicos Familiares, Generales, Especialistas, Odontólogos, Fisioterapeutas, Personal Técnico, así como en Hospitales o Centros de Salud.

Establecimiento y cálculo en la forma de Tarifa Única por CASO:

- En la forma de Tarifa Única por CASO, es muy fácil. El monto a pagar se establece multiplicando dicha tarifa por el Número de CASOS que el proveedor atendió/trató en un período determinado.
- Es posible que esa cantidad sea diferente para cada nivel, categoría de personal y de especialidad.

Establecimiento y cálculo en la forma de GDR:

- El sistema de pago es mucho más complejo.
- Primero es necesario preparar una lista de diagnósticos posibles. Debe ser lo suficientemente detallada para que coincida con las diferentes condiciones de diagnósticos como sea posible, pero no tiene que ser tan pormenorizada como una lista de pagos de servicios prestados, para mantener cierto grado de sencillez.
- Se calcula determinando el costo promedio por diagnóstico. En este caso el gestor se ve obligado a examinar el número de recursos utilizados para tratar a un paciente con un diagnóstico determinado: Quirófano, suministros, medicamentos, tecnología, personal médico y paramédico y los días de ocupación de camas, entre otros.

- El número de CASOS del grupo de GDR multiplicado por el precio de la unidad.

Ventajas del Mecanismo de Pago por CASO:

- Su impacto sobre los costos y la productividad es evidente.
- Debido a que el gestor recibe una cuota fija por CASO, enfrenta incentivos para identificar formas de minimizar los costos.
- Si se estimula la competencia y el usuario es libre de seleccionar a otras opciones de gestores que le ofrecen mejor calidad, entonces es posible que ésta se incremente. En caso de no existir este estímulo de competencia, la calidad, puede verse afectada.
- La posibilidad de fraude es menor principalmente por la manipulación de los diagnósticos informados. El gestor se ve motivado a codificar el diagnóstico en un grupo de diagnósticos para el cual los reembolsos son más generosos. Esta tendencia, denominada “GDR creep”¹⁴, requiere un complejo sistema de monitoreo para su control.

Repercusiones sobre los costos y su administración:

- ✓ Evitan la desventaja del pago por SERVICIOS PRESTADOS: El incentivo para “producir tantos servicios como sea posible”.
- ✓ No obstante los gestores pueden intentar maximizar sus ingresos mediante:
 - Registro de diagnósticos más complicados que los que el paciente presenta. Si la lista de grupos incluye varios grados diferentes para un diagnóstico, el proveedor puede elegir el grado más alto (GDR progresivos).
 - La presentación de solicitudes de reclamaciones por casos inexistentes.
 - Reducción de tiempo y materiales utilizados por caso, para reducir costos con detrimento de la calidad.
 - Elección de casos de mejor relación costo/beneficio y referencia generalmente de aquellos CASOS más complejos y de alto costo, a otros gestores, cuando sea posible.
- ✓ Los reclamos son usualmente abundantes y el costo de controlar y validar éstos, son altos.
- ✓ Los costos de administración del pago por CASO con Tarifa Única son inferiores a los de pago por SERVICIOS PRESTADOS, pero son mucho mayor con la forma de pago por GDR.

7.3. Pago a CARGO DIARIO.

Descripción:

El pago a CARGO DIARIO se basa en una cuota fija por cada caso por día, de acuerdo a diferentes clases de diagnóstico.

- Se usa para pagar a gestores que tratan a pacientes durante períodos de tiempo prolongados.
- También para pagar a hospitales y personal técnico a cargo de pacientes en el hogar por tiempo prolongado (enfermeras, fisioterapeutas, etc.).

¹⁴**DRG-creep:** práctica desarrollada por muchos hospitales y otros proveedores de servicios de salud de seleccionar los diagnósticos y sus combinaciones de modo que se maximizarán el reembolso económico, extremo evidenciado en numerosos estudios. Simborg DW. DRG Creep: A New Hospital-Acquired Disease. New Eng J Med 1981;304(26):1602-4.

Cobertura:

El pago por CARGO DIARIO cubre todos los servicios y gastos diarios de cada paciente (atención médica, medicamentos, prótesis, servicio de hotelería, etc.).

El CARGO siempre es el mismo, sea cual fuere el tratamiento que se necesite, aunque pueden variar de un nivel, institución o personal a otro.

Establecimiento y cálculo:

El pago diario es relativamente fácil de establecer. Se debe describir en forma detallada los costos a rembolsar; ejemplo: personal, materiales, costos de inversión, hotelería, medicamentos, materiales, u otros. La base del cálculo es el costo total de la atención del proveedor durante un período determinado, generalmente un año, dividido entre el número de días de paciente atendido en el mismo período.

Existen dos formas de pago por CARGO DIARIO:

- **Con tarifa¹⁵ fija** establecida con antelación, al comienzo del período, excluyendo cualquier ajuste posterior. El gestor asume el riesgo del incremento de costos tener un déficit o por el contrario lograr una ganancia de los excedentes.
- **Con tarifa variable** que se fija al inicio pero que puede ajustarse en caso de variación de los costos (sea que aumente se reduce, o si estos aumentan, la tarifa se incrementa).

Repercusión sobre los costos, calidad y la administración:

Con este mecanismo de pago, el gestor puede influir solamente sobre:

- Los costos totales en el período de tiempo acordado.
- El número de días de atención al o los pacientes asignados.

Si la tarifa es FIJA, el gestor tiene incentivos para incrementar sus ingresos a través de:

Reducir los costos:

- Si reducen los costos a través de una gestión eficiente, este efecto es conveniente.
- Si los reducen a costa de insumos o tiempo de atención, puede comprometer la calidad.
- Aumentar el número de días de atención por paciente.

Si la tarifa es VARIABLE, el GESTOR NO tiene ningún incentivo para incrementar los costos ya que:

Todos los costos reconocidos son ajustados en cualquier caso. No obstante existe el incentivo para mantener por un mayor período de tiempo a los pacientes a su cargo. Este efecto puede contrarrestarse con un presupuesto global que el proveedor no pueda sobrepasar.

La administración de los pagos por CARGO DIARIO es relativamente fácil y de bajo costo. Necesita sin embargo un sistema de contabilidad de costos muy detallado, como base para negociar las tarifas diarias.

Una lección clave aprendida. La experiencia a nivel mundial parece indicar que el desempeño de los sistemas de salud es más sensible a cómo se asignan los fondos a los gestores que al monto total de los fondos disponibles para los servicios de salud.

7.4. Pago de BONIFICACIONES.

¹⁵ **Tarifa:** Precio o importe unitario que fija el “pagador” a los servicios y productos de salud que brindará el “proveedor” o el “gestor”, según especificaciones concertadas en el Acuerdo de Gestión. Basado en Diccionario RAE.

Descripción:

Se puede pagar una BONIFICACIÓN a los gestores como incentivo para lograr ciertas metas del desempeño. Estas pueden ser:

- De índole económica, como reducir el consumo y prescripción de medicamentos, entre otros.
- Estar relacionados a la política y prioridades sanitarias del país, por ejemplo lograr un determinado porcentaje de coberturas de inmunizaciones, u otras especialmente relacionadas a la promoción de la salud, prevención de daños o reducción de riesgos de enfermar.
- Pueden ser combinadas con RETENCIONES de un porcentaje del pago, hasta que se alcancen los indicadores específicos de desempeño acordados.

Establecimiento y cálculo:

- Requiere mecanismos de control complejos para verificar el logro de los objetivos a incentivar: Se deben controlar e impedir los registros dobles.
- No hay ninguna regla para el cálculo de las BONIFICACIONES. Generalmente se calcula como una parte de los ingresos medios del personal sin incorporar ningún costo administrativo adicional.

Repercusiones sobre el costo, calidad y administración:

- Implica crear metas del desempeño cuya medición y logro sea factible y que no sean susceptibles a las prácticas de falsificación de los datos.
- Pueden tener un efecto considerable sobre la contención de los costos, siempre y cuando las BONIFICACIONES estimulen ahorro o eficiencia.
- Sin embargo puede suceder que el gestor se concentre en reducir considerablemente determinados insumos, por ejemplo medicamentos, que puedan afectar la calidad.
- Los costos de administración dependerán de la eficiencia de los sistemas de registro y control que se tengan. Si el sistema es deficiente, los costos y esfuerzos para su administración y control pueden ser mayores que los beneficios a obtener con este mecanismo de pago.

Repercusiones sobre costos, calidad y la administración:

Las repercusiones dependen de la forma en que se administre. En el caso de Presupuesto Variable:

- El gestor tiene el incentivo que puede gastar todo el dinero, incluyendo en inversiones que no necesite.
- El gestor pierde todo el dinero no invertido.
- Permite al ente financiador normar las inversiones y excluir inversiones costosas innecesarias.

Los incentivos que ofrece la forma con Presupuesto Fijo difieren:

- Si el gestor obtiene inversiones a un precio favorable, puede quedarse con el dinero restante e incrementar sus ingresos para emprender otra inversión, según lo normado.
- El gestor tiene el incentivo de adquirir equipos “baratos”, esperar algún tiempo para adquirirlos o no adquirirlos lo cual puede afectar la “Calidad” de la prestación de servicios.

Se requiere establecer especificaciones claras para las inversiones y otras medidas que aseguren la Calidad.

7.5. Pago por TARIFA UNICA.

Descripción:

Se utilizan para financiar determinadas inversiones, en donde los gestores reciben un presupuesto fijo para comprar equipos, pago de personal, entre otros.

- Puede ser utilizado también como fuente de financiamiento para subcontratar otros gestores.
- Si se paga a gestores no institucionales, como Médicos Familiares, Médicos Especialistas, etc., se le asigna un presupuesto durante un determinado período, generalmente un año.
- El presupuesto debe cubrir la amortización y el interés del capital necesario para comprar los equipos.

Establecimiento y cálculo:

- El pago se calcula sobre la base de los costos de equipamiento característicos de un gestor del nivel o especialidad que se trate.
- Se determina todo el equipamiento que se considere necesario para el servicio que se desea que el proveedor brinde; ejemplo: instrumentos, muebles, computadoras, equipo biomédico, etc.
- Se estiman e incluyen los montos de amortización y los cargos en concepto de interés, los cuales pueden modificarse periódicamente de conformidad con los avances tecnológicos.

Existen dos maneras de administrar el mecanismo de pago:

- Vigilar las inversiones efectuadas por cada gestor. Se necesitan los comprobantes contables de los equipos e inversiones efectuadas durante el año. El dinero no utilizado se puede deducir del pago correspondiente al período siguiente. (Presupuesto variable)
- Otorgar al gestor un “Presupuesto Fijo de Inversión”. Esto permite ganancias a los gestores que economicen costos de inversión.
- En ambos casos se debe preparar una lista estándar que guíe las decisiones de inversión de cada gestor.

Repercusiones sobre costos, calidad y la administración:

Las repercusiones dependen de la forma en que se administre. En el caso de Presupuesto Variable:

- El gestor tiene el incentivo que puede gastar todo el dinero, incluyendo en inversiones que no necesite.
- El gestor pierde todo el dinero no invertido.
- Permite al ente financiador “normar” las inversiones y excluir inversiones costosas innecesarias.

Los incentivos que ofrece la forma con Presupuesto Fijo difieren:

- Si el gestor obtiene inversiones a un precio favorable, puede quedarse con el dinero restante e incrementar sus ingresos para emprender otra inversión, según lo normado.
- El gestor tiene el incentivo de adquirir equipos “baratos”, esperar algún tiempo para adquirirlos o no adquirirlos lo cual puede afectar la “Calidad” de la prestación de servicios.
- Se requiere establecer especificaciones claras para las inversiones y otras medidas que aseguren la Calidad.

Costos de su administración:

Los costos son generalmente muy bajos:

- Las funciones administrativas constan principalmente de la evaluación y verificación del pago por TARIFA UNICA.
- Aplicadas las medidas al gestor, es poco probable que posteriormente se produzca cambios importantes.
- La vigilancia se puede limitar al control ocasional de una muestra.

7.6. Pago por CAPITACION.

Descripción:

Cubre los servicios que un gestor asignado previamente, le brinda a un usuario durante un período de tiempo, generalmente un año.

- El gestor asume el Riesgo Financiero, a cambio de un pago fijo por persona, tiene la obligación de proporcionar atención de salud, sin discriminación, durante la duración del período cubierto.
- El pago por CAPITACION, se basa en la distribución de riesgos por el gestor:
 - Es posible que algunos usuarios NO usen los servicios de salud durante todo el período cubierto, lo que le permite a éste, obtener ganancias.
 - Otros usuarios pueden requerir consultas ambulatorias o estancias de hospitalización frecuentes cuyo costo puede sobrepasar el pago por CAPITACIÓN.
- El pago por CAPITACION se le abona al proveedor responsable del espacio-población asignado.

Formas de pago por CAPITACION:

Existen formas sencillas y complejas de pago por CAPITACION:

- En la forma sencilla, el gestor recibe el mismo pago por cada usuario registrado.
- En las formas más complejas varían según diversos parámetros, como la edad, el sexo o lugar de residencia del beneficiario. **A esta forma se le conoce como *Capitación Ajustada a Riesgo*.**

Utilización del pago por CAPITACION:

Son apropiados mecanismos de pago para los gestores de Atención Primaria y para los establecimientos de Atención Secundaria:

- En algunos casos el pago por CAPITACION cubre todos los servicios requeridos en los niveles de atención primaria y secundaria. En ocasiones el hospital asume la obligación de encargarse tanto de la atención primaria como la atención secundaria de una población beneficiaria definida.
- En otros casos es posible una CAPITACION DUAL, en la cual se paga al gestor asignado por la atención primaria y al hospital elegido por el usuario se le paga otra tarifa por CAPITACION para que se haga cargo de las necesidades de atención secundaria.

Utilización del pago por CAPITACION:

En este último caso de pago por CAPITACION DUAL:

- El Establecimiento de los servicios secundarios actúa como un “Dispositivo de Racionamiento” para la utilización de los servicios del segundo nivel de atención.
- Actúa también como “Guardián” de los servicios del segundo nivel de atención que cumple el gestor de atención primaria.

Establecimiento y cálculo:

El pago por CAPITACION consta de dos partes:

- El honorario o tarifa que hay que calcular.
- **En los casos de población asegurada:**
 - Un registro de los proveedores (individuales e institucionales) y de los usuarios que se han registrado con cada proveedor. El usuario debe informar al Financiador qué proveedor (individual e Institucional) ha elegido, para le pueda pagar al prestador.
 - El pago se calcula dividiendo el costo calculado del trabajo del proveedor, de los materiales, de los gastos de capital y del personal de apoyo por el número calculado de pacientes por proveedor.
 - Calculado el pago por CAPITACION, el proveedor recibe el pago por cada usuario asignado que figure en su registro.
 - Con el fin de mantener la “Calidad” es recomendable limitar el número de usuarios por proveedor.

Repercusiones sobre costos, calidad y administración:

- Los efectos del pago por CAPITACION sobre los costos es muy positivo. El gestor asume los riesgos y tiene fuertes incentivos para controlar los costos e incrementar la eficiencia. No hay ningún parámetro en el que el gestor pueda influir para causar despilfarro o gastos innecesarios.
- Es un mecanismo de pago muy conveniente para los gestores que mantienen contacto permanente con usuarios.
 - Por ello es particularmente apropiado para los “Gestores de Atención Primaria”.
 - Alienta al usuario a recurrir con el mismo gestor, mejorando la relación gestor de salud-usuario y el conocimiento y manejo integral de la persona.
 - Las enfermedades crónicas y de bajo riesgo pueden tratarse con mayor eficacia, permitiendo al gestor actuar más rápidamente en casos de urgencia y referir oportunamente al usuario al nivel adecuado, en caso necesario.
 - Alienta al gestor a la innovación. Este puede enfatizar acciones de promoción y prevención así como de restablecimiento de salud más eficaces para evitar reincidencia e incremento de demandas de atención por parte de sus usuarios asignados.
- Existe el peligro de una sub prestación de servicios y/o que el gestor pueda incrementar el número de consultas innecesarias y referencias a niveles de mayor complejidad y costo. El uso de un clasificador puede determinar la necesidad de la referencia y evitar la posibilidad de derivar el bajo riesgo a los especialistas y niveles superiores de resolución.
- Otra forma de resolver esta situación es establecer normas de calidad claras para el gestor y hacerlas cumplir complementado con Bonificaciones o Retenciones y un sistema eficaz de monitoreo.
- Los costos de administración del sistema de pago por CAPITACIÓN son muy bajos.
- Los pagos pueden efectuarse de acuerdo a un calendario establecido y no varían mensualmente.
- El potencial para limitar los costos a nivel del sistema son altos, porque el financiador puede pronosticar con precisión los costos anuales.
- Implica menor número de transacciones y personal
- Las posibilidades de fraude de los gestores son reducidas, aunque existe la posibilidad de falsificación del número de usuarios asignados.

- Los mecanismos de pago por CAPITACIÓN, fomentan una orientación sistémica o de “Sistema de Producción de Bienes y Servicios” y de Atención Integral a la Salud de las Personas, con énfasis en promoción de la salud y prevención de daños y riesgos de enfermar en comparación con los mecanismos de pago por Servicios Prestados, que se centran y fomentan una oferta de servicios con mayor orientación a incrementar los procedimientos, actividades o diagnósticos individuales.

Capitación Ajustada por Riesgo. Equidad en la asignación descentralizada de recursos.¹⁶

El concepto aparentemente más sencillo al referirse a equidad es la igualdad de resultados sanitarios entre poblaciones semejantes. Otro criterio es el de la igualdad en la utilización de los servicios sanitarios. Sin embargo, la utilización se ve condicionada por otros factores que escapan a la actuación de los sistemas de salud (no se puede obligar ni a demandar ni a recibir atención de salud). Por último, la visión más generalmente aceptada de equidad como objetivo del sistema es la de proporcionar igualdad de oportunidad de acceso a los servicios de salud para una misma necesidad. El método a través del cual este concepto de equidad se hace operativo a través del financiamiento es la asignación de recursos idénticos ante necesidades de salud iguales o, en otros términos, que la asignación de los recursos entre diferentes poblaciones dependa de sus necesidades de salud.

Asignación capitolativa ajustada por riesgo.

Un mecanismo a través del cual se intenta dar contenido operativo a este criterio de equidad (asignar los recursos sobre la base de las necesidades de salud) es el de las asignaciones capitolativas ajustadas por riesgo. La capitolación se puede definir como la cantidad de financiamiento de servicios de salud que son asignados para la atención de una persona con ciertas características para un determinado periodo de tiempo y un servicio en cuestión, sujeto a una restricción presupuestaria global. Por lo tanto, mediante la ponderación de la población o las asignaciones capitolativas lo que se hace es calcular un precio a cada ciudadano dependiendo de sus necesidades de salud. Y la manera de obtener este precio es mediante el ajuste de riesgo que busca una estimación (con sesgo nulo) de los costos sanitarios relativos de una persona dadas sus características.

Estas características serán las que tengan mayor influencia sobre las variaciones en el gasto en salud, tales como la edad, el sexo u otras características socioeconómicas. El método de ajuste capitolativo por riesgo, al reducir la variabilidad entre el gasto esperado de un individuo y el financiamiento que reciben los gestores o los proveedores reduce los incentivos de realizar actividades de selección de riesgos y mejora la calidad de los servicios de salud.

Los sistemas capitolativos ajustados por riesgo tratan de reflejar las necesidades relativas de gasto en salud de una población integrada por individuos heterogéneos. **En la medida en que estas asignaciones capitolativas reflejen adecuadamente las necesidades de salud, la asignación de recursos resultante representará una asignación equitativa desde el punto de vista de la igualdad de oportunidad de acceso a los servicios para una misma necesidad.**

Ahora bien, el empleo de fórmulas capitolativas con carácter prospectivo también puede inducir a mejorar la eficiencia en la prestación de la atención de la salud dado que este mecanismo de pago puede hacer más responsable a los gestores y a los proveedores de los beneficios y costos de sus acciones.

7.7. Pago por SUELDO.

¹⁶ Economía y Salud. Aportes y experiencias en América Latina. OPS/OMS, Chile, 2011.

Descripción:

Por lo común se basa en un contrato de trabajo entre el proveedor y el financiador.

- El financiador le paga al proveedor un SUELDO MENSUAL que generalmente incluye algunas prestaciones como pago del seguro social.
- El proveedor trabaja sobre una base de "TIEMPO", remunerándosele no por producción, sino por el tiempo del trabajo estipulado en el contrato.
- El contrato de trabajo puede ser a tiempo completo o parcial. Puede permitirle al proveedor realizar otras actividades cuando no trabaja para el financiador.
- La cantidad a pagar es la misma, independientemente de la producción.
- El pago de los equipos, materiales, personal de apoyo, etc., corre a cuenta del financiador.
- Los costos de administración del sistema de pago por SUELDO son muy bajos.

Ámbito de aplicación:

- Los contratos de trabajo se aplican a toda clase de proveedor individual: Médicos, Enfermeras, Farmacéuticos, Fisioterapeutas, Personal Técnico, etc. El proveedor trabaja sobre una base de "TIEMPO", remunerándosele no por producción, sino por el tiempo del trabajo estipulado en el contrato.
- Por razones obvias, no se aplica a Unidades Proveedoras, como por ejemplo hospitales o centros de salud.
- No obstante cuando el financiador es el propietario de la Unidad, el personal a cargo puede ser contratado por este mecanismo de pago. En este caso el financiador debe hacerse cargo de todos los demás factores y de "Garantizar la Calidad".

Establecimiento y cálculo:

Incluye varias acciones:

- Búsqueda de proveedores calificados que satisfagan los requisitos o perfiles de los puestos requeridos por el ente financiador y estén dispuestos a suscribir contratos de trabajo de esta naturaleza.
- Organización y administración de los Establecimientos de Salud donde trabajaran estos proveedores (adquisición o alquiler de locales, compra de materiales, equipo, suministros, contratación de personal de apoyo, etc.)
- Organización y administración del personal (nómina de sueldos, impuestos, seguridad social y otros servicios y prestaciones sociales, descripciones de puestos, jerarquías, organización, supervisión, capacitación, evaluación, promoción y desarrollo de personal, entre otros).

¡Todos estos fondos conexos son, por lo general tan altos como los costos de los sueldos!

Repercusiones sobre costos, calidad y la administración:

- Este mecanismo tiene incentivos poco eficaces para que el proveedor invierta en esfuerzos grandes.
- Los proveedores que reciben SUELDOS, tienen mucho menos incentivo para tener un desempeño satisfactorio, que el proveedor que trabaja independiente.
- Los costos administrativos de efectuar pagos por SUELDO, son relativamente bajos.

- En un mecanismo de pago por SUELDO, las grandes cuestiones corresponden a si los financiadores podrán:
 - Conseguir proveedores a un precio menor que los mecanismos tradicionales.
 - Garantizar al menos el mismo desempeño en cantidad y calidad.
 - Garantizar una gestión más eficaz y una mejor organización que las ofrecidas por proveedores Independientes.
- En los casos en los que las tarifas de pago a SUELDO sean bajas, a menudo se tiene la dificultad de impedir que los pacientes efectúen pagos adicionales ilegales a los proveedores o bien éstos los disuadan de ser atendidos en sus propias clínicas.

7.8. Pago por PRESUPUESTO.

Descripción:

- Se puede definir como el pago de una suma determinada que cubre el costo total de los servicios o productos entregados durante un período dado.
- Normalmente el gestor se hace cargo de cualquier déficit, aunque también puede obtener una ganancia.
- Tanto el financiador como el gestor corren cierto riesgo:
 - El financiador corre el riesgo de que los costos reales resulten inferiores a los presupuestados, resultado: pérdida.
 - El gestor corre el riesgo que los costos reales resulten mayores que los presupuestados, resultado: pérdida.
- El pago por PRESUPUESTO puede ser FIJO o VARIABLE, si existe acuerdo de efectuar ajustes periódicos en ciertas circunstancias justificables, ejemplo: cambios bruscos en la demanda y/o morbilidad.
- Puede aplicarse a proveedores individuales, como a establecimientos de salud.

Repercusiones sobre los costos, la calidad y administración:

- El pago por PRESUPUESTO, tiene incentivos deseables para controlar los costos si éstos efectivamente SON FIJOS.
- En este mecanismo el gestor tiene un incentivo en contener los costos de las siguientes formas:
 - Ahorro de dinero no prescribiendo medicamentos y operaciones de alto costo, aun cuando sean necesarias.
 - Sustituyendo tratamiento costosos por otros de menor costo, pero quizás menos eficaces y/o inseguros, de mayor riesgo para la salud de la población atendida.
- Los incentivos para mejorar la eficiencia y proporcionar servicios de alta calidad son poco eficaces, porque el financiamiento no está vinculado a la demanda del usuario, por lo que requieren:
 - Implementar medidas de control de la calidad.
 - Generar mecanismos de competencia por los usuarios entre los diferentes gestores.
- Los incentivos ineficaces se ven exacerbados por el hecho de que el pago que recibe el personal no está vinculado en ninguna forma a su productividad.
- Implica costos administrativos relativamente bajos y requiere poco personal.

Establecimiento y cálculo:

- Su cálculo requiere ajustarse a un conjunto de normas presupuestarias claramente especificadas y a un sistema de negociación.

- Una vez negociado el PRESUPUESTO, el compromiso financiero está claro.
- El PRESUPUESTO se puede calcular sobre una base centrada en los **INSUMO** o en la **PRODUCCION**.
- El PRESUPUESTO centrado en INSUMOS se convierte en una forma de continuar el financiamiento con base en el desempeño histórico y no en la producción o utilización de servicios por parte de la población. Se basa en la “**Experiencia de los costos del Proveedor**”. Estos se pueden obtener a partir de:
 - Los costos reales de un Establecimiento Proveedor específico
 - Los costos promedio de todos los establecimientos proveedores de la misma capacidad resolutive (número de camas y tipo de especialidad).
- El PRESUPUESTO orientado a la PRODUCCION se basa en el “**Desempeño del Gestor**”:
 - La estimación del desempeño plantea más dificultades que el cálculo de los costos.
 - Este cálculo se debe establecer NO en base los productos y servicios que el gestor proporciona o brinda,
 - Debe basarse en el número y tipo de casos de la DEMANDA atendida, la no resuelta y aquella potencial a la cual se desea ampliar la cobertura.
 - Es indudable que el volumen y la combinación de casos dependerá de una diversidad de factores: edad, sexo, nivel socioeconómico y tipo de diagnósticos de la población usuaria.
 - Es imprescindible un eficaz “Sistema de Registro de la Demanda” para los Establecimientos Proveedores de Servicios de Salud y los grupos de población no atendida.
 - Luego habrá que calcular el promedio de número de diagnósticos y la combinación de los mismos en cada grupo de población y multiplicarlo con su costo.

Es importante recordar que no hay MECANISMO DE PAGO PERFECTO

8. Criterios de selección de mecanismos de pago.

Los cambios en los mecanismos de pago constituyen uno de los instrumentos más debatidos al momento de instrumentar reformas de los sistemas de salud, en cualquier país.

La relación entre mecanismos de pago y resultados en los servicios de salud –por ejemplo, el mecanismo de pago por acto médico incentiva a una sobre prestación de servicios por parte de la oferta, en tanto que el pago por capitación puede provocar sub prestación–, no necesariamente es inequívoca.

Esta relación depende de las condiciones en las que se produce el cambio en los incentivos. Intuitivamente, es fácil comprender que la aplicación de un mecanismo de capitación tendrá efectos diferentes si se establece en un centro urbano con alta densidad poblacional y nutrida competencia de aquel que se aplique en un área rural, con población dispersa y baja densidad de profesionales médicos como única oferta. En otras palabras, la elección y los cambios en los mecanismos de pago afectan los resultados de salud una vez que interactúan con las estructuras y prácticas preexistentes de oferta y demanda, atenuando, intensificando o aun contradiciendo los resultados propuestos por la teoría.

Para elegir el o combinación de mecanismos de pago más eficiente se debe considerar que exista un equilibrio entre la prestación y la retribución, que haya facilidad de comprensión del mecanismo, que se promueva la mejora de la calidad y la eficiencia y que se tenga la capacidad de incluir incentivos por productividad.

Para ello, se recomienda tomar en consideración los siguientes tipos de criterios:

8.1. Según su implicación en los resultados de los planes de salud:

La utilización de cualquier mecanismo de pago tiene implicaciones en los resultados de los planes de salud, que habitualmente son evaluados con base a la eficiencia, equidad y calidad.

➤ **Eficiencia.**

Se refiere al mejor uso posible de recursos escasos, teniendo en cuenta las preferencias de la población. También, implica la relación favorable entre resultados obtenidos y costos de los recursos empleados.

Dimensiones de la Eficiencia.

La eficiencia técnica, es aquella que utiliza la menor cantidad de recursos para producir una determinada cantidad de bienes y servicios.

La eficiencia económica se logra cuando, entre aquellas opciones técnicamente eficientes, se elige la que genera menos costos.

La eficiencia asignativa o distributiva, se obtiene cuando la combinación de bienes y servicios, además de ser técnica y económicamente eficiente, es la más valorada por la sociedad.

Para evaluar la eficiencia de la financiación de un sistema sanitario se deben considerar dos aspectos: los costos asociados a la administración del sistema (eficiencia técnica), y el grado de eficiencia económica del sistema de financiación. El tipo de costos que se considerará para medir el grado de eficiencia de los distintos sistemas de pago, son los derivados de administrar el sistema.

➤ **Equidad.**

El criterio de equidad se basa en el Principio de Equidad del Modelo Nacional de Salud¹⁷ el cual, aplicado al ámbito de la gestión de los servicios de salud, propicia el establecimiento de formas de relacionamiento y articulación entre los gestores y los productos que cada uno producirá, asegurándose de no generar disparidades innecesarias, injustas y evitables. Desde la perspectiva igualitarista, se consideran dos dimensiones de la equidad: la equidad horizontal como el tratamiento igual para iguales, y la equidad vertical entendida como el tratamiento desigual para desiguales, es decir que aquellos que tienen más recursos deben recibir menos que los con menos recursos. La elección de mecanismos de pago equitativos radica en la redistribución equilibrada de esos recursos.

➤ **Coordinación.**

Se define como la concertación de todos los servicios relacionados con la atención de salud, con independencia del lugar donde se reciban, de manera que se sincronicen y se alcance un objetivo común sin que se produzcan conflictos. La integración se logra con el grado máximo de coordinación. Por ejemplo, el mecanismo por capitación, puede incentivar una mayor coordinación de las instancias necesarias para proveer atención a los pacientes, ya que se identifica al receptor de la cápita como el sujeto a brindarle (directamente o a través de terceros), todos los servicios contratados.

➤ **Calidad.**

La calidad en salud es el grado en que los servicios sanitarios incrementan la probabilidad de resultados deseados a nivel individual y poblacional, consistentes con el conocimiento profesional actual. La

¹⁷ Anexo 01, Modelo Nacional de Salud, página 85.

efectividad y la calidad técnica implican que los usuarios de los servicios reciben asistencia eficaz, segura y oportuna; también implica que la reciben en condiciones materiales y éticas adecuadas (calidad percibida).

Los mecanismos de pago son relevantes en la calidad, porque pueden afectar la forma de ejercicio de la medicina, el trato al paciente, cobertura de servicios, etc., al combinarse aumentan considerablemente el número de opciones de incentivos financieros que, aunado a intervenciones efectivas de control, permiten controlar los costos e incrementar la eficiencia y la calidad de los servicios.

Las combinaciones de mecanismos de pago pueden estimular el mejoramiento del desempeño:

- Produciendo un conjunto exclusivo de incentivos
- Promoviendo ciertos comportamientos positivos deseados.
- Reduciendo y/o propiciando el desarrollo de ciertos enfoques de atención a la salud de las personas: de promoción, preventivo o curativo.

Los mecanismos de pago se aplican a contextos con diferentes características de pacientes, de proveedores, de reglamentaciones institucionales y de dotación de recursos, y su impacto no se debe considerar aislado. ***“Este puede indicar la dirección del cambio pero no su intensidad”.***

Por lo tanto:

- Pueden tener impactos diferentes en los diferentes escenarios de atención a la salud.
- Un contexto distinto podría modificar la eficacia de un mecanismo de pago.

8.2. Según Nivel de Atención y Tipo de Proveedor.

A. Institucional primero y segundo Nivel de Atención.

En el ámbito institucional, los mecanismos de pago constituirán las modalidades de financiamiento. Por ello lo primero que deberá distinguirse es el financiamiento enfocado en la oferta del financiamiento enfocado en la demanda. Se buscará en lo posible, eliminar la financiación a través de presupuesto histórico e incremental, reemplazándolos por mecanismos de distribución vinculados a los resultados de producción y la calidad basados en la demanda y necesidades de la población de responsabilidad.

No existe un mecanismo de pago perfecto que en igual proporción incremente la producción, la calidad de los servicios y la optimización de los costos de producción, por tanto se buscará implementar esquemas de mecanismos de pago mixtos, para los diferentes niveles de complejidad de la red de servicios, que en su conjunto generen los mayores beneficios, reduzcan las posibilidades de incentivos perversos¹⁸ y sean de mayor facilidad de implementar y administrar, por ejemplo:

En el Primer Nivel, se planteará la composición mixta de pago, considerando entre otros los siguientes mecanismos:

- **Pago por servicios prestados.** Como el caso de la atención de partos, en donde la base de cálculo corresponde a cada servicio o paquete de servicios que el establecimiento brinda a la paciente. Mientras que los determinantes del volumen de ingresos corresponderán al número de prestaciones y servicios que la institución brinda a las pacientes.

¹⁸ **Incentivos perversos:** son aquellos que operan en el sentido opuesto al fin que se desea conseguir.

- **Capitación.** Donde la base de cálculo corresponde al pago por persona por un período de tiempo. A cada institución se le asigna un número de pacientes potenciales por los cuales se le paga un valor fijo per cápita por un período de tiempo determinado (mes, año, etc.). Acá los determinantes del volumen de ingresos se centran en la cantidad de pacientes bajo el cuidado de la institución.
- **Pago por bonificación.** Donde la base de cálculo corresponde al pago por los resultados de la evaluación de desempeño institucional alcanzado en un año. Acá los determinantes del pago se centran en la Tabla del Porcentaje de desempeño establecido por el financiador y su aplicación al resultado de la evaluación de desempeño anual conforme al monto financiero anual convenido.
- **Otros métodos** de pago podrán considerarse como por ejemplo el método de capitación ajustado por factores de riesgos, entre otros.

En el **segundo Nivel**, se analizará la composición mixta de pago, considerando entre otros los siguientes mecanismos:

- **Presupuesto.** Es útil en un proceso inicial de gestión por resultados combinado con otras formas de pago, sobre todo cuando la disponibilidad de información y de protocolización de los procesos asistenciales no permiten conocer los costos de producción.
- **Pago por servicio prestado.** Cuando se requiera atender situaciones especiales como la reducción de la mora quirúrgica, por ejemplo.
- **Otros Métodos de Pago.** Como los Grupos Relacionados por Diagnóstico (DRG), que consiste en la agrupación de actos médicos en conjuntos de causas diagnósticas (procedimientos) y constituye una forma de integrar la visión de la salud con que se opera en el modelo de pago por prestación. Su base de cálculo es el diagnóstico o patología.
- **Pago por bonificación.** De acuerdo a lo establecido por el financiador y los resultados obtenidos por el proveedor.

B. Mecanismos de pago a los profesionales.

La Gestión por Resultados demandará hacer los ajustes respectivos a las formas de remuneración de los profesionales de la salud, combinando algunos mecanismos como, por ejemplo:

- **El sueldo,** bajo la modalidad de una carga de horas diarias por un período determinado.
- **La capitación,** referida al pago de una cantidad por cada persona bajo la responsabilidad del médico o equipos básicos para el cuidado de su salud por un período determinado.
- **El pago por servicios prestados.** Cuando el pago está relacionado al volumen de procedimientos o actos médicos realizados.
- **El pago por paquete de servicios,** cuando el pago está relacionado a un conjunto de prestaciones brindadas a un determinado paciente. Por ejemplo la evaluación pre-operatoria, el acto quirúrgico y el seguimiento post operatorio inmediato, **que podría pagarse por servicios prestados.**
- **El pago individual o a equipos de atención.** Por ejemplo en aquellos servicios complejos que requieren de la contribución de más de un proveedor de servicios como los equipos de atención quirúrgica, conformados por el cirujano, ayudante, anestesiólogo, instrumentista, circulante, entre otros, responsables en su conjunto de la prestación del servicio. En este caso los miembros del

equipo deben contar con una certificación de una entidad reconocida que garantice el dominio de las competencias requeridas por cada uno de los miembros del equipo.

8.3. Según Incentivos, Impacto y Complejidad Administrativa.

La gestión por resultados con calidad “implica la orientación de la prestación de servicios a la población beneficiaria en sus diferentes ciclos de vida y ambientes de desarrollo humano, centrada en los resultados o productos finales”¹⁹. No existe al momento, un solo mecanismo que logre el equilibrio deseado, por tanto lo más recomendable es la selección de un conjunto de mecanismos de pago, que de manera coherente, articulada y complementaria, contribuyan en su totalidad a crear **los resultados esperados**. Para su selección se recomienda establecer y aplicar un conjunto de criterios, que faciliten de una manera rápida, pero objetiva y participativa seleccionar la mejor combinación de mecanismos de pago, considerando los estímulos resultados que más se deseen crear. A continuación se presenta una lista de los criterios más convenientes de aplicar, sin detrimentos de otros que puedan sumarse o bien aquellos que se considere no necesarios de aplicar para un mejor ejercicio de selección de los mecanismos de pago a considerar para cada nivel de atención, de acuerdo siempre a lo que se busca incentivar. **Estos criterios corresponden a los siguientes:**

- Incentivos para la eficiencia.
- Incentivos para el volumen de la producción de servicios
- Impacto en aumento de los costos del sistema.
- Impacto en el mejoramiento de la calidad.
- Información requerida para construir el mecanismo en cuestión.
- Complejidad administrativa.
- Potencial de facturación ficticia.

Teniendo la lista de estos criterios a aplicar, es recomendable el uso de matrices de decisión de doble entrada, (ver el ejemplo de abajo) donde, en la columna de la izquierda se liste cada una de las opciones de “Mecanismos de Pago” a evaluar y en la columna de la derecha cada uno de los criterios seleccionados. Cada uno de estos criterios con un número de cinco (5) sub columnas, cada una con un valor, donde la primera de la izquierda le corresponde el número más bajo, uno y la siguiente el dos, la siguiente el tres hasta completar la última de la derecha que le corresponde al número 5. Seguido, en equipo multidisciplinario y de forma participativa, estudiar con detenimiento cada mecanismo de pago y aplicar cada criterio, asignándole aquella valoración (de uno a cinco), donde uno equivale al menor beneficio buscado y el cinco al mayor. Para cada criterio, colocar la decisión a que el grupo arribe y colocarle una “X” en la casilla del número consensuado y así con cada criterio hasta completar la valoración para cada criterio seleccionado. En la última columna del lado derecho, se coloca la suma de todas las valoraciones realizadas para cada mecanismo de pago, luego de aplicar cada uno y la totalidad de los criterios seleccionados.

Al concluir el ejercicio con todos los mecanismos de pago a considerar, identificar y priorizar aquel o aquellos de mayor puntaje. Si el grupo aún tiene dudas, y requiere seleccionar únicamente una opción, se recomienda, seleccionar aquellos mecanismos de pago que obtuvieron el primer y el segundo e incluso el tercer lugar y volver a hacer el ejercicio de la matriz decisional exclusivamente con estos dos o tres opciones y tomar al final la decisión.

¹⁹ Modelo Nacional de Salud, pág. 20.



USAID
DEL PUEBLO DE LOS ESTADOS
UNIDOS DE AMÉRICA

ULAT
Unidad Local de Apoyo Técnico
para Salud - HONDURAS