

Cartilla de políticas

Referencias para
el desarrollo

internacional

Políticas de salud,

incentivos,

financiamiento,

organización y gestión

Métodos alternativos de pago a proveedores: Incentivos para mejorar la prestación de los servicios de salud

Cuando un gobierno o ente pagador desea mejorar la eficiencia y calidad de los servicios de salud utilizando sus propios fondos, los métodos de pago a los proveedores son un aspecto importante que hay que considerar. A menudo, la modificación de estos métodos 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. Los *métodos de pago a proveedores*, se refieren al modo en que el dinero es distribuido desde una fuente de fondos como el gobierno, una compañía de seguros u otro tipo de ente pagador (denominados colectivamente *entidades tenedoras de fondos*) hacia un establecimiento de atención de salud (incluidos laboratorios o farmacias) o a un proveedor individual como un médico, enfermera, fisioterapeuta o psicoterapeuta.

Cada método de pago a proveedores conlleva un conjunto de *incentivos* para estimular el comportamiento de los proveedores en términos de los tipos, cantidades y calidad de los servicios que ofrecen. Para reformar el sector de salud, las autoridades responsables de las políticas deben replantear los incentivos que desean ofrecer a los proveedores. Es así que hay múltiples procedimientos relacionados con la reforma al pago de los proveedores que se insertan dentro de la estrategia del gobierno por mejorar la eficacia de un sistema de salud, entre otros:

- ▲ Descentralizar la administración del sistema de salud
- ▲ Separar las funciones de financiamiento de la salud de las instituciones que proporcionan la atención
- ▲ Contratar servicios de salud pública con proveedores del sector privado y organizaciones no gubernamentales
- ▲ Crear o reformar sistemas de seguro de salud públicos o privados para aumentar la cobertura de la población
- ▲ Mejorar la atención primaria y la medicina preventiva, en lugar de depender de una onerosa medicina curativa y atención hospitalaria



- ▲ Mejorar la gestión y calidad de la atención en los hospitales

Sin embargo, los cambios a los métodos de pago a proveedores se pueden realizar sin emprender ninguna de estas reformas de mayor alcance.

En esta cartilla se describen los métodos de pagos alternativos desarrollados en el transcurso de los últimos 25 años, sus ventajas y desventajas, los incentivos que crean para los proveedores, entes pagadores y consumidores, y sus modos de operación. Además, la cartilla sirve de orientación sobre las políticas recopiladas a partir de experiencias en diversos países y sistemas de salud. También se ofrecen algunas referencias bibliográficas escogidas para los lectores que desean profundizar en el tema u obtener referencias técnicas.

Incentivos de pago a proveedores

Cada método de pago a proveedores conlleva un conjunto de incentivos que estimula a los proveedores a comportarse de una manera específica en términos de los tipos, cantidades y calidad de los servicios que ofrecen.



Importancia de la reforma de los sistemas de pago

Los sistemas de pago a los proveedores difieren en todo el mundo. En muchos países en desarrollo, donde los servicios de salud son financiados y organizados por un ministerio de salud central o un organismo gubernamental relacionado, el método normal de pago es un presupuesto por partidas con recursos asignados de acuerdo a categorías presupuestarias de personal y no de personal, como salarios, fármacos, suministros, servicios y combustible. Los recursos que reciben los proveedores en el marco de estos presupuestos generalmente dependen más de consideraciones políticas o de tendencias históricas que de la calidad y cantidad de los servicios entregados. En el sector privado prevalece el sistema de reembolso por atención prestada. Mientras que los presupuestos por partida imponen un tope a los gastos estatales desembolsados a los proveedores públicos, el sistema de reembolso por atención prestada puede desembocar en un alza de costos, ya que los proveedores tienen incentivos para prestar más servicios, sean éstos necesarios en términos médicos o no.

A nivel mundial, se ha demostrado que el desempeño de los sistemas de atención de salud habitualmente es más sensible a *cómo* se asignan los fondos que a su *cantidad*, si bien muchos de los sistemas de salud de hecho carecen de suficientes fondos. Las autoridades responsables de formular políticas y los gestores de la salud pueden mejorar la eficacia en función de los costos del sistema de salud adoptando nuevos métodos de pago que incorporen el riesgo de pérdidas financieras para los proveedores de estos servicios (ver los incentivos en términos de riesgo financiero en la página 3). El riesgo proporciona incentivos para reestructurar y reorganizar la prestación de los servicios de salud de manera más efectiva, eficiente y sensible frente a las necesidades de los

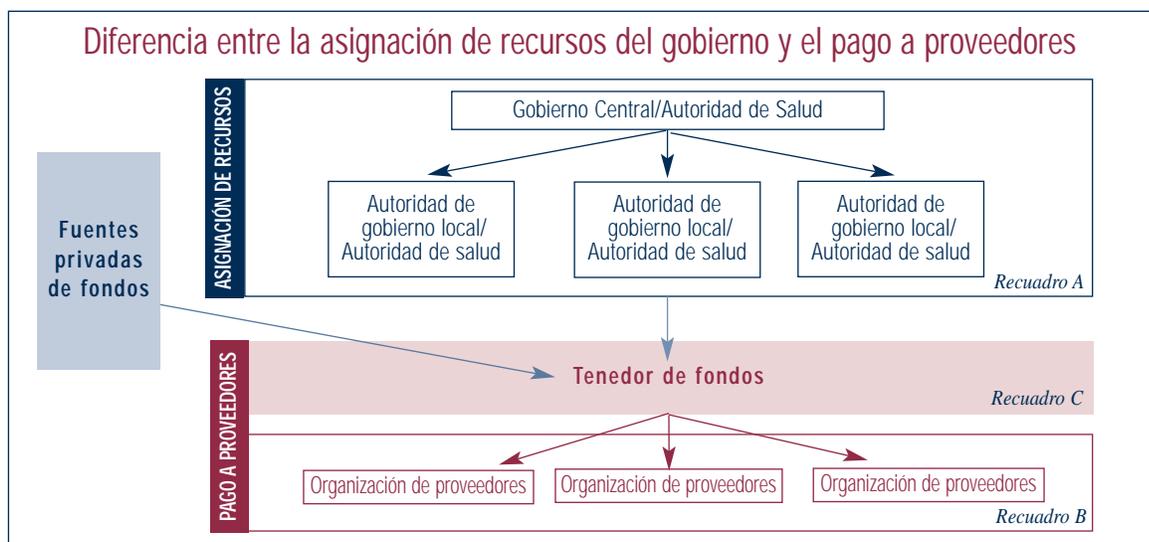
pacientes. Sin embargo, estos incentivos sólo funcionan si los administradores de los establecimientos y servicios de salud cuentan con la autonomía y flexibilidad necesarias para reasignar los recursos, como por ejemplo poder agregar o eliminar ciertos tipos de servicios, cambiar el escenario de los tratamientos de pacientes hospitalizados a pacientes ambulatorios o alterar el tamaño y la composición del personal.

Los métodos de pago se pueden usar para cambiar la asignación de los recursos de un nivel del gobierno a otro (Recuadro A en la figura a continuación), o bien para asignar los fondos para la salud de una entidad tenedora de fondos que recibe fondos de fuentes públicas y/o privadas a un proveedor de salud específico (Recuadros B y C). Aunque a menudo la reforma de los métodos de asignación de recursos entre el gobierno central y los gobiernos locales es una parte esencial de los programas de reforma (en especial en las reformas que buscan la descentralización del sistema), los cambios a que se aspira en la prestación de los servicios no se materializarán a menos que también se reformen los medios para canalizar estos fondos hacia los proveedores. Esta cartilla se centra en este último aspecto, esto es, el pago a los proveedores. Sin embargo, muchos de los métodos de pago que se analizan en este documento también se pueden usar para transferir recursos entre distintos niveles del gobierno.

Importancia de los métodos de pago para la reforma de la atención de salud

Los métodos alternativos de pago a los proveedores se pueden aplicar a numerosos escenarios de reforma de la salud:

- ▲ *Reasignar recursos para mejorar la eficiencia del sistema de salud y crear incentivos apropiados para*



los consumidores y aseguradores: Por ejemplo, con los nuevos métodos de pago se pueden reasignar los fondos entre los establecimientos primarios, secundarios y terciarios de atención de salud. Está reasignación es fundamental para mejorar la eficiencia y la eficacia del sistema de prestación de salud y aumentar el acceso al mismo. Tanto los aseguradores como los pacientes necesitan incentivos para utilizar al máximo la atención primaria y la medicina preventiva y recurrir a la atención secundaria y terciaria sólo en los casos necesarios.

- ▲ *Transferir fondos entre regiones:* Las reformas de los métodos de pago se pueden usar para instituir transferencias de pago entre regiones cuando los pacientes que reciben atención en un establecimiento de salud local no son residentes de esa región.
- ▲ *Permitir que los hospitales públicos cobren por sus servicios, a fin de mejorar la calidad y la eficiencia:* Los nuevos métodos del gobierno para pagar a los hospitales son parte importante de las reformas que garantizan una gestión autónoma a los hospitales públicos y los autorizar a cobrar y retener los cargos a los usuarios, incluidos los reembolsos del seguro por servicios prestados a pacientes con cobertura. En algunas iniciativas de reforma hospitalaria se sustituye el método de partida presupuestaria por una combinación de pagos per cápita, contratos por servicios específicos o reembolsos por atención prestada.

Las reformas al sistema de pago a proveedores pueden abarcar los sistemas de prestación de salud a nivel nacional o nivel regional, o bien sólo a algunas partes de un sistema, por ejemplo las relaciones proveedores-compradores individuales entre una empresa y los proveedores locales de servicios de salud.

Atributos de los métodos de pago a proveedores

Cada método de pago a proveedores se puede definir a través de diversos atributos diferentes, a saber: la *unidad de pago*, si el método es *prospectivo* o *retrospectivo*, y el grado de *riesgo financiero* que asume el proveedor y el ente pagador, respectivamente. Los

primeros dos atributos (unidad de pago y prospectivo o retrospectivo, respectivamente) afectan directamente la distribución del riesgo financiero. En el Cuadro de las páginas cuatro y cinco se describen estos atributos para los seis principales métodos de pago.

En los métodos de pago se pueden fijar precios para una *unidad de precio* global (un pago fijo para todos los servicios que una persona requiere en el transcurso de un año, como en el caso de los pagos per cápita) o para unidades desagregadas (servicios específicos como rayos X, consultas, el componente de fármacos, como en el caso del reembolso por atención prestada). Otros métodos de pago se ubican entre estos dos extremos: en el pago por caso específico, por ejemplo, se fija un precio para todos los servicios que son necesarios para tratar un caso de enfermedad definido, clasificado por Grupos relacionados por diagnóstico (DRG).

Los términos *prospectivo* y *retrospectivo* se refieren al momento en que se fijan las tarifas a pagar por un paquete de servicios de salud. Cuando la tarifa de un paquete de servicios claramente definido se negocia y acuerda *antes* de que se realice el tratamiento, se denomina pago *prospectivo*. Las tarifas fijadas con anticipación, como en el caso de pagos por caso específico y pagos per cápita, aumentan los incentivos por operar con eficiencia, porque el proveedor de los servicios de salud se enfrenta con mayores riesgos financieros. Cuando la tarifa se establece *mientras* se presta el servicio o *una vez prestado*, es un pago *retrospectivo* (o reembolso basado en los costos). Esta última forma de pago tiende más bien a aumentar los costos en lugar de bajarlos.

Un proveedor de servicios de salud se encuentra en un *riesgo financiero* cuando debe hacerse cargo de las consecuencias de un servicio cuyo costo resulta ser más elevado de lo previsto (debido ya sea a casos inesperadamente complejos o a la falta de eficiencia del proveedor). Al mismo tiempo, el proveedor se verá beneficiado si el costo del servicio resulta ser inferior al previsto (al escatimar en la prestación de los servicios o debido a pacientes más sanos). El riesgo financiero se distribuye de manera diferente entre el proveedor y el ente pagador en los diversos métodos de pago. Cuanto más agregativa sea la unidad de pago, mayor es el riesgo que tiende a enfrentar el proveedor. Asimismo, las formas prospectivas de pago implican un mayor riesgo financiero para el proveedor que los pagos retrospectivos.

Incentivos creados por los métodos de pago

Cada sistema de pago afecta de manera diferente la eficiencia, calidad, equidad y satisfacción de los pacientes. Aunque normalmente los métodos de pago alternativos apuntan fundamentalmente a lograr una mayor eficiencia en el uso de los recursos, pueden tener otros impactos, tanto intencionales como no intencionales. Si se otorgan demasiados incentivos en la promoción de la eficiencia, se pueden crear incentivos para disminuir la calidad, equidad y satisfacción de los clientes. Las autoridades

responsables de las políticas deben identificar cuidadosamente el conjunto completo de incentivos que se crean en cada método de pago y sopesar las ventajas y desventajas aceptables de cada uno. En ocasiones, los métodos de pago se pueden ajustar para introducir incentivos más adecuados en pro de la calidad, equidad y satisfacción de los clientes. De lo contrario, es necesario contar con sistemas separados (por ejemplo de control de calidad o gestión de utilización) para evitar efectos indeseables. El permitir que los pacientes

Los seis principales métodos de pago: Ventajas y desventajas

Método de pago	Unidad de pago	Prospectivo o retrospectivo	Descripción
Presupuestos por partidas	Categorías presupuestarias funcionales, normalmente anuales	Cualquiera	El presupuesto se asigna de acuerdo a categorías específicas de recursos o funciones, habitualmente por períodos anuales. Las categorías presupuestarias incluyen: salarios, medicamentos, equipos, alimentación, gastos generales, administración.
Presupuesto global	Establecimiento de salud: hospital, clínica, centro de salud	Prospectivo	Pago total fijado con anticipación para cubrir un período determinado. Posiblemente se permitan algunos reajustes de fin de año. Se pueden usar varias fórmulas: presupuestos históricos, tarifas per cápita con diversos ajustes (edad, sexo), índices de utilización del año anterior.
Pago per cápita	Por persona por año	Prospectivo	Un pago realizado directamente a los proveedores de servicios de salud por cada individuo inscrito con ese proveedor. El pago cubre los costos de un paquete determinado de servicios durante un período específico. En algunos casos, el proveedor puede comprar los servicios que no puede prestar (u opta por no prestar) a otros proveedores.
Pago por caso específico	Por caso o episodio	Prospectivo	Un pago fijo que cubre todos los servicios para casos o enfermedades específicas. Los sistemas de clasificación de los pacientes (como los Grupos relacionados por diagnóstico – DRG) agrupan a los pacientes de acuerdo a diagnósticos y los principales procedimientos realizados. Se aplica principalmente a servicios de pacientes hospitalizados, si bien se están estableciendo grupos con pacientes externos.
Diario	Por día para diferentes unidades hospitalarias	Prospectivo	Un pago global que cubre todos los gastos incurridos durante un día de hospitalización.
Reembolso por atención prestada	Por unidad de servicio	Retrospectivo	Diferentes cargos para los distintos rubros del servicio, por ej., medicamentos, consultas, análisis.

Eficiencia	Calidad y Equidad	Sistemas de gestión e información	Riesgo financiero
<ul style="list-style-type: none"> - Poca flexibilidad en el uso de los recursos; - Tendencia a usar el presupuesto completo, aun si no es necesario, para asegurar que se mantenga el mismo nivel de presupuesto. 	<ul style="list-style-type: none"> - Puede causar racionamiento si el presupuesto es demasiado bajo; - Si se produce racionamiento, los casos más complejos se pueden remitir a otra parte. 	Relativamente sencillo	Proveedor = BAJO Ente pagador = BAJO
<ul style="list-style-type: none"> + Flexibilidad en el uso de los recursos; - Gasto fijado artificialmente y no a través de las fuerzas del mercado; - No siempre vinculado a indicadores de desempeño (por ej., volumen, calidad, combinación de casos); - Se permite el desplazamiento de los costos si el presupuesto global cubre servicios limitados. Un proveedor puede remitir a los pacientes a otro que esté fuera de la competencia del presupuesto global, para minimizar gastos en el presupuesto global. 	<ul style="list-style-type: none"> - Puede causar racionamiento si el presupuesto es demasiado bajo; - Si se produce racionamiento, los casos más complejos posiblemente se remitan a otra parte. + Ajustes por combinación de casos en fórmulas globales vinculan los montos del presupuesto a la complejidad de los casos; se pueden usar otros mecanismos para ajustar el pago para grupos especiales de la población. 	Se necesita habilidad para supervisar la eficiencia y eficacia en el uso de los recursos en las distintas unidades y mecanismos, a fin de desviar los recursos a los usos más eficientes.	Proveedor = ALTO Ente pagador = BAJO
<ul style="list-style-type: none"> + Flexibilidad en el uso de los recursos; + Cuanto mayor es el número de servicios incluidos en el paquete, menor es la posibilidad de transferir los costos; + Recursos muy vinculados al tamaño de la población y las necesidades de salud. 	<ul style="list-style-type: none"> - Es posible que los proveedores sacrifiquen la calidad para frenar los costos; - Puede causar racionamiento si el presupuesto es demasiado bajo; - El pago per cápita puede alentar a los proveedores a inscribir a pacientes más sanos; - Hay pocas posibilidades de que el paciente escoja el proveedor; + Mecanismos de ajuste en la fórmula de pago per cápita pueden ajustar el pago para grupos especiales de la población. 	Se necesitan sistemas de gestión para garantizar que cada beneficiario se inscriba en un solo proveedor y use principalmente a ese proveedor. Para evitar servicios insuficientes, los programas de gestión y control de calidad resultan esenciales. Si los pagos cubren servicios primarios y secundarios, los proveedores en los distintos niveles del sistema deben establecer vínculos contractuales recíprocos.	Proveedor = ALTO Ente pagador = BAJO
<ul style="list-style-type: none"> + Flexibilidad en el uso de los recursos - En los hospitales, favorece el aumento de los casos (aumentando las admisiones o contabilizándolas dos veces) para incrementar los ingresos; + Se pueden usar sistemas de clasificación de pacientes para monitorear el desempeño. 	<ul style="list-style-type: none"> + En el pago por caso específico, el pago se vincula directamente a la complejidad de los casos. 	Los proveedores deben contar con capacidades para registrar y facturar por caso definido; esto generalmente implica la recopilación de grandes volúmenes de información confiable sobre las características de los pacientes, diagnósticos y procedimientos.	Proveedor = MODERADO Ente pagador = MODERADO
<ul style="list-style-type: none"> + Flexibilidad en el uso de los recursos; - En los hospitales, favorece la prolongación de las estadias para incrementar los ingresos. 	<ul style="list-style-type: none"> + Las tarifas diarias permiten estadias más prolongadas para los casos más complejos. 	En este método de pago se deben vigilar los días de hospitalización por unidad y asegurar que se recuperen los costos.	Proveedor = BAJO Ente pagador = ALTO
<ul style="list-style-type: none"> + Flexibilidad en el uso de los recursos; - En los proveedores, favorece el aumento del número de servicios para incrementar los ingresos. 	<ul style="list-style-type: none"> + El pago está directamente relacionado a la intensidad de servicio requerido; - Favorece un exceso de servicios o intervenciones innecesarias. 	Los proveedores deben registrar y facturar cada transacción médica realizada.	Proveedor = BAJO Ente pagador = ALTO

escojan entre proveedores y alternativas de seguro, siempre crea la oportunidad directa para los consumidores de la atención de salud de decidir acerca de las concesiones aceptables en cada caso.

En los casos en que existe un tercer ente pagador, por ejemplo un organismo asegurador que contrata los servicios con los hospitales y proveedores para pagar por la atención a los pacientes que ellos cubren, cada uno de los métodos de pago presentado en el Cuadro de las páginas cuatro y cinco normalmente viene acompañado por algún copago de parte del paciente. La forma de pago que realicen los pacientes no necesariamente estará determinada por el método de pago que use el ente pagador. El sistema de reembolso por atención prestada por parte del paciente, por ejemplo, podría combinarse con el uso de cualquier tipo de pago por parte del ente pagador de los enumerados en el cuadro. En esta cartilla no se analiza la gama total de todos los posibles métodos de pago por parte de los pacientes o sus incentivos. Sin embargo, se debe tener presente que:

- ▲ En todos los métodos de pago, el riesgo financiero que recae sobre el paciente está determinado por los servicios que cubre el tercer ente pagador según el respectivo método de pago y por si el ente pagador exige que el paciente realice un copago o pague un deducible.
- ▲ En términos de equidad, la influencia más marcada sobre la accesibilidad financiera es el pago en que debe incurrir el paciente, no el ente pagador.
- ▲ Para asegurar un uso eficiente de diferentes tipos de servicios de salud, es necesario crear incentivos apropiados tanto para los proveedores como para los pacientes.

Eficiencia

En general, eficiencia significa entregar un máximo de servicios (a un nivel de calidad aceptable) al menor costo posible. Los incentivos por eficiencia aumentan cuanto las tarifas de pago:

- ▲ incrementan el riesgo financiero de los proveedores
- ▲ permiten un uso flexible de los recursos
- ▲ están vinculadas a indicadores de desempeño
- ▲ cubren servicios relativamente globales para minimizar el desplazamiento de los costos a otros proveedores

Preparación para los nuevos sistemas de pago

Elaborar el diseño y la infraestructura de gestión local requeridos para un nuevo sistema de pago involucra un proceso dilatado y detallado, pero necesario, para asegurar la implementación de los incentivos correctos y garantizar que los administradores de los establecimientos cuenten con las capacidades y los sistemas para enfrentar estos nuevos incentivos.

- ▲ están estrechamente relacionados con un sistema en que los pacientes eligen a los proveedores, de modo que los proveedores deben competir por ellos.

El nivel del riesgo financiero que asumen los proveedores de servicios de salud difiere en el marco de cada uno de los métodos de pago que se definen en el Cuadro. Las normas de aplicación también afectan el riesgo. Un sistema de pago prospectivo afecta el riesgo si permite que al final del año se reajusten los precios. Los incentivos asociados con el riesgo financiero son más intensos cuando las normas de pago exigen que la institución de salud debe asumir las pérdidas.

Calidad

La calidad en la prestación de los servicios de salud significa entregar una atención que idealmente logre un equilibrio óptimo entre riesgos médicos y beneficios para la salud. También significa realizar intervenciones reconocidamente seguras y eficaces de acuerdo a estándares de práctica aceptados. Y por último, la calidad de la atención también se refiere a la percepción de los pacientes de esa calidad, según se describe en “satisfacción del cliente”. Los incentivos por calidad aumentan cuando los métodos de pago incentivan a los médicos, pacientes y aseguradores a escoger los tratamientos más eficaces en función de los costos, de mayor calidad técnica e implementados adecuadamente. Los incentivos por limitar los costos y aumentar la eficiencia pueden ir en contra de los incentivos por calidad. El nivel de rigurosidad de los incentivos por eficiencia no debe ser tal que impulse a los proveedores y aseguradores a subatender a los pacientes. Dentro de los sistemas de pago, los programas de control de calidad, la ética de los proveedores y la habilidad de los pacientes para escoger y cambiar de proveedores son aspectos importantes y complementarios que pueden servir de contrapeso adecuado a los incentivos por eficiencia.

Equidad

La equidad, en su nivel más general, busca asegurar un acceso financiero y geográfico “justo” a la atención de salud para toda la población, donde el término *justo* está determinado por valores sociales. Si bien el pago de los pacientes puede ser el principal factor que afecte la accesibilidad financiera a la atención, el método de pago por parte de terceros entes pagadores también es importante. De hecho, también es posible usar los métodos de pago para motivar a los proveedores a entregar un mejor servicio en las áreas pobres o con déficit de atención:

- ▲ Es posible pagar tarifas más altas a los establecimientos de salud que atienden a personas en áreas rurales remotas o comunidades pobres que a otros establecimientos, o bien usar un método de pago diferente. A menos que se otorgue un tratamiento especial a los establecimiento que prestan servicios a grupos desfavorecidos de la población, existe el peligro de que los proveedores



(en especial los privados) no se instalen en esas áreas y que se vea restringido el acceso de la población a la atención de salud.

- ▲ *Los mecanismos de ajuste* en las fórmulas de pago se pueden usar para garantizar que los pacientes no sean discriminados debido a la complejidad de sus enfermedades o tratamientos por parte de proveedores interesados en el lucro. En el pago per cápita, por ejemplo, se pueden pagar montos más altos para las personas más ancianas o para aquellas con enfermedades crónicas, a fin de asegurar que los proveedores no traten de excluir a esos pacientes de su carga de casos.

Satisfacción del consumidor

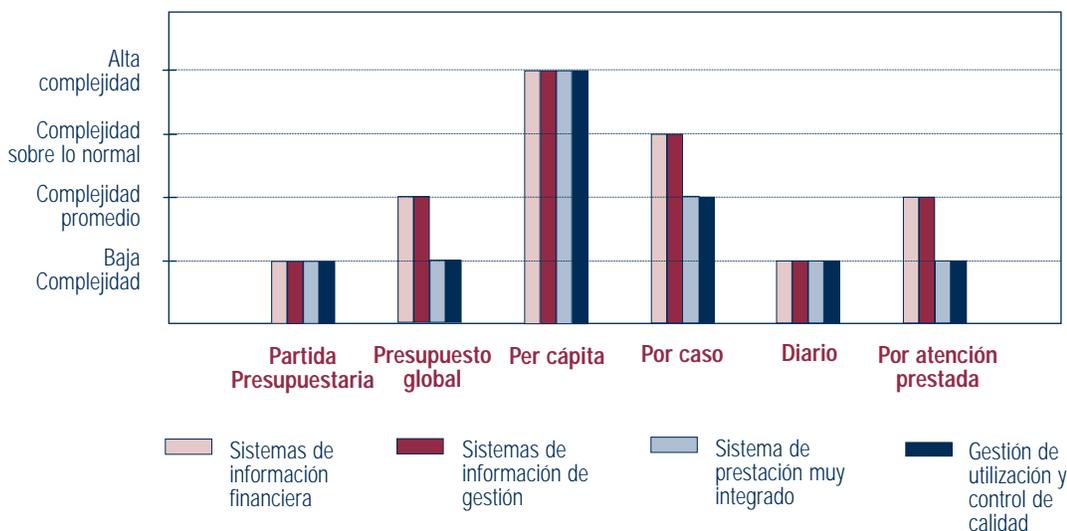
La satisfacción del consumidor o cliente es un concepto que se refiere a asegurar la satisfacción y tratamiento de las necesidades e inquietudes percibidas por los pacientes. Esta *satisfacción* incluye tener en cuenta no sólo la calidad técnica de la atención, sino también aspectos relacionados con la idoneidad del servicio, un entorno amigable, limpieza y otras inquietudes de la familia y amigos en relación con la atención del paciente. Los métodos de pago a proveedores crean un incentivo para mejorar la satisfacción de los consumidores en un sistema donde los proveedores compiten por los pacientes, a los que atraen ofreciendo servicios de calidad, amigables y convenientes. Para mejorar la satisfacción de los consumidores, los métodos de pago deben vincular la *selección* del proveedor por parte del paciente con el pago que recibe este proveedor.

Diseño e implementación de los sistemas de apoyo

El éxito que logre cada sistema de pago no sólo depende de los incentivos creados; de similar importancia son los **sistemas legales, financieros y de gestión**. Cada sistema de pago requiere de diferentes marcos legales y sistemas de información de gestión. El éxito de la reforma del pago a proveedores también puede depender de la eficiencia de los *sistemas de remisión* entre proveedores en los diferentes niveles del sistema de atención de salud, y de que existan programas de control de calidad y de *gestión de utilización* para monitorear la atención de un paciente y la eficacia de su tratamiento. Los sistemas de pago que cubren un paquete relativamente grande de prestaciones, como en el caso del método de pago per cápita, requieren de un sistema de remisión bien desarrollado para garantizar que se escoja el nivel de atención más rentable para el tratamiento o seguimiento. En el gráfico de barras que se muestra a continuación se indica el relativo nivel de complejidad de los diversos componentes involucrados en el apoyo necesario para cada método de pago y en las páginas cuatro y cinco se entregan ejemplos más detallados.

Para cada reforma del sistema de pago, es necesario establecer un marco legal y administrativo que tenga un orden jerárquico y de responsabilidad claramente definido. En el caso del marco legal, es probable que el país cuente con una ley nacional que establezca el nuevo método de pago o autorice el uso de métodos de pago alternativos, o bien una exención local que permita que una región experimente con un

Requisitos de la infraestructura de apoyo para los métodos de pago alternativos



nuevo sistema de pago. Para el método de pago per cápita, por ejemplo, habitualmente se necesitan leyes nuevas que permitan que los proveedores asuman algunas funciones del seguro y establezcan una red de proveedores afiliados. En el caso del reembolso por atención prestada, posiblemente se requieran nuevas leyes donde se determine quién puede fijar las tarifas (por ejemplo, la autoridad de salud, los proveedores individuales, entre otros).

La autonomía de gestión se refiere tanto a los asuntos financieros como de gestión, ambos fundamentales para el éxito de la reforma del sistema de pago. La *autonomía financiera* permite que el administrador de un establecimiento o programa reasigne recursos entre funciones y programas para mejorar la eficiencia. La *autonomía de gestión* permite que el administrador contrate o despida personal y reestructure o reorganice el establecimiento de acuerdo a las necesidades.

No todos los sistemas de pago requieren de todos los componentes de un *sistema de información financiera*, pero los siguientes componentes son básicos para permitir que los administradores respondan a los incentivos implícitos en los mecanismos de pago: formularios del uso (efectivo) de los recursos a nivel de usuario, presupuestos, sistemas de contabilidad de costos, registros para investigar múltiples fuentes de ingresos y condiciones exigidas para la inscripción de los pacientes en el seguro.

Asimismo, en los componentes de los *sistemas de información de gestión* a considerar se incluyen: mediciones de la productividad, análisis de la composición de casos y diversos análisis que utilicen un *conjunto internacional mínimo de datos básicos*. Al recopilar datos sobre la información, diagnóstico y procedimientos de tratamiento de los pacientes al momento de la admisión o el egreso del hospital, estos conjuntos mínimos de datos apoyan las decisiones clínicas y financieras y facilitan enormemente las comparaciones internacionales o regionales. La *combinación de casos* representa una medida de la complejidad de los pacientes tratados en una organización de atención de salud, habitualmente en términos de la intensidad de los recursos utilizados.

Elaborar el diseño y la infraestructura de gestión local para cualquier nuevo método de pago a proveedores involucra un proceso arduo y dilatado, pero necesario para asegurar la implementación de los incentivos correctos y garantizar que los administradores de los establecimientos cuenten con las capacidades, los sistemas y la autoridad para adaptarse a estos nuevos incentivos. En pocos países se implementará la reforma de los mecanismos de pago con todos los sistemas de apoyo que se acaban de describir ya plenamente desarrollados, pero algunos de estos sistemas son absolutamente esenciales para iniciar el proceso y otros se deberán implantar en el mediano a largo plazo.

Experimentos internacionales en reformas de pago

Tailandia

En 1990, en Tailandia se promulgó una Ley de Seguridad Social. Mediante esta ley se impuso el mecanismo de pago per cápita a los hospitales contratados como una manera de incrementar la eficiencia y frenar los costos. Se determinó una tarifa per cápita de 700 bahts (US\$28) anuales para cubrir los costos de atención de las enfermedades no laborales. Las cifras preliminares indican que tal como se esperaba, este sistema de pago ha aumentado el uso de los servicios ambulatorios y disminuido el uso de los servicios de hospitalización. Sin embargo, al estar el sistema centrado en los hospitales, puede haberse restringido la expansión y el uso de los servicios de atención primaria. Se ha propuesto que las clínicas médicas de atención primaria desempeñen una función más determinante en este esquema como subcontratistas de los hospitales. Asimismo, hasta hace poco tiempo los usuarios no podían elegir libremente al proveedor. En teoría, los trabajadores se inscribían en el hospital de su elección. En la práctica, sin embargo, el sistema de información sobre el esquema de la seguridad social no era el adecuado y eran más bien los empleadores y no los empleados los que escogían el hospital. Con ello, resultaba que el proveedor seleccionado a menudo era uno geográficamente inaccesible para el trabajador (*pago per cápita*).

Kirguistán

En 1995, el Ministerio de Salud de Kirguistán implementó una iniciativa de seguridad social en Issyk-Kul Oblast que se basa en tres componentes principales: (1) reestructuración del sistema de prestación de los servicios de salud; (2) introducción de nuevos sistemas de pago basados en incentivos; y (3) la creación de un Fondo Obligatorio de Seguro Médico. Con la reestructuración se busca disminuir el tamaño del sector hospitalario y desplazar recursos a un sistema de atención primaria de mejor calidad. Se establecieron sistemas de atención médica de grupos familiares como entidades independientes, con sus propios sistemas de información clínica y financiera, y dirigidos por un administrador de la especialidad. Los pacientes por primera vez pudieron escoger su médico de atención primaria. Las reformas de los sistemas de pago incluyeron la elaboración de un sistema de pago por caso específico para los hospitales, un programa de tarifas para los servicios de policlínico y un sistema de pago per cápita para los sistemas de atención médica de grupos familiares. Se elaboró un sistema de contabilidad de costos simple para respaldar el sistema de pago y un sistema de información clínica para ingresar y pagar las facturas de los hospitales. Los sistemas de información se están usando, pero los fondos recién están comenzando a fluir de acuerdo a los nuevos sistemas de pago (*pago por caso específico, reembolso por atención prestada, pago per cápita*).

Argentina

En Argentina, las obras sociales (entidades de seguro médico pertenecientes a los sindicatos) aseguran a alrededor del 40 por ciento de la población. PAMI, una obra social que cubre a 3 millones de argentinos pensionados o discapacitados en Argentina, compra la atención de salud a los proveedores a través de diversos tipos de contratos, desde pago per cápita a reembolso por atención prestada y pago por caso específico. A mediados de la década de los ochenta, otras obras sociales que en algún momento prestaban sus propios servicios de salud, comenzaron a comprar servicios de salud ya sea directamente a los proveedores o, más recientemente, a través de las intermediarias Unidades Transitorias de Empresas; y en muchos casos, el reembolso por atención prestada ha sido sustituido por el pago per cápita. En 1996, un proyecto del Ministerio de Salud financiado por el Banco Mundial comenzó a promover la competencia entre las 300 obras sociales existentes (que tenían considerables diferencias en términos de tamaño y recursos). Para ello, se impulsaron reformas que permitieran que los beneficiarios escojan entre estas obras. Se han producido numerosas fusiones desde esta reforma, haciendo que el número de obras sociales disminuya a menos de 100. Según se informa, las más grandes están estableciendo nuevos tipos de relaciones con los proveedores, entre ellos innovadores sistemas de pago (*pago per cápita, reembolso por atención prestada, pago por caso específico*).

Brasil

En 1985, el Sistema Unificado de Salud (SUS) federal de Brasil adoptó un sistema mixto de pago por caso específico y reembolso por atención prestada para reembolsar a los proveedores de servicios de salud privados y públicos de toda la nación. Las tarifas de reembolso no fueron reajustadas sistemáticamente a través del tiempo. En lugar de ello, el reajuste se realiza por negociación y queda sujeto al poder político de determinados grupos de proveedores. Las cifras indican que las tarifas del SUS ofrecen escasos o ningún incentivo económico para entregar servicios eficaces en función de los costos. Es posible que las tarifas de reembolso extremadamente bajas de la mayoría de los tipos de servicios de atención primaria y preventiva sean en parte responsables de la baja calidad de la atención y los bajos índices de utilización, especialmente en el caso de la atención materna y prenatal. Más recientemente, en el marco de los Programas de Atención de Salud (PAS) en Sao Paulo, el gobierno ha experimentado con el método de pago per cápita (*pago per cápita, reembolso por atención prestada*).

Chile

En 1992, el Fondo Nacional de Salud (FONASA) del Ministerio de Salud chileno diseñó un sistema combinado de pago por caso específico y reembolso por atención prestada para reembolsar los gastos a los hospitales del sector público. Considerando que muchos de los hospitales públicos, en especial los más grandes, viejos, ineficientes y complejos, no serían capaces de equilibrar sus finanzas a través del nuevo sistema tarifario, FONASA mantuvo los reembolsos históricos, pero al mismo tiempo comenzó a registrar los montos que habrían de recibir los hospitales en caso de ser reembolsados con el nuevo sistema. Anticipándose al nuevo sistema, en la mayoría de los hospitales se han aplicado diversas reformas técnicas y de gestión y ahora registrar su rendimiento e ingresos teóricos como si el reembolso se hubiese realizado exclusivamente a través del nuevo método de pago. FONASA gradualmente está ajustando sus pagos a los hospitales en concordancia con el nuevo sistema. Al nivel de atención primaria, FONASA financia los centros de salud municipales usando un mecanismo de pago per cápita. Los residentes se inscriben en su municipalidad y FONASA asigna los fondos en proporción al número de inscritos, con ajustes que consideran la ubicación y el nivel de pobreza (*pago por caso específico, reembolso por atención prestada*).

Estados Unidos

En 1983, el programa Medicare de los EE.UU. (seguro médico gubernamental para los ancianos que cubre el 15% de la población) sustituyó el tradicional reembolso por costo de la atención prestada a los hospitales por pagos por caso específico de los pacientes hospitalizados, como una manera de controlar los costos y mejorar la eficiencia. Se dieron los siguientes resultados:

- △ la duración promedio de las estadías disminuyó en 14,6 por ciento entre 1982 y 1985;
- △ el número de días de hospital /1000 había disminuido en un 22 por ciento en 1985;
- △ la tasa de crecimiento real de los gastos hospitalarios totales disminuyó del 5,4 por ciento (1977-83) al 2,8 por ciento (1983-87);
- △ los pagos hospitalarios habían disminuido del 70 por ciento al 57 por ciento de los desembolsos totales de Medicare en 1988;
- △ no se presentaron informes importantes sobre disminuciones en la calidad o satisfacción de los usuarios.

(*pago por caso específico*)

Una lección clave aprendida

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



Experimentos con reformas y lecciones aprendidas de la experiencia internacional

En muchos lugares alrededor del mundo se están reformando los sistemas de salud. Los ejemplos de los países que se presentan en las páginas ocho y nueve ilustran diversos experimentos realizados en la reforma de los métodos de pagos a proveedores.

En base a experiencias de todo el mundo, se han sacado las siguientes conclusiones respecto a la reforma de los pagos a proveedores:

- ▲ **Los incentivos financieros son importantes.** Los métodos de pago se cuentan entre los aspectos más decisivos dentro del diseño del sistema de financiamiento de la salud de un país, ya que pueden dar lugar a sistemas más eficientes que promueven la atención de salud primaria y preventiva y un uso más razonable de los especialistas, exámenes de diagnóstico y servicios de remisión.



- ▲ **La experimentación con distintos métodos es un primer paso primordial** hacia la creación de métodos de pago óptimos para las condiciones locales. No hay un único método adecuado para todas las situaciones y ninguno es perfecto. Probar las reformas en establecimientos de demostración locales para determinar sus impactos, tanto positivos como negativos, permite que las autoridades responsables de formular políticas hagan algunas rectificaciones antes de lanzar las reformas a nivel nacional.
- ▲ **La característica que define a un método de pago es su unidad de pago**—por caso, por día, por persona por año, por servicio, por visita. Cualesquiera sea la unidad de pago, los proveedores tienen incentivos para aumentar el número de unidades y al mismo tiempo disminuir el costo por unidad. Por ejemplo, el pago por caso específico estimula a los proveedores a disminuir el costo por caso, pero aumentar el número de casos tratados.
- ▲ **A medida que la unidad de pago es más global, aumenta el nivel del riesgo financiero para el proveedor.** Por ejemplo, el riesgo financiero es mayor con los pagos por casos específicos que con el reembolso por atención prestada.
- ▲ **Los métodos de pago que contienen incentivos más poderosos por lograr eficiencia, equidad, satisfacción del paciente y calidad suelen tener costos administrativos más altos.** Su complejidad requiere más información clínica y financiera, más habilidades administrativas y un sólido sistema de remisión e infraestructura de apoyo.
- ▲ **Se deben evitar los detalles sofisticados innecesarios en el diseño, para que los proveedores puedan comprender fácilmente los incentivos.** Los pacientes y los proveedores deben ser capaces de entender los aspectos básicos de los métodos de pago, de modo que respondan adecuadamente a los incentivos deseados.
- ▲ **Los sistemas de atención de salud a menudo combinan diversos métodos de pago.** Esto permite que la solidez de un método de pago compense la debilidad de los demás métodos.
- ▲ **La competencia entre los proveedores suele mejorar el desempeño de los métodos de pago.** Competir por los usuarios estimula a los establecimientos de salud a mantener la calidad de los servicios y la satisfacción de los usuarios. Un marco regulador adecuado podría garantizar que los pacientes estén bien informados sobre la calidad de la atención y otros aspectos financieros y de gestión de los proveedores entre los que están escogiendo.

- ▲ **Una gestión calificada y sistemas de información sólidos son fundamentales en cualquier método de pago.** La aplicación eficaz de cualquier método de pago depende de la disponibilidad de los datos financieros sobre los pacientes necesarios para garantizar que el pago se realice por servicios realmente prestados, por servicios que el ente pagador deseaba cubrir y por los pacientes definidos para recibir el servicio.
- ▲ **Los programas de control de calidad son decisivos.** Para asegurar un equilibrio adecuado entre eficacia en función de los costos y calidad de la atención, es necesario implementar todos los métodos de pago junto con iniciativas destinadas a mejorar el nivel del desempeño clínico y de gestión.

Tres preguntas a investigar en relación a medidas de política

Hay una cantidad considerable de información sobre el impacto de los métodos de pago a proveedores en los sistemas de salud de los países industrializados, pero esta información disminuye considerablemente para los países de ingreso mediano y bajo. Más aún, todavía no se entiende muy bien cómo se producen los efectos de los métodos alternativos de pago a proveedores. En los EE.UU., por ejemplo, los pagos por caso específico inicialmente generaron costos más bajos. Pero no se sabe cómo influyeron los sistemas de gestión internos de los hospitales en estos resultados o los factores que tienen que ver con la estructura más general del mercado de la salud, por ejemplo las economías de escala logradas a través de fusiones de proveedores.

Es absolutamente necesario contar con información confiable sobre los efectos de la reforma de los métodos de pago a proveedores en los países de ingreso medio y bajo, en especial porque los contextos en que se desarrollan las reformas en estos países son a menudo muy diferentes a aquellos que se dan en los países industrializados. Para ayudar a cubrir ese déficit, el Proyecto de Colaboración para la Reforma de la Salud (PHR) está investigando el impacto de la reforma de los métodos de pago per cápita y por caso específico en Argentina y Tailandia. En el marco del Programa de Investigación Aplicada de PHR, se están investigando tres asuntos clave:

- ▲ ¿De qué modo se ven afectados los sistemas de atención de salud por los nuevos mecanismos de pago a proveedores, en particular la asignación de recursos entre la atención primaria y preventiva y la atención a nivel más alto?
- ▲ ¿Qué nuevos sistemas están aplicando los hospitales y otros proveedores de servicios de salud en respuesta a la reforma de los pagos?
- ▲ ¿Cómo se ve afectada la estructura del mercado de la atención de salud por la reforma de los pagos a proveedores, según lo indican variables como el número, tamaño y tipo de proveedores afectados por esta reforma?

En 1999, PHR presentará y divulgará los resultados de estos estudios. La experiencia vivida en los dos países del estudio puede ser de gran utilidad para otros países que piensan o están iniciando reformas para aplicar estos métodos.

Algunas referencias y antecedentes bibliográficos

- Barnum, H, J Kutzin, H Saxenian. 1994. "Incentives and Provider Payment Methods." *International Journal of Health Planning and Management* 10: 23-45.
- Bitran, R, W Yip. 1998. "A Review of Provider Health Care Provider Payment Reform in Selected Countries in Asia and Latin America." Bethesda, MD: Proyecto de Colaboración para la Reforma de la Salud (PHR), Abt Associates Inc.
- Bodenheimer, T, K Grumbach. "Reimbursing Physicians and Hospitals." *Journal of the American Medical Association (JAMA)* 272 (12): 971-977.
- Coulam, R, G Gaumer. 1991. "Medicare's Prospective Payment System: A Critical Appraisal." *Health Care Financing Review*, Suplemento Anual: 45-77.
- Grumbach, K, J Fry. "Managing Primary Care in the United States and in the United Kingdom." *New England Journal of Medicine* 328 (13): 940-945.
- Leidl, R. 1990. "Diagnostic-related groups: Their introduction and application." OMS/Copenhague. Oficina Regional para Europa. EUR/ICP/MPN 532.
- Maceira, D. 1998. "Provider Payment Mechanisms in Health Care: Incentives, Outcomes and Organizational Impact." Bethesda, MD: Proyecto de Colaboración para la Reforma de la Salud (PHR), Abt Associates Inc.
- Prospective Payment Assessment Commission. Julio de 1993. "Global Budgeting: Introduction and Overview." *Global Budgeting, Design and Implementation Issues*. C-93-01. Washington D.C.
- Purvis, G. 1997. "Health Care Reform in the Issyk-Kul Oblast, Kyrgyzstan, 1994-1997: Restructuring through Payment Reform." Bethesda, MD: Programa *Zdrav*Reform, Abt Associates, Inc.
- Rice, JA (ed.) 1996. "Provider Payment Reforms in Russia: The Economic Lever for Health Sector Performance Improvement." *The Journal of Health Administration Education*, Edición Especial: 14 (2).
- Sulvetta, M. 1991, "Achieving Cost Control in the Hospital Outpatient Department." *Health Care Financing Review*, Suplemento Anual: 95-106.
- Tangcharoensathien, V, A Supachutikul. Enero de 1997. "Compulsory Health Insurance Development in Thailand." Tailandia: Instituto de Investigación de los Sistemas de la Salud.
- Wiley, M. 1992. "Hospital-Financing Reform and Case-Mix Measurement: An International Review." *Health Care Financing Review*, 13 (4).
- Wouters, A, G Gaumer, K Quinn. 1995. "Alternative Methods for Payment: A One-Week Workshop." Bethesda, MD: Programa *Zdrav*Reform, Abt Associates, Inc.



PHR

El Proyecto de Colaboración para la Reforma de la Salud recibe financiamiento de la USAID y es implementado por Abt Associates Inc., en colaboración con Harvard University School of Public Health, Howard University International Affairs Center, Development Associates, Inc. y University Research Co., LLC.

Esta **Cartilla** fue redactado por AnneMarieWouters, Ph.D., Economista principal, con aportes de Sara Bennett, Ph.D. y Charlotte Leighton, Ph.D., Abt Associates Inc. 1998. Nena Terrell es la editora de esta serie y los editores colaboradores son Linda Moll y Ann Laughrin. El diseño gráfico estuvo a cargo de Maureen Berg.

La serie **Cartillas de Políticas** está concebida como una referencia que busca orientar a las autoridades y demás participantes en la terminología, conceptos y resultados de las reformas de la salud, a fin de permitirles una efectiva participación en el diálogo y toma de decisiones sobre el tema. Esta Cartilla se publica en inglés, español, francés y árabe.

Para obtener más copias o información sobre publicaciones y actividades de PHR, comuníquese con:

PHR Resource Center
Abt Associates Inc.
4800 Montgomery Lane, Suite 600
Bethesda, MD 20814 USA

Fax: 301-652-3916
E-mail: PHR-InfoCenter@abtassoc.com
URL: <http://www.phrproject.com>



Fotografías: Panos Pictures