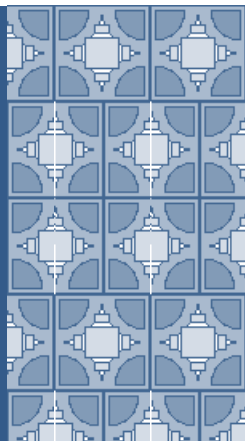


4
Ediciones
Especiales



Alternativas de pago a los proveedores para América Latina: Conceptos y estrategias de las partes interesadas

Alexander Telyukov, Ph.D.
Abt Associates Inc.

Kathleen Novak, Ph. D.
Abt Associates Inc.

Christopher Bross
Abt Associates Inc.

Marzo del 2001

Esta publicación fue producida por Partnerships for Health Reform (Colaboración para la Reforma de la Salud), un proyecto financiado por USAID bajo el contrato No. HRN-C-00-95-00024, en colaboración con la Iniciativa Regional de Reforma del Sector de la Salud, financiada por USAID bajo el contrato No. HRN-5974-C00-5024-00. Las opiniones vertidas en este documento pertenecen a los autores y no reflejan necesariamente la opinión de USAID.

Índice

Siglas	v
Agradecimientos	vi
Introducción	1
Presupuestación global	3
Definiciones	3
Aspectos clave de los presupuestos globales	3
Requisitos previos para planificar presupuestaciones globales	5
Planes institucionales que apoyan la presupuestación global	5
Consideraciones para la puesta en práctica exitosa	6
Distribución del riesgo y estrategias de las partes interesadas	10
Estrategias de los compradores	10
Estrategias de los proveedores	14
Revisión regional de América Latina y el Caribe	18
Pago previsto y por uso específico para hospitales	18
Chile	19
Costa Rica	20
Perú	21
México	22
Colombia	23
Capitación prospectiva en el sector de pacientes ambulatorios	25
Colombia	27
Costa Rica	28
Perú	28
México	29
Resultados de las reformas de pagos a los proveedores	31
Reducción de gasto en salud per cápita en atención presupuestada en forma prospectiva	31
El equilibrio de poder se trasladó de los hospitales hacia los consultorios de medicina general	31
Reducción de capacidad de camas, contracción de los servicios de pacientes hospitalizados, diversificación de hospitales en actividades no relacionadas con pacientes hospitalizados	32



Crecimiento más lento del gasto hospitalario en servicios para pacientes hospitalizados	33
Aumento de la intensidad de mezcla de casos en el consultorio hospitalario	33
Crecimiento acelerado del gasto hospitalario en servicios para pacientes ambulatorios	33
Reestructuración de la fuerza laboral hospitalaria	33
Inquietudes con respecto a las reformas de pago y al control de costos	35
Los pacientes están preocupados acerca de la calidad y accesibilidad	35
La falta de opciones para el consumidor aleja a nuevos afiliados de la atención controlada	36
Selección de estrategias conciliatorias	37
Estrategias regulatorias	37
Estrategias de compra	37
Estrategias de los proveedores	37
Para obtener el apoyo del consumidor	38
Resumen	39
Referencias bibliográficas	40

Cuadros

Cuadro 1. Grupos relacionados por diagnóstico en Chile y tarifas por nivel de hospital, 1996 en pesos chilenos	19
Cuadro 2. Índices de equivalencia para fijación de precios de productos hospitalarios propuesta en Costa Rica	21
Cuadro 3. Capitación ajustada según el riesgo en Perú	29

Siglas

ALC	América Latina y el Caribe
ARS	Administraciones del Régimen Subsidiado (Colombia)
CCSS	Caja Costarricense de Seguro Social
EPS	Entidades prestadoras de salud (Perú), Entidades Promotoras de Salud Colombia)
FONASA	Fondo Nacional de Salud (Chile)
GRD	Grupos Relacionados por Diagnóstico
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social
MINSA	Ministerio de Salud (Perú)
OAC	Organizaciones de Atención Controlada
OMS	Organización de Mantenimiento de la Salud
OPP	Organización de proveedores de preferencia
OS	Obras Sociales (Argentina)
PAD	Pago Asociado a Diagnóstico
PG	Presupuestación global
PHR	Proyecto de Colaboración para la Reforma de la Salud (USAID)
POS	Plan Obligatorio de Salud (Colombia)
POSS	Plan Obligatorio de Salud Subsidiado
PPC	Pago por prestaciones complejas
PPS	Plan de Punto de Servicio
UPC	Unidad de pago per cápita
UPH	Unidad de Producción Hospitalaria
USAID	United States Agency for International Development





Agradecimientos

Esta publicación *Alternativas de pago a los proveedores para América Latina: Conceptos y estrategias de las partes interesadas* es parte de una serie de tres publicaciones en que se tratan los conceptos de los mecanismos de pago a proveedores con ejemplos de América Latina y el Caribe. Deseo expresar mis sinceros agradecimientos a Christopher Bross y Kathleen Novak por sus útiles sugerencias y perspicaz edición, que permitieron la publicación de estos documentos.

Introducción

Dada la restricción cada vez mayor de recursos, el mundo entero parece unirse en la búsqueda de un sistema de atención de salud más eficiente. En efecto, ningún país, rico o pobre, se jacta de la abundancia de fondos de su presupuesto para atención de salud. Las naciones industrializadas, aunque relativamente prósperas en recursos de salud, han tenido que enfrentar costos médicos que aumentan con mayor rapidez que la capacidad del país de pagarlos. Entre los factores que influyen en forma considerable en los gastos médicos a nivel nacional se incluyen el envejecimiento de las poblaciones, el crecimiento permanente de los costos de la investigación biomédica y el aumento de la aplicación de tratamientos costosos de alta tecnología. Muchos países en desarrollo deben manejar sus sistemas de atención de salud con una fracción del financiamiento disponible en el mundo industrializado. Su programa de eficiencia se centra en asignar el uso más productivo de los muy limitados recursos, con el objeto de: extender los servicios básicos a las poblaciones desfavorecidas; abordar nuevos riesgos de salud y enfermedades que con frecuencia suponen costos por tratamiento excesivamente altos y asegurar un financiamiento más sustentable y la posibilidad de recuperación de los costos para el sector. Esta escasez de financiamiento es incluso más problemática, puesto que el sector salud, junto con otros sectores de servicio social, sigue siendo el más vulnerable a las contracciones económicas y a la inestabilidad fiscal.

Sin embargo, la experiencia de todo el mundo sugiere que el funcionamiento del sistema de salud no es menos sensible a la *forma* en que se asignan los fondos a los proveedores que al monto total de financiamiento disponible para servicios de salud. Las reformas en los pagos a los proveedores que crean incentivos de desempeño para los proveedores de atención de salud cumplen una función importante. Este documento se concentra en la presupuestación global (PG) prospectiva, incluyendo sus aspectos clave, requisitos previos para planificación, marco institucional y agenda de aplicación.

En los últimos diez años, la presupuestación global (PG) prospectiva se ha convertido en el centro de los esfuerzos internacionales por controlar los costos de atención de salud. Sin embargo, dada la gran cantidad de experiencias internacionales con la PG, no es sorprendente que este mecanismo de pago siga teniendo diferentes significados para distintos países, instituciones y grupos de profesionales. La presupuestación global puede servir como una defensa para proteger el *status quo* si se implementa a través de los presupuestos históricos familiares y controlados centralmente, utilizados en muchos países en desarrollo. En cambio, el concepto y estrategias de la presupuestación global también podrían servir para activar en forma decisiva la reforma del sector salud. Los mecanismos innovadores de pago a proveedores, como el reembolso por caso específico prospectivo de hospitales y la capitación prospectiva de los sistemas integrales de atención de salud se ajustan ambos al marco de presupuestación global prospectiva.

Sin embargo, un enfoque particular en los aspectos técnicos de la reforma en los pagos a proveedores ignora un elemento importante necesario para lograr resultados; es decir, la capacidad de manejar el entorno político que rodea los esfuerzos de reforma de pagos y de elaborar estrategias dentro del marco de la reforma para enfrentar la resistencia prevista.





Como con gran parte de las innovaciones económicas, se percibe que las reformas en el pago a proveedores tendrán resultados positivos para algunos participantes clave e intereses institucionales, y resultados adversos para otros. Para que estas reformas tengan éxito, es importante que las autoridades responsables y los equipos técnicos de reforma identifiquen a las partes interesadas clave que se consideran “ganadoras” y a las que se consideran “perdedoras” bajo cualquier plan de reforma de pagos determinado. Las estrategias de promoción y las campañas de comunicación se pueden focalizar para compensar las inquietudes y minimizar/neutralizar la oposición de los considerados perdedores y concretar el apoyo de los considerados ganadores. (Véase el Conjunto de herramientas para el manejo del proceso político, *Directrices para la elaboración de una estrategia de promoción, Colaboración para la Reforma de la Salud, 2000*).

En este artículo se define presupuestación global prospectiva y sus aspectos clave, se describen los requisitos previos necesarios para planificar presupuestos globales y acuerdos institucionales que apoyen la presupuestación global y se dan recomendaciones generales para ayudar a asegurar el cumplimiento de los presupuestos globales. En este documento también se presentan estrategias para enfrentar a las partes afectadas por la introducción de presupuestos globales que están ligados a la productividad más que sólo basados en la capacidad histórica. Se presentan estrategias para que los compradores y proveedores enfrenten con éxito la nueva situación creada cuando se introducen presupuestaciones globales prospectivas basadas en el desempeño. En el marco de las experiencias regionales de América Latina y el Caribe, se analizan dos mecanismos de pago a proveedores adicionales, como el reembolso por caso específico prospectivo de hospitales y la capitación prospectiva de los sistemas integrales de atención de salud.

Presupuestación global

Definiciones

Como se observó anteriormente, la presupuestación global sigue teniendo significados diferentes para distintas personas. A continuación se indica la definición básica para presupuestación global, que destaca sus elementos genéricos y constantes:

Con respecto al proveedor de atención de salud o grupo de proveedores, presupuestación global es un sistema en el cual los proveedores reciben financiamiento de un tercer pagador basado en un presupuesto prospectivo distribuido, en vez de recibir reembolso por cada caso mediante cargos detallados. [Glazer, 1987] Los presupuestos globales suponen que se fijan los límites por anticipado con respecto al gasto total en servicios de salud, con el objeto de mantenerlos dentro de una cantidad predeterminada durante un periodo específico.

Cuando el presupuesto prospectivo se vincula al desempeño (por ejemplo, volumen, calidad, complejidad clínica o combinación de casos), el riesgo financiero correspondiente al proveedor es potencialmente alto, mientras que para el comprador es bajo. La presupuestación global fomenta la flexibilidad en el uso de recursos y exige que los proveedores puedan medir y hacer un seguimiento de su propio uso de recursos en términos de eficiencia y eficacia. Esta supervisión y evaluación permanente permitirá a los proveedores tomar decisiones informadas al redistribuir los recursos de un uso menos eficaz a uno mayor.

Aspectos clave de los presupuestos globales

Los presupuestos globales siempre contienen los siguientes aspectos clave:

- ✓ *El financiamiento es fijo.* "Presupuesto no ajustable" y "tope de gastos" son sinónimos de presupuesto global.
- ✓ *El financiamiento se establece en forma prospectiva.* Los presupuestos se negocian y determinan en un contrato anual de proveedor/pagador.
- ✓ *Un presupuesto global se relaciona con cierta cantidad de actividad clínica.* Si no hay relación entre el presupuesto global y la carga de trabajo (definida mediante la carga de casos o personas registrados), no habrá incentivos de productividad creados por este método de financiamiento del proveedor.
- ✓ *Se puede aplicar presupuestación global a una región, una red de proveedores, un establecimiento médico, un tipo de atención o servicio en particular.* Si se aplica a nivel regional o de red, el presupuesto global se establece en términos relacionados con la población; es decir, el pago a las organizaciones de proveedores se basa en la cantidad de personas atendidas por la organización. El pago se ajustaría según las características demográficas de la mancomunación de afiliados, como edad, sexo y perfil social, usados



como valores sustitutos de la necesidad de atención médica. En el caso del presupuesto de un hospital, el financiamiento prospectivo se establecería en términos relacionados con el paciente, por ejemplo, por pacientes dados de alta. Los financiamientos basados en la población y en los pacientes están relacionados entre sí: un presupuesto global para un sistema integral de salud limita la cantidad total de gastos hospitalarios, que según una escala determinada de reembolsos por caso específico, también limita la tasa de admisión en la mancomunidad de afiliados. La presupuestación relacionada con el servicio se limita a programas de atención costosos y/o socialmente pertinentes. El propósito es doble: (1) racionalizar los gastos en servicios especialmente costosos; (2) garantizar que la cantidad de actividad clínica en ciertas áreas de la salud pública no se reduzca bajo un mínimo nivel requerido.

- ✓ *Para llegar a un presupuesto global, el elemento básico se multiplica por la población, afiliación o pacientes dados de alta respectivamente.* En el presupuesto global regional, el elemento básico es un gasto en atención de salud per cápita, ajustado según la necesidad. En un plan de atención controlado, es una cantidad per cápita de financiamiento por afiliado. En un hospital, es una tasa promedio por paciente dado de alta.
- ✓ *Las decisiones sobre el racionamiento de atención, que constituyen una preocupación potencial en la presupuestación global, se trasladan del pagador al proveedor de servicios.* Se espera que los administradores de la presupuestación global por el lado del proveedor asignen recursos limitados entre sus pacientes, tipos de atención y clases de intervenciones, usando su mejor criterio ético, clínico y de gestión.
- ✓ *La autonomía de gestión es inherente al concepto y práctica de la presupuestación global.* El presupuesto global se asigna en bloque y no debe someterse a microgestión por parte del pagador. Sin embargo, el aumento de responsabilidad del proveedor para la asignación interna eficiente de los recursos bajo presupuestación global también debe estar acompañado por una autoridad adecuada sobre el uso de fondos. Idealmente, la presupuestación global debe proporcionar al proveedor la flexibilidad necesaria para: maximizar los ingresos netos dentro del presupuesto global, minimizar los riesgos del gasto excesivo y proporcionar atención adecuada de calidad a sus pacientes.

La autonomía consiste en el derecho del proveedor a:

- ✓ *Emplear el presupuesto en forma 'no especificada'.* Las decisiones sobre cómo asignar el presupuesto determinado en forma prospectiva por insumo de producción se dejarían a discreción del proveedor. Esto le daría a los hospitales el control de su proceso de gestión de recursos, un importante requisito previo para crear su capacidad de gestión y aumentar su viabilidad en la previsión del aumento de la competencia por los fondos. Como principio general, las normas de presupuestación se deben simplificar y racionalizar para permitir mayor poder de decisión a nivel del proveedor.
- ✓ *Ajustar el tamaño de la instalación y reasignar la capacidad de camas y recursos humanos en las especialidades clínicas en respuesta al cambio de las condiciones de oferta y demanda.* La autoridad de compras puede regular la dirección e intensidad del cambio estructural estableciendo cuotas de mercado y topes de porcentaje en el cambio anual, con el objeto de garantizar que se cumplan los requisitos mínimos de la capacidad de producción por especialidad y ubicación geográfica. Al mismo tiempo, el comprador puede retirar su apoyo por exceso de capacidad.
- ✓ *Diversificar, más allá de los servicios tradicionales a pacientes hospitalizados; por ejemplo, hacia la atención domiciliaria, cirugías ambulatorias, consultas de pacientes no hospitalizados, hospederías, atención de enfermería a largo plazo.* Esta diversificación requerirá la eliminación de los obstáculos legales y la introducción de un mecanismo de acreditación para verificar la capacidad organizacional y clínica de una instalación de prestar nuevos servicios con la calidad adecuada.

✓ Mantener un superávit de ingresos con respecto al costo, cada vez que se genere ese superávit en un presupuesto asignado en forma prospectiva proporcionando el volumen planificado de atención con buena calidad y a un costo más bajo que el planificado. Se debe permitir que los hospitales conserven los ahorros, siempre que estos se reinviertan en la producción de servicios médicos. Puede haber regulaciones específicas con respecto a la asignación de ahorros de costo; por ejemplo, para garantizar que todas las necesidades de operación del establecimiento se aborden en forma equilibrada, en lugar de emplear todo el ahorro o gran parte de este en bonificaciones.

Requisitos previos para planificar presupuestaciones globales

El punto de partida requerido al planificar un presupuesto global es la información de referencia (histórica) sobre el nivel de costos, utilización y afiliación. Se deben considerar las restricciones financieras externas, por ejemplo, si se proyecta disminuir un presupuesto para salud regional, se podrían reducir los reembolsos por casos específicos y las tarifas per cápita en proporción al presupuesto global.

Se deben comprender los requisitos regulatorios existentes y, según las circunstancias, se deben ajustar para satisfacer las nuevas demandas resultantes de la competencia de proveedores y otros aspectos de la presupuestación global. Puesto que los presupuestos globales se originan de los precios de los servicios (por procedimiento, episodio de cuidado, caso dado de alta) y de las tasas de utilización proyectadas para estos servicios, se deben determinar los precios en escalas tarifarias de reembolso. Las tasas pueden o no ser negociables para cada proveedor. En cada caso, los costos específicos del proveedor influyen estadísticamente en el proceso de fijación de tarifas, puesto que las tarifas de pago se relacionan con el promedio ponderado de los costos de todos los establecimientos participantes.

También se deben negociar cuotas de mercado y topes para el reembolso de costos. El financiamiento racional de la atención de salud supone que un presupuesto global siempre será algo más reducido de lo que debería ser para proporcionar a cada paciente una intervención considerada eficaz por un médico clínico y deseada por el paciente al momento de la necesidad médica. [Veatch, 1994: 292]

Planes institucionales que apoyan la presupuestación global

El monopsonio, un mercado dominado por un pagador que controla la asignación y el pago de recursos mediante una sola autoridad compradora, es un entorno idealmente adecuado para demostrar el potencial de eficacia en función de los costos de la presupuestación global. Los monopsonios nacionales o regionales son comunes en países con una alta participación fiscal en el financiamiento de la salud, ya sea en el financiamiento de ingresos generales del presupuesto o mediante programas de seguro médico obligatorios con cobertura universal. Los hospitales públicos y con financiamiento estatal son buenos objetivos para la presupuestación global.

En los sectores de atención de salud de gran integración, las funciones regulatorias y de compra se confían al Ministerio de Salud y/o al Instituto Nacional del Seguro Social. No existe distinción entre un centro regulador y una autoridad de compra. Los autores desean recalcar un paso institucional cada vez más importante para el logro de la presupuestación global: la descentralización de la facultad de compra a las autoridades regionales de salud. La subdivisión de las estrategias y mecanismos entre las autoridades regulatorias y de compra por lo general supone que el control sobre el proceso regulatorio permanecerá en manos de la agencia nacional de salud, mientras que la compra de servicios se trasladará a las autoridades regionales de salud. La descentralización de las facultades regulatorias, si se considera un objetivo de política de salud, por lo general, se rezagará con respecto a la descentralización de la compra de atención.



Un sector de salud donde las autoridades nacionales y/o regionales están a cargo del financiamiento y la entrega de servicios se conoce como un sistema integral de atención de salud (no se debe confundir con un sistema integral de prestaciones, básicamente una red de establecimientos proveedores). La evolución de ese sistema hacia uno que incluya una división comprador/proveedor, es decir, donde un organismo público compra atención de salud a proveedores autónomos, proporcionaría la ventaja de crear competencia entre los proveedores para obtener contratos, subvenciones y fondos públicos. Con ese plan institucional, la autoridad compradora puede elegir los proveedores que sean los más competitivos en la escala calidad/eficiencia, con lo que se mejorará el desempeño del sector de atención de salud. Para separar la compra del suministro, se deben seguir los siguientes pasos:

- (1) Descentralizar la administración de atención de salud y confiar la función de compras a una administración regional de salud en lugar del Ministerio de Salud nacional;
- (2) Establecer la presentación de datos clínicos y de costos en forma completamente comparable para todos los proveedores que pretenden competir por los contratos públicos;
- (3) Introducir una práctica contractual y métodos de pago a los proveedores que permitan la transparencia, responsabilidad y aumento simétrico en los riesgos e incentivos financieros para los proveedores;
- (4) Establecer mecanismos intermedios de asignación de recursos, como prácticas generales de tenencia de fondos, que a su vez se conviertan en compradores de atención en nombre de sus afiliados.

Consideraciones para la puesta en práctica exitosa

Se deben considerar los siguientes elementos y recomendaciones para la puesta en práctica exitosa de los presupuestos globales.

Gestión en etapas. La evolución del financiamiento de proveedores hacia un presupuesto global prospectivo sobre la base de las características de la carga de trabajo (carga de casos, afiliación) se puede manejar en forma secuencial. Por ejemplo, en el sector hospitalario, la introducción de grupos de mezcla de casos puede preceder a la introducción de presupuestos no ajustables, puede ser posterior a ella y se puede manejar en paralelo.

Metodología razonable de cálculo de precios. La viabilidad del presupuesto global dependerá de la solidez de los precios de los servicios implícitos. Este cálculo de precios comprende lo siguiente:

- (1) Se debe establecer el nivel de pago de un servicio en particular o conjunto de servicios interrelacionados en un nivel uniforme para un área geográfica determinada o una categoría determinada de establecimientos de proveedores.
- (2) Se deben coordinar tarifas uniformes con costos históricos.
- (3) La transición de tarifas específicas de un proveedor a tarifas basadas en el costo de la red debe ser gradual, dejando tiempo para que los proveedores ajusten sus costos individuales a los niveles promedio incorporados en las tarifas.

Los médicos deben formar parte del personal asalariado de un hospital para permitir el control eficaz de los gastos tan importante para la supervivencia del establecimiento con una cantidad predeterminada de fondos. Si las metas financieras se derivan del presupuesto global, será más fácil lograr que los médicos asalariados coordinen sus decisiones de referencia y su comportamiento en las prescripciones. Los sistemas de prestaciones integrados verticalmente preparan un terreno aún mejor para la gestión financiera y clínica bajo la presupuestación global.

Regulación de la entrega de recursos de atención de salud. El gobierno debe decidir si desea regular los índices camas/población, especialistas/población y otros índices de suministro de recursos. Estos índices pueden ser útiles al considerar la extensión de las redes de proveedores de servicios o al establecer los objetivos de ajuste estructural que podrían originar la reducción de la capacidad de producción. En muchos países, se deben actualizar los índices a nivel nacional y, si es necesario, se deben diferenciar por región, según el suministro de recursos de referencia y la necesidad reevaluada de éstos, y los cambios previstos en la población y la demanda de atención.

Regulación de la entrega de atención. Esto se relaciona con la regulación de la entrega de recursos. Se puede supervisar la entrega de atención de salud y recursos mediante la estimación de los tiempos de espera correspondientes a las citas de pacientes no hospitalizados y admisiones de cirugías electivas, suponiendo que las admisiones de urgencia no están restringidas por la falta de capacidad hospitalaria. Los periodos de espera se deben evaluar en conjunto con la productividad del proveedor, márgenes de capacidad vacante y satisfacción del consumidor. La falta de recursos se encuentra presente si los tiempos de espera están en aumento en medio de las quejas de los consumidores y a pesar del mejoramiento de la productividad y/o tasas de utilización de alta capacidad. Los recursos son adecuados y quizás excesivos si se reducen los periodos de espera y son aceptables para los pacientes, mientras que una parte notoria de la capacidad se mantiene vacante.

Fortalecimiento de información basada en la población que sirve como base para la toma de decisiones informada acerca de la combinación óptima de servicios, habilidades y establecimiento de atención. Se deben elaborar directrices de política a partir de paneles internacionales de expertos que proporcionen recomendaciones genéricas y específicas para cada país sobre las cantidades y combinaciones óptimas de establecimientos, tecnología y personal profesional para responder en forma eficaz, compasiva y eficiente a las necesidades de las personas y poblaciones atendidas. [White, 1997]

Mediciones de resultados como estabilizadores de la proyección y control de la presupuestación global. Entre los indicadores recomendados se encuentran: (1) carga de casos hospitalarios, es decir, número de pacientes hospitalizados admitidos o dados de alta ajustado según la intensidad de su combinación de casos; (2) número, estado (planificado o de emergencia), y perfiles clínicos de casos readmitidos; (3) número de procedimientos quirúrgicos o de diagnóstico realizados en la modalidad de admisión por día; (4) cifras de afiliados para prácticas médicas primarias y redes integrales de salud; (5) tasas estandarizadas de incidencia de enfermedades para los sistemas integrales de prestaciones o redes de proveedores. No se recomiendan unidades de resultado más ambiguas, como el episodio terminado de consulta, dada su susceptibilidad a la inexactitud de su información.

Se puede utilizar la *acreditación del proveedor* para restringir la entrada al mercado y controlar el volumen de atención asociada al 'costo catastrófico'. Esto supone una regulación más estricta de la atención costosa que requiera un conocimiento altamente especializado o polémico en el aspecto ético. La diálisis renal, trasplante renal, radioterapia, neurocirugía, cirugía del corazón, angioplastia, neonatología, investigación genética clínica, fertilización in vitro, trasplante de médula y trasplantes de hígado, pulmón y páncreas pueden estar sujetos a procedimientos de acreditación especial para controlar el gasto público en estos servicios. Se debe equilibrar la cantidad de control y regulación específicos del servicio con respecto al costo de este control. Una deficiencia importante de la acreditación puede ser su carácter burocrático y lento y su inflexibilidad.

Control de calidad. Para optimizar el efecto de la presupuestación global en el desempeño de la atención de salud, es fundamental contrapesar el aumento de los incentivos financieros con el refuerzo de los mecanismos de control de calidad. Este último podría incluir: la introducción de directrices prácticas; supervisión de indicadores de estado de salud para tasas de mortalidad perioperatorias y totales y tasas de infección internas de hospitales; observancia de estándares clínicos y de gestión; relación del rediseño de hospitales al desarrollo obligatorio





de servicios compensatorios. Por ejemplo, se deben realizar inversiones en gran escala en atención domiciliaria y en otros tipos de sustitutos de la atención hospitalaria para evitar un fenómeno de rotación en el cual casos que ya se dieron de alta terminen siendo readmitidos.

Regionalización del sistema de atención de salud. Esta reestructuración reducirá las ineficiencias consolidando la prestación de servicios a nivel regional. Las provincias están en mejor posición que el centro federal para eliminar las ineficiencias y establecer sus propias políticas y metas de reestructuración, ajustadas a las necesidades y capacidad institucional locales.

Cambio del nivel y funciones del hospital. Esto significa incorporar a los hospitales a los sistemas integrales de salud y a las redes comunitarias de atención y alejarse del concepto de hospital como el pilar de los servicios médicos y sociales de la comunidad, con la posibilidad (no siempre realizada) de fortalecer la atención primaria y conducir el desarrollo de la atención domiciliaria y de hospedería. Esta línea de evolución originaría una pérdida parcial del dominio del hospital sobre los proveedores locales de atención, presupuestos de atención de salud y estrategias de prestación de servicios. La viabilidad financiera de un sistema integral de prestaciones requerirá que los flujos de pacientes y recursos se extiendan a través de los niveles de atención en forma más uniforme que en el presente, lo que implica la redistribución de algunos recursos fuera de los hospitales.

Canalización de flujos de servicios, pacientes y recursos del sector hospitalario. Esto incluiría reducciones en la estancia, cambios en el número y tipo de admisiones de pacientes y trasladar los servicios a entornos fuera del hospital. Cambiar los recursos hacia la atención primaria es una dirección indiscutible de cambio estructural en el sector de atención de salud. 'Durante décadas se ha sabido que más del 95% de los problemas de salud experimentados por una población general los puede manejar con éxito un médico de atención primaria capacitado adecuadamente'. [HIMSO, 1979]

Cambio de la estructura del mercado. Se debe considerar en forma permanente la posibilidad de optimizar la eficacia, eficiencia y accesibilidad a la atención de la concentración y la desconcentración. La concentración de capacidad de producción, mediante fusiones y/o eliminación de exceso de establecimientos, fomenta la reducción de la sobrecapacidad percibida y facilita la adopción de tecnologías médicas modernas, puesto que las instituciones de atención de salud más grandes pueden estar mejor equipadas para utilizar medicina de alta tecnología. Se puede promover la calidad, eficacia y eficiencia de la atención en establecimientos más grandes mediante economías de escala y una mejor capacidad de gestión para optimizar las decisiones clínicas y los flujos de recursos. El aspecto negativo de la concentración es la amenaza de monopolización de los mercados locales de atención de salud y la limitación de accesibilidad a los servicios para la población local debido a la reducción de la cantidad de establecimientos.

La desconcentración en forma de centros de atención de salud pequeños, autónomos públicos o privados puede ser una alternativa importante en algunos entornos locales para fomentar la competencia, reducir el tiempo de traslado del paciente y diversificar el sistema local de entrega de atención de salud en nuevos servicios que no son fácilmente disponibles en las instituciones más grandes de proveedores. La concentración y desconcentración también pueden coexistir bajo el mismo techo para asegurar lo mejor de ambas opciones.

Desregulación de inversión fija. El acceso a los recursos de inversión se debe volver más competitivo para los proveedores y más transparente para todas las partes interesadas del financiamiento de la atención de salud. A nivel regulatorio, el presupuesto de inversión de capital se puede dividir en varias mancomunaciones de fondos de acuerdo con el método de su asignación a los proveedores de servicios:

- 1) Fondos de depreciación que se pagarían a los establecimientos médicos como parte de las tarifas de reembolso por servicio prestado. Estos fondos serían inherentes al presupuesto global de los proveedores.

- 2) Fondos de subvenciones regionales para ser asignados por la administración regional de salud en: (a) respuesta a las necesidades comprobadas del proveedor o (b) su compromiso de satisfacer la demanda regional de ciertos servicios. Estas subvenciones se entregarían mediante licitaciones competitivas y coordinadas con la lista de prioridades regionales de atención de salud.
- 3) El Ministerio de Salud asignaría los fondos de subvenciones nacionales a las regiones o en forma directa a los proveedores de servicios, con asignaciones para ciertos tipos de atención y poblaciones beneficiarias.
- 4) Donaciones. Se pueden usar estos fondos a discreción del proveedor o según lo instruya el donante. La decisión de un proveedor sobre el uso de sus fondos de inversiones podría afectar su acceso a los fondos públicos de subvención. Además, un organismo de compras público podría reducir las tarifas de reembolso específicas de un proveedor y el presupuesto global por un porcentaje desproporcionadamente alto de depreciación, si los equipos involucrados no contribuyen en forma productiva a la calidad y/o volumen de la atención contratada. Se pueden otorgar o negar subvenciones de inversión según las tasas de utilización de equipos anteriores. Los requisitos de equipos compartidos pueden ser establecidos por un organismo que otorgue subvenciones a los solicitantes de éstas para asegurar su uso eficiente.





Distribución del riesgo y estrategias de las partes interesadas

Al promover la presupuestación global, el comprador de servicios en general pretende traspasar al proveedor el riesgo de excesos sobre la asignación presupuestaria y, a la larga, la carga de la ineficiencia del proveedor. El riesgo relativo para el comprador y el proveedor varía según el tipo de pago prospectivo involucrado. En el caso de los presupuestos globales prospectivos que tienen el pago total determinado por anticipado para cubrir un periodo específico, el riesgo para los proveedores es alto, mientras que el riesgo para los compradores es bajo. Lo mismo es válido para la capitación prospectiva, en que se realiza un pago directamente a los proveedores de atención de salud para cada persona afiliada con ese proveedor. Sin embargo, en el pago prospectivo por caso específico que se determina por caso o por episodio específico, el riesgo financiero para el proveedor y para el comprador es moderado.

Sin embargo, sería perjudicial para los intereses del comprador asignar a un proveedor un presupuesto no ajustable y dejarlo a su suerte. Seguramente, el proveedor, sin la suficiente capacidad de gestión desarrollada, al principio no podría aprovechar las posibles ventajas de la presupuestación global, ni controlar los riesgos de no cumplimiento de las tarifas de reembolso, carga de trabajo y presupuesto determinados en forma prospectiva. La operación eficaz en el entorno de la contratación competitiva y la presupuestación global debe ser una preocupación para los compradores y proveedores de atención que hacen negocios con este método de financiamiento.

Estrategias de los compradores

Control y gestión de la utilización de atención. La utilización de atención debe depender de la demanda y no de la oferta de servicios. La presupuestación global proporciona un incentivo interno para que un hospital y una red integral de proveedores controlen el volumen de su actividad clínica. Sin embargo, este control por parte de un proveedor podría no llevar al resultado que espera lograr el comprador. Si el presupuesto global está ligado a parámetros de combinación de casos del trabajo del hospital; es decir el número de admisiones y su distribución por grupos clínicamente homogéneos, suponiendo que se fijan tarifas para un caso promedio en cada grupo, los hospitales podrían tratar de “romper” el sistema desalentando la admisión de casos con una complejidad sobre el promedio y dando preferencia a pacientes con intensidad de atención estimada bajo el promedio. De esta forma el proveedor del hospital cumple con el número de admisiones presupuestadas, evita los excesos sobre la asignación presupuestaria e incluso podría ahorrar algunos fondos del presupuesto determinado en forma prospectiva. Para adquirir esa estrategia para manipular la admisión, un comprador de atención tendría que requerir una carga de casos fija con un presupuesto no ajustable; es decir, establecer el número de casos y el índice de combinación de casos, es decir, un promedio ponderado de la complejidad de la combinación de casos.

Además, un comprador necesita vigilar un hospital para verificar indicios de que se esté negando la atención. Otro propósito importante del control de utilización es advertir a los proveedores acerca de la práctica de dar de alta a pacientes prematuramente. Un dato

estadístico que capta este fenómeno es la tasa de readmisión en un número establecido de días (por ejemplo, 7 ó 30) a partir de la fecha en que se dió de alta.

En los sistemas integrales de prestaciones, la utilización de la atención se debe supervisar y evaluar en tres niveles. (1) como utilización proyectada de servicios basada en el estado de salud del paciente, de modo de ajustar el financiamiento per cápita al nivel de riesgo para la salud del grupo en el que se encuentra clasificado un paciente; (2) como utilización de servicios declarada para controlar el exceso con respecto a la asignación presupuestaria; (3) como el estado de salud de los afiliados, tiempos de espera y niveles de satisfacción expresados por el consumidor, para verificarse si el sistema de salud está evitando en forma ilícita los contactos con los pacientes o limitando la atención en cualquier otra forma.

Cambio de principios de pago y técnicas de fijación de precios para establecer un vínculo más cercano entre el presupuesto de un proveedor y sus resultados (por ejemplo, el número de afiliados para un sistema integral de prestaciones y la carga de casos para los hospitales). En una red integral de proveedores, la situación epidemiológica, demográfica y ambiental define la necesidad per cápita de atención médica. La gravedad de la enfermedad se puede considerar como un determinante agregado de la intensidad de la atención a pacientes hospitalizados. En la práctica, el financiamiento per cápita ajustado con respecto al riesgo y las tarifas hospitalarias por grupo de combinación de casos constituyen formas viables de ligar el reembolso a los proveedores con el volumen e intensidad del trabajo clínico respectivamente, en las redes de proveedores y hospitales, evitando al mismo tiempo el aumento del volumen de servicios y gastos.

Delegación de funciones de administración de fondos a consultorios de medicina general. Los médicos de atención primaria o consultorios de grupo o un componente de atención primaria de un sistema integral de prestaciones reciben un presupuesto per cápita y lo utilizan para compensar el costo de sus propios servicios al igual que el costo de remitir proveedores. Cerca de la mitad de la población de Inglaterra recibe atención en consultorios médicos administradores de fondos. Hasta abril de 1997, varios consultorios médicos habían comenzado a probar la compra de todas las formas de atención médica.

Ajuste de métodos de remuneración laboral con respecto a la presupuestación global. Como método de compensación de los trabajadores, los sueldos aseguran un mejor control sobre el ingreso de los médicos y permiten que el costo laboral sea más predecible, y por ese motivo, más compatible con la presupuestación global. Lo opuesto a la compensación basada en los sueldos es el pago a los médicos de un reembolso por atención prestada. Es inconsecuente con el financiamiento fijo determinado en forma prospectiva de proveedores: los presupuestos no ajustables le proporcionan a los proveedores un interés en el control eficaz en función de los costos, mientras que el financiamiento mediante reembolso por atención prestada funciona en la dirección opuesta, es decir, como incentivo para aumentar el volumen de atención médica. Afortunadamente, muchos sistemas de atención de salud de América Latina y el Caribe cuentan con médicos que trabajan como personal asalariado en las instituciones de proveedores públicos. Sin embargo, se debe advertir a los Ministerios de Salud que pretenden revertir el status quo introduciendo el reembolso por atención prestada como mecanismo para pagos internos en una instalación proveedora financiada con un presupuesto global. Los pagos de reembolso por atención prestada bien podrían originar un estallido de costos en el presupuesto global limitado.

Además de recalcar las ventajas de la compensación basada en el sueldo en el marco del presupuesto global, también es conveniente que los compradores la relacionen con los diversos niveles de desempeño entre los médicos, sus habilidades, responsabilidades y carga de trabajo. En el sector hospitalario, el sueldo puede estar ligado a la cantidad de pacientes hospitalizados tratados. Si se paga a un hospital sobre la base de grupos relacionados por diagnóstico (GRD), mientras mayor sea la complejidad clínica de un paciente, mayor será la tarifa que pagará el comprador de atención dentro del presupuesto global y mayores serán los fondos salariales obtenidos por el hospital. Un recargo de sueldo para los médicos





ciujanos es un ejemplo de un sistema basado en el sueldo que refleja las habilidades del médico y los fondos salariales obtenidos del hospital. Sin embargo, la experiencia de Canadá indica que los planes separados de financiamiento para los hospitales (incluidas las enfermeras y otros proveedores de atención de salud) versus médicos han creado una tensión cada vez mayor entre los hospitales y su personal profesional y sus médicos de atención de salud.

Estrategias salariales bajo capitación. En las redes de proveedores, se debe relacionar el sueldo de un médico general con la cantidad de población afiliada en su consultorio. El sueldo también debe variar según la tarifa per cápita, reflejando así la complejidad del mantenimiento de la salud, por grupo de población y área geográfica. El sueldo del médico de medicina general además se puede complementar con un componente de reembolso por atención prestada para estimular la entrega de servicios preventivos y de otro tipo, de particular importancia para el comprador. Aunque los sueldos de los médicos pueden variar bastante y depender del volumen y la complejidad del trabajo clínico, al mantener los sueldos en este costo principal de atención de salud, la producción también sigue siendo básicamente predecible, con lo que se reduce el riesgo de exceso sobre la asignación presupuestaria.

Contratación competitiva. La competencia de proveedores por contratos públicos, subvenciones y fondos es una estrategia fundamental de los compradores para una presupuestación global exitosa, por los tres motivos siguientes: primero, los proveedores no llegarán a un acuerdo con respecto a la autorestricción económica impuesta por la presupuestación no ajustable prospectiva a menos que sepan que perderán negocios con el comprador principal debido a su ineficiencia y/o ineficacia; segundo, los contratos que se renuevan en forma periódica proporcionan el principal instrumento para suscribir los objetivos de racionalización del proveedor en términos legalmente válidos; tercero, se podría originar una condicionalidad más estricta o incluso la cancelación de un contrato como resultado del control de los costos, calidad y desempeño general del proveedor por parte del comprador. No se lograrán los objetivos de control de costos de la presupuestación global a menos que esta condicionalidad o cancelación sea el resultado predecible de un desempeño deficiente por parte del proveedor.

Dirección de los proveedores hacia el cambio organizacional gradual. Los compradores deberán echar un vistazo crítico a los gastos y al desempeño de su proveedor. Se deben identificar y establecer objetivos de desempeño y de costo y se deben traducir los puntos de referencia regionales en metas de reestructuración operacional para establecimientos específicos. Sin embargo, el cambio incremental orientado hacia objetivos a largo plazo de control de costos y reestructuración es una estrategia mucho más viable que el cambio superpuesto en forma abrupta. Se debe tener en cuenta que cualquier medida punitiva extrema por parte de los compradores de atención de salud, aunque se base en ineficiencias reales por parte del proveedor o incumplimientos de contrato; como redistribución drástica de cuotas de volumen, eliminación de exceso de capacidad o negaciones de contratos, provocará resistencia de los políticos, sindicatos y comunidades. (Para prever la fuente y magnitud de la oposición que podrían enfrentar los compradores, véase Directrices para realizar un análisis de partes interesadas, Colaboración para la Reforma de la Salud, 2000)

Cambios y/o posible reducción en la fuerza laboral. Si hay un superávit de mano de obra, el incentivo financiero del presupuesto global para controlar los costos de atención de salud podría inducir al proveedor a reducirla. No obstante, esa medida sin duda originará una fuerte oposición del personal de atención de salud y de los sindicatos que lo representan. Al establecer directrices sobre los requisitos de la dotación de personal, el comprador de atención puede proporcionar a todas las partes, los hospitales, las redes de proveedores y los representantes sindicales la base de la creación de consenso. Dado que los tres grupos tienen intereses creados en asegurar el negocio del comprador, existe un incentivo adicional para que lleguen a un acuerdo aceptable negociado mutuamente con respecto a los cambios deseados en la cantidad y/o nivel necesario de proveedores de atención de salud. (Véase el Conjunto de herramientas para el manejo del proceso político, directrices para la negociación de conflictos, Colaboración para la Reforma de la Salud, 2000).

Las directrices del comprador sobre los requisitos de dotación de personal, por ejemplo, podrían determinar que el número de empleados de jornada completa aumentara cada 100 camas, como podría ser requerido por nuevas tecnologías y estándares más altos de atención de enfermería, manteniéndose al mismo tiempo estables o incluso disminuyendo cada 1.000 admisiones, en tanto la estancia de los pacientes disminuye. Estos parámetros consideran la tecnología cambiante y los estándares más altos de atención de enfermería requeridos que podrían aumentar la necesidad de ciertos proveedores calificados y al mismo tiempo sensibles a los incentivos de control de costos de la presupuestación global que determina un número estático o descendente de empleados de jornada completa cuando las estancias de los pacientes de medicina general disminuyen. Al estimar la evolución de la carga de trabajo por miembro del personal, es importante que tanto el comprador como el proveedor tomen en cuenta el probable cambio de atención desde los servicios hospitalarios tradicionales hasta servicios ambulatorios y otros que sustituyen al hospital. Se debe recordar que los costos laborales responden a los cambios en la combinación de habilidades no sólo en la magnitud de la fuerza laboral y son regulados por estos. La selección de datos internacionales indica que la combinación de la fuerza laboral de un hospital general se mantiene en un estado estable cuando consiste de 1/3 de médicos y 2/3 de personal paramédico y de enfermería.

Cambio estructural en la entrega de atención. La experiencia internacional sugiere que la estructura tradicional de tres niveles en el sistema de entrega de atención de salud –un nivel superior para atención terciaria, un nivel medio para atención ambulatoria especializada y general hospitalaria y un nivel inferior para atención ambulatoria primaria y general– ha quedado obsoleta. Los compradores de servicios podrían esperar que la presupuestación global precipitara varios cambios en la cartera clínica de hospitales. La tendencia general de estos cambios será que el hospital se deshaga de los pacientes que necesitan atención de calificación media y baja. Los consultorios de medicina general o los centros de salud asumirán el trabajo adicional para reducir en general las hospitalizaciones de pacientes, realizarán pruebas anteriores a la hospitalización y aceptarán convalecientes de atención de rehabilitación posthospitalaria. Las organizaciones de atención domiciliaria, enfermeras comunitarias y asistentes sociales de los hospitales y la comunidad intensificarán su papel en el reemplazo de atención hospitalaria por alternativas más eficientes en función de los costos y según las preferencias de los pacientes.

En los Países Bajos apareció el concepto de ‘atención transmural’ para enfatizar la continuidad de la atención y la necesidad de mayor cooperación vertical entre los proveedores de servicios. La experiencia en los Países Bajos evidenció tres obstáculos principales para esa atención coordinada: (1) diferencias en los estilos, objetivos e intereses profesionales; (2) los hospitales que “transfieren” pacientes en etapas subagudas a otros establecimientos terminan aumentando la intensidad de la atención de los pacientes hospitalizados que no necesariamente se reflejan en el índice de combinación de casos y las tarifas de pago; (3) los establecimientos de atención alternativa no siempre son reembolsados por el seguro médico ni otros compradores importantes de atención. [Maarse y otros., 1997:OS34]

Al concluir las estrategias de los compradores y comenzar a considerar las cosas desde el punto de vista de los proveedores, es necesario recordar que la presupuestación global requiere un cambio de paradigma. El objetivo no sólo es reducir o controlar los costos de la atención de salud, sino también agregar valor por el dinero real empleado. Una preocupación legítima dentro de la comunidad de proveedores es que los incentivos financieros impulsarán al sistema de atención de salud hacia el control de costos sin considerar en forma adecuada la calidad de la atención. Esto se conoce como el problema de la “disyuntiva costo/calidad”. Tanto los compradores como los proveedores deben colaborar en forma estrecha para mejorar la productividad del sector de atención de salud, manteniendo al mismo tiempo la calidad de los servicios. Los proyectos de demostración



piloto que puedan probar y ajustar los intentos innovadores por producir atención de salud de alta calidad y eficaz en función de los costos proporcionan un laboratorio para que los compradores, proveedores y consumidores exploren soluciones y modelos alternativos no corran el riesgo de cambiar en forma prematura los sistemas importantes sin antes tener pruebas que apoyen el cambio.

Los proyectos piloto pueden experimentar con métodos para reducir los tiempos de espera y la estancia en el hospital, modernizar los procedimientos de admisión hospitalaria, programar las pruebas y operaciones, mejorar la planificación y el control de la fuerza laboral, aumentar la eficiencia del servicio de enfermería (menos horas indirectas) y fortalecer la participación del médico en la toma de decisiones estratégicas a nivel de instalación. Los esfuerzos empresariales de los administradores del hospital y de la red de proveedores que se espera que aumenten bajo contratación competitiva y presupuestación prospectiva también necesitan una coordinación y supervisión cuidadosas para garantizar su cumplimiento de las prácticas clínicas seguras.

Estrategias de los proveedores

La lista de estrategias de los proveedores incluye las innovaciones que estos deben emprender para responder al desafío y a las oportunidades de la presupuestación global, y otras partes interesadas, con el objeto de obtener la colaboración de los proveedores sobre las medidas de control de costo que surgen de la presupuestación global. Estas estrategias pueden ser implementadas en conjunto por las instituciones reguladoras de compradores y proveedores.

Cambio de los patrones de referencia y utilización. Los sistemas integrales de prestaciones o las redes de proveedores y los consultorios autónomos, si se convierten en administradores de fondos y, por tanto, disponen de un fuerte incentivo financiero para controlar la utilización de servicios, limitarán las remisiones a niveles de atención más altos y esto requerirá que los especialistas y hospitales cambien su enfoque organizacional y clínico. Es probable que los administradores de fondos sean más exigentes en su selección de subcontratistas que las autoridades regionales de salud, puesto que no están comprometidos políticamente a mantener toda la red de proveedores. Entre las principales expectativas de los administradores de fondos, se encontrarían los menores tiempos de devolución de exámenes solicitados, mejor accesibilidad a los especialistas, mayor uso de cirugías diarias y reducción de la estancia en el hospital.

Los hospitales, en particular cuando están en competencia entre sí, tratarían de superar a sus competidores, produciendo niveles superiores de actividad a costos fijos inferiores. En el método de pago por caso específico, sin duda los hospitales aumentarían el número de admisiones y reducirían la estancia promedio. Las cirugías diarias se volverán comunes. Los hospitales se concentrarán más en el diagnóstico y el tratamiento de casos en que la contribución médica y técnica sea mayor, y menos en la recuperación y rehabilitación. Estas fases de atención con menor uso intensivo de recursos se puede delegar a establecimientos con atención de enfermería calificada. Los márgenes de reserva (camas vacantes) también disminuirían a medida que los proveedores de todos los niveles intentan reducir los costos fijos. Por ejemplo, en el Reino Unido, entre 1984 y 1994 se produjo un aumento de 1/3 en las admisiones hospitalarias y gran parte este incremento corresponde al incremento de las tasas de intervención, en particular de los muy jóvenes y los ancianos. Sin embargo, la estancia promedio disminuyó en todos los grupos de edad y el número total de días de pacientes hospitalizados se ha reducido a pesar del aumento en la cantidad de admisiones. Las tasas de casos diarios también han aumentado en forma dramática: de 176 a 499 casos por cada 10.000 habitantes. La cantidad de personal médico y personal técnico y de investigación y desarrollo aumentó en los hospitales un 26% y un 51%, mientras que el personal de enfermería disminuyó un 14%. [Harrison, 1997:OS54-OS55]

Mejoramiento de la información e investigación de la disyuntiva costo-calidad por parte de los proveedores sobre la base de medidas cuantitativas de resultados funcionales, resultados clínicos, intervenciones basadas en evidencias, pertinencia de la gestión clínica, composición y rotación del personal, sueldos gerenciales, profesionales y del personal de apoyo, cargos a los pacientes, gastos operativos y de capital, y utilidades y pérdidas, como asimismo evaluaciones de experiencias individuales, familiares y comunitarias basadas en la población sobre tiempo oportuno y accesibilidad de servicios y comodidades. Los consumidores y los compradores de atención de salud informados no exigirán menos. [White, 1997]

Punto de referencia de 'Proveedores atractivos', es decir copiar las prácticas óptimas de los establecimientos considerados por sus pares como prestadores de atención de pacientes de alta calidad y eficaces en función de los costos. Además de la evaluación de los pares, por ejemplo, se pueden determinar los mejores hospitales estudiando la diferencia de la mortalidad hospitalaria y de qué forma se relacionan los niveles de mortalidad con las características de organización y gestión de los hospitales. Se deben estudiar y controlar las variables del nivel de enseñanza, propiedad, tamaño, estado financiero, ubicación y personal de enfermería de los hospitales, por ejemplo las proporciones enfermera-paciente y la combinación de habilidades de enfermería, como variables sustitutivas de la calidad del trabajo clínico en pacientes hospitalizados. También se debe mantener protección legal de los estándares de atención clave, por ejemplo los requisitos obligatorios mínimos sobre ciertas estancias en el hospital y cirugía ambulatoria.

Restablecimiento del papel de los recursos de enfermería en hospitales y otros establecimientos de entrega de atención. Los hospitales están eliminando recursos de la atención de enfermería, aunque dado el aumento de las actividades de diagnóstico y tratamiento intensivo dentro de los hospitales, la atención de enfermería se ha vuelto más importante e intensiva. Esto se puede ilustrar de mejor manera con la siguiente evidencia de la ciudad canadiense de Winnipeg. Entre 1991 y 1993, se disminuyó el 18% de las camas de hospitales, mientras que el número de pacientes tratados se mantuvo invariable. Sin embargo, las estancias disminuyeron, lo que refleja un aumento en la intensidad de la atención diaria por paciente. Coincidente con esta tendencia, la cantidad de horas de enfermería registradas por paciente aumentó un 15%. El uso total de los recursos en realidad llegó a ser más eficiente: menos camas, misma cantidad de pacientes tratados, más atención intensiva y mayor insumo de recursos de enfermería. Reducir los recursos de enfermería o disminuir la calificación y nivel profesional de las personas que brindan cuidados es, ciertamente, una estrategia no recomendada.

Hace cuatro décadas, Beecher condujo de la revisión de 15 estudios que el efecto placebo (un término para cuidado) proporcionó en promedio aproximadamente el 35% de los resultados benéficos de la mayoría de las intervenciones clínicas. [Beecher, 1955: 1602]. Por lo tanto, las intervenciones de enfermería se deben considerar como una atención complementaria eficaz en función de los costos para el trabajo realizado por los médicos más costosos.

Restablecimiento de la seguridad del empleo y autoestima profesional del personal médico. Esto tendrá un poderoso efecto positivo en la calidad de la atención, satisfacción de los pacientes y costos. Los estudios de operaciones de fines de los sesenta demostraron que las actitudes del personal de administración y supervisión tenía un efecto directo en el cambio de enfermeras y otros miembros del personal, quizás de igual importancia, en la estancia hospitalaria correspondiente a seis enfermedades comunes médicas y quirúrgicas. La autonomía de las enfermeras, su control sobre el entorno del consultorio y las relaciones de estas con los médicos también han demostrado contribuir en forma importante a la disminución de las tasas de mortalidad de los pacientes hospitalizados [Sochalski y otros., 1997: OS21]

Cambio hacia una cultura de gestión multidisciplinaria. La participación del personal clínico en el análisis de los patrones de práctica desde el punto de vista de la atención adecuada y



eficiente es de vital importancia. Es necesario desarrollar un ambiente de participación porque una institución de salud sólo puede lograr sus objetivos estratégicos y operacionales actuando como una empresa colectiva. Está de más decir que la presión externa sobre el proveedor, derivada de los riesgos de la presupuestación no ajustable y de la contratación competitiva, aplicará disciplina en todas las partes de un proceso de gestión participativo con el fin de ajustarse a las exigencias cada vez mayores de la eficacia en función de los costos.

Alianzas estratégicas. Acuerdos entre organizaciones que pretenden la eficiencia y la calidad de la atención; los objetivos que cada proveedor no puede lograr en forma individual pueden ser alcanzados mediante alianzas estratégicas. La atención óptima requiere la participación de diversos proveedores para tratar y mantener la salud de un paciente específico. Para fortalecer el esfuerzo de colaboración, los proveedores de servicios pueden suscribir acuerdos a largo plazo con diversas opciones de atención integral. Las siguientes representan algunas posibles alianzas estratégicas:

- (1) Servicios compartidos: los proveedores comparten servicios para mejorar la eficiencia y la eficacia, por ejemplo, funciones logísticas como orden y aseo, lavandería, seguridad, medios de transporte.
- (2) Programas conjuntos, por ejemplo, radiología, farmacia o servicios de laboratorio, compartir los recursos administrativos, clínicos y de equipos de más de dos establecimientos para minimizar los costos unitarios.
- (3) Contratos de gestión: administrar un hospital comunitario, hogar de convalecencia y centro de salud comunitario como parte del complejo de un proveedor.
- (4) Organizaciones generales coordinadoras: Dos o más proveedores se unen y son administrados por una estructura de control común que tiene la autoridad para transferir recursos entre las organizaciones según corresponda. Cada organización afiliada mantiene una autonomía considerable y una identidad independiente.
- (5) Formación de redes: La formación de redes horizontales establece lazos contractuales entre establecimientos del mismo tipo y entre proveedores de servicios finales y sus subcontratistas; por ejemplo, entre un hospital y un laboratorio. Creación de redes de proveedores de atención de salud estructuradas verticalmente, es decir una alianza a largo plazo entre proveedores de diferentes niveles de atención. Las redes pueden o no tener una estrategia de control formal.
- (6) Fusiones: Una alianza en la cual se unen dos organizaciones para formar una nueva organización.

Ajuste organizacional. Los proveedores deberán ajustarse y adaptarse a las técnicas estándar para codificación clínica, contabilidad de costos y control de utilización para permitir la capacidad de comparación total de información para el comprador de atención. Se podría necesitar un plan maestro de modernización bajo el auspicio de un organismo regulador/comprador para cada tipo principal de proveedor. Esto permitiría que los administradores y el personal de un hospital o centro de salud específico seleccionen desde un menú estandarizado de opciones de reestructuración y perfeccionen esas opciones en un plan de acción personalizado. Se recomienda incluir objetivos de modernización a mediano plazo en los contratos comprador-proveedor.

Aprovechamiento del flujo de ingresos. Los proveedores públicos podrían buscar contratos directos con pagadores alternativos por sus servicios, como lo han hecho las organizaciones de atención controlada que han surgido en varios países de América Latina y el Caribe. Varias fuentes de financiamiento disponibles para una instalación determinada permiten que los proveedores compensen la pérdida de ingresos ante el aumento de la presión para el control de costos en el sector público. Un marco regulatorio será un elemento importante que se debe establecer para asegurar que las listas y tiempos de espera no aumenten para los pacientes reembolsados bajo el contrato público.

Consideraciones de los consumidores

Cada vez más se reconoce a los consumidores de los servicios de atención de salud como importantes partes interesadas son dignas de atención y merecen tener cierta voz cuando se consideran cambios en la entrega de atención de salud. Aunque rara vez se organizan como sus propios defensores, los usuarios finales de los países en desarrollo se comunican en forma indirecta con los compradores, proveedores y planificadores de salud mediante su comportamiento en la búsqueda de atención; es decir, su elección y utilización de los servicios en diversos niveles de costo y complejidad. Las siguientes son consideraciones adicionales para los que desean captar consumidores:

Participación de la comunidad. Para obtener el apoyo de los consumidores, los proveedores de atención deben nombrar representantes de la comunidad para que integren su consejo consultivo. Los grupos representativos y otras formas de intercambio de información también pueden proporcionar un instrumento para que los consumidores comuniquen sus necesidades y preferencias a los compradores y proveedores. Esta información del consumidor es de particular importancia en situaciones en que la cultura, género y/o nivel socioeconómico de los consumidores podría crear obstáculos inadvertidos pero muy reales para la búsqueda de la atención de salud.

Opciones de referencia. Para facilitar la captación de consumidores, se debe establecer la libertad de elección de los pacientes; por una parte, para restringir en cierta forma las autoreferencias, con el fin de que el costo y la utilización sean predecibles y, por otra parte, para darle al paciente la oportunidad de elegir su proveedor de servicios. Dos aspectos aseguran este equilibrio: (1) más de una opción de proveedor en la red (por ejemplo, el derecho a elegir un médico de atención primaria en un centro de salud o un grupo de consultorios independiente); y (2) acceso a proveedores fuera de la red con un cargo adicional; por ejemplo, con un reembolso del 80% de los costos habituales y acostumbrados. En cada caso, los pacientes deberían estar claramente informados acerca de sus opciones de referencia y tratamiento.

Comercialización orientada al consumidor. Se pueden publicar informes anuales para el público sobre los recursos, desempeño y planes de desarrollo de los proveedores. Los eventos generales deben formar parte de las campañas de afiliación abierta para informar a los pacientes sobre las condiciones de la entrega de atención, competencia del personal y logística de pacientes en el consultorio de un médico o un sistema integral de prestaciones. El comprador de atención debe medir en forma permanente la satisfacción del consumidor mediante encuestas domiciliarias y de salida. Los procedimientos para que los consumidores dirijan las quejas con respecto a su médico y/o la administración también deben ser parte inherente del contrato comprador-proveedor.





Revisión regional de América Latina y el Caribe

Dos mecanismos de pago a los proveedores con una fuerte posibilidad de aumentar la eficacia del sistema, el reembolso por caso específico prospectivo de hospitales y la capitación prospectiva de los sistemas de integrales de atención de salud, se ajustan al término de presupuestación global prospectiva tratado anteriormente. Estos mecanismos se tratarán en el marco de la experiencia regional en América Latina y el Caribe. Hasta la fecha, las evidencias sugieren que los sistemas de pago a los proveedores en América Latina y el Caribe cada vez utilizan con mayor frecuencia el reembolso de honorarios por servicio negociado en forma previa en el sector ambulatorio y las asignaciones históricas a los hospitales relacionadas principalmente con su base de producción más que con su desempeño.

Pago previsto y por uso específico para hospitales

El pago previsto y por uso específico es un sistema de pagos a hospitales en que se reembolsa a un hospital por paciente hospitalizado dado de alta de acuerdo con tarifas establecidas en forma prospectiva. Estas tarifas se basan en agrupaciones de combinaciones de casos, es decir, grupos de casos con perfiles clínicos similares y requisitos de recursos. Cada tarifa de grupo de combinación de casos está determinada como el producto de la multiplicación de la ponderación del costo de grupo y la tarifa base hospitalaria. Esto último se calcula como la tarifa combinada; es decir, el promedio ponderado de los costos históricos promedio por caso a nivel de red y específicos del hospital.

De los 5 a 7 países de la región revisados detalladamente y la evidencia limitada de varios otros, sólo Brasil y Chile, aunque en forma limitada, parecen usar los métodos de pago por caso específico previsto. En Brasil, se informa que el Sistema Unificado de Salud (*Sistema Único de Saúde*) reembolsa a hospitales públicos y privados mediante una escala de pago por caso específico. En el sector público hospitalario de Chile, se ha realizado por varios años la experimentación con pagos de combinación de casos. Sin embargo, los observadores internos recalcan que el Fondo Nacional de Salud (FONASA), el organismo de financiamiento de salud pública, realmente no reembolsa a los hospitales según esas tarifas y las asignaciones en esencia siguen siendo un proceso basado en los presupuestos históricos ajustados.

En Argentina, el Hospital Británico de Buenos Aires ha sido mencionado como probablemente el único establecimiento del sector nacional hospitalario que intenta importar el sistema de GRD de Estados Unidos para estandarizar las agrupaciones de mezclas de casos. Esta estandarización, con GRD u otra clasificación, es esencial para los pagos por caso específico previstos.

Los países revisados con más detalle a continuación se encuentran en diversas etapas de diseño conceptual y preparación para pruebas experimentales que comprenderían presupuestación hospitalaria prospectiva por caso específico.

Chile

Hasta 1978, el Ministerio de Salud financiaba los hospitales públicos mediante asignaciones presupuestarias según las tendencias históricas. En 1978, se adoptó un sistema de reembolso por atención prestada, conocida como Facturación por Atención Prestada. Desde principios de los noventa, el financiamiento hospitalario ha evolucionado hacia un sistema más diversificado, incluidos los tres métodos siguientes:

1. Pago prospectivo de prestaciones. Este es un método tradicional de reembolso por atención prestada para reembolsar a los proveedores.
2. Pago Asociado a Diagnóstico (PAD): los hospitales reciben su pago por caso tratado. Las tarifas de pago se establecen según una categoría de combinación de casos definida en forma general.
3. Los procedimientos complejos, como trasplantes de órganos, angioplastias, valvuloplastia, etc. se reembolsan según tarifas establecidas por separado. El pago por prestaciones complejas se centra en casos en los cuales el costo total del caso es influido significativamente por el costo del procedimiento quirúrgico principal.

Los pagos asociados a diagnóstico, o PAD, representan un tercio de las asignaciones al sector público hospitalario. A mediados de los noventa, este sistema se probó con éxito en varios establecimientos y se ha extendido a un número mayor de hospitales públicos. La escala tarifaria de los PAD, inicialmente compuesta de 25 categorías de diagnóstico, ahora incluye 30 grupos de combinación de casos (véase Cuadro 1). Los grupos de PAD no cubren

Cuadro 1. Grupos relacionados por diagnóstico en Chile y tarifas por nivel de hospital, 1996 en pesos chilenos

Pago Asociado a Diagnóstico	Nivel de hospital		
	1	2	3 & 4
1 Colelitiasis	216.392	210.392	198.392
2 Apendicitis	121.392	117.092	109.092
3 Peritonitis	206.583	197.583	179.583
4 Hernia abdominal sin complicaciones	100.929	97.929	91.929
5 Hernia abdominal con complicaciones	273.243	264.243	246.243
6 Tumor maligno, estómago	457.165	437.165	397.165
7 Úlcera gástrica con complicaciones	309.555	297.555	273.555
8 Úlcera duodenal con complicaciones	270.524	260.524	240.524
9 Parto	131.351	127.851	120.851
10 Embarazo ectópico	193.122	188.622	179.622
11 Embarazo con complicaciones	146.873	137.773	119.573
12 Aborto sin complicaciones	86.996	84.996	80.996
13 Aborto con complicaciones	199.036	192.036	178.036
14 Amigdalitis	99.257	96.457	90.857
15 Adenoides	128.103	125.303	119.703
16 Hiperplasia de próstata	281.521	270.821	249.42
17 Fimosis	104.620	101.820	96.220
18 Criptorquidismo	159.570	156.770	151.170
19 Ictericia del recién nacido	20.035	20.035	20.035
20 Bronconeumonía aguda	148.886	139.886	121.886
21 Catarata	221.012	219.012	215.012
22 Trasplante renal	1.228.120	1.222.120	1.210.120
23 Procedimiento cardiocirúrgico con uso importante de circulación extra corpórea (CEC)	2.280.926	2.274.926	2.262.926
24 Igual que el anterior con uso medio de CEC	1.466.002	1.460.002	1.448.002
25 Igual que el anterior con uso leve de CEC	1.005.975	999.975	987.975
26 Prolapso vaginal, anterior o posterior	—	—	—
27 Tumores o quistes intracraneanos	—	—	—
28 Aneurismas	—	—	—
29 Disfasia	—	—	—
30 Hernia del núcleo pulposos	—	—	—

FONASA. Citado de: Bitrán y otros. Equidad en el Financiamiento del Seguro Público de Salud. Informe final. Vol.3. Santiago de Chile, 1996; comunicaciones personales con la Sra. Consuelo Espinosa, Bitrán y Asociados, agosto de 1999.



totala combinación de casos, sino más bien se centran en casos que se destacan en términos de su volumen y/o costo. Las tarifas de PAD se diferencian por tres niveles de hospital y por ubicación geográfica: para las llamadas “áreas extremas”, las tarifas de PAD aumentan en un 12% a un 30% sobre la norma. Las tarifas se ajustan hacia arriba en un 2% para los hospitales docentes.

Costa Rica

En Costa Rica, las reformas a la atención de salud de mediados de los noventa postulaban la necesidad de superar las ineficiencias que resultan de la asignación histórica de recursos por nivel de atención y a proveedores específicos. La Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) propuso en 1998, como parte de su plan de modernización que el reembolso debería estar ligado al desempeño del proveedor y a los progresos de la salud de la población. La separación de la compra y suministro de servicios se anunció como la política clave. Se firmarían contratos de gestión entre la CCSS como el organismo comprador y consultorios de médicos, hospitales y ‘áreas de salud’ como proveedores de atención.

Los contratos de gestión con los hospitales establecerían objetivos de desempeño relacionados con la calidad, organización y prestación de servicios. Para aumentar la productividad, los contratos con los hospitales relacionarían el financiamiento a las mediciones de resultados, por ejemplo, el número de pacientes dados de alta, consultorios en los hospitales y otras actividades de la salud. Los hospitales se verían motivados a maximizar la producción dentro de un presupuesto global predeterminado. El exceso de gastos sobre el tope presupuestario se reembolsaría en una cantidad de costo variable por unidad de producción específica. Las etapas subsiguientes de la reforma presentarían una introducción gradual de presupuestación prospectiva relacionada con el volumen de producción hospitalaria ajustada según la complejidad y calidad de la atención.

Una demostración piloto iniciada en diciembre de 1996 incluyó siete hospitales que se transfirieron a los contratos de gestión antes mencionados entre los hospitales y la División Médico-Administrativa; es decir, la administración local de salud. El plan original era extender el proyecto de demostración a 10 hospitales más en 1998. Sin embargo, hasta ese año, no había información adicional sobre el reembolso por caso específico para los hospitales de Costa Rica. Sin embargo, el contenido y el lenguaje de las reformas iniciales propuestas y ensayadas comprenden el uso de este método de pago y son una buena señal para su puesta en práctica experimental en el futuro inmediato.

En el documento de política de 1997 de la CCSS, “Hacia un nuevo sistema de asignación de recursos”, se elaboró con más detalle el concepto de reembolso hospitalario basado en el desempeño. La producción hospitalaria se presentó como una combinación de actividades: hospitalización; atención ambulatoria en el hospital; servicios de emergencia; programas especializados de atención de salud, actividades de enseñanza e investigación. Todas las actividades se deben medir en unidades de producción hospitalaria (UPH) y relacionarse a una hospitalización discreta (véase Cuadro 2).

La presupuestación hospitalaria comprendería la planificación y la proyección de los siguientes indicadores: (1) *Presupuesto asignado*, el tope de financiamiento anual cercano al gasto de referencia del hospital; (2) *Presupuesto programado*, el presupuesto asignado menos el 10% reservado en el *Fondo de Incentivo* y *Fondo de Compensación de Solidaridad*; (3) *Volumen clínico proyectado*, el número agregado de UPH que refleja el volumen proyectado de pacientes hospitalizados y ambulatorios; las UPH de pacientes hospitalizados se basarán en estándares de estancia establecidos en el contrato hospitalario. (4) *Las Tarifas de pago por UPH de actividad específica* se basarán en los costos históricos hospitalarios y el nivel administrativo. Se supuso que los establecimientos de nivel superior recibirían un pago de tarifas más altas para sostener sus mayores costos fijos; (5) *Presupuesto de producción*, el monto total de ingresos proyectado de cada una de las cuatro actividades hospitalarias. El ingreso por actividad sería el

producto del volumen clínico de una actividad específica en UPH (véase punto tres) multiplicado por la tarifa de pago de UPH (punto cuatro) de actividad específica.

Al final del año fiscal, los gastos declarados (llamados 'presupuesto ejecutado') serían comparables al presupuesto de producción (punto 5). Cuando el presupuesto ejecutado excediera al presupuesto de producción, el hospital habría terminado con cifras rojas. Esto se consideraría como ineficiencia; es decir el hospital necesitó más que los recursos planificados para producir el volumen clínico contratado. El proveedor recibiría el déficit como 'subsidio' y se examinaría el desempeño del hospital para identificar las posibles causas de la ineficiencia.

Si el presupuesto ejecutado permaneciera igual o menor al presupuesto de producción, esto significaría que el hospital alcanzó el volumen clínico contratado al costo planificado o a uno menor. El 80% de los ahorros será retenido por el hospital, y obtendría acceso al Fondo de Incentivo. El 20% restante de los ahorros se pagaría al hospital por el exceso del volumen declarado con respecto al volumen contratado (en caso de que el hospital declarara el ahorro en costos y el excedente de volumen clínico). Si este monto fuera insuficiente para cubrir los costos asociados al volumen adicional, el resto se reembolsaría al hospital desde el Fondo de Compensación de Solidaridad.

Si el hospital superara el volumen planificado a un costo adicional (es decir, sin reducir los costos unitarios), se reembolsarían gastos adicionales del Fondo de Compensación de Solidaridad al 40% de la tarifa hospitalaria de UPH. El monto total de cada reembolso no superaría el 50% de los fondos disponibles en el Fondo de Compensación de Solidaridad.

A medida que continuara la puesta en práctica del sistema antes descrito, las tarifas de UPH, inicialmente ajustadas para el nivel del hospital, se diferenciarían aún más, según el índice de combinaciones de casos específicos del hospital, proporcionando así más financiamiento por UPH a los hospitales con mayor complejidad clínica.

Perú

Los principales compradores de atención hospitalaria en Perú son el Ministerio de Salud (MINSA) y el Instituto Peruano de Seguridad Social denominado EsSalud en 1999. Se espera que las Entidades Prestadoras de Salud (EPS) asignadas por mandato por la reforma legislativa de la salud de 1997 lleguen a ser el tercer pagador en la distribución institucional del sector salud peruano. Las EPS son proveedores públicos o privados de cobertura de seguro de grupos y servicios médicos a los empleadores que abandonan parcialmente el sistema EsSalud. Las EPS operarán en forma cada vez más competitiva con EsSalud y entre sí. Al buscar proporcionar atención en forma eficaz en función de los costos, las EPS tenderán en mayor medida hacia métodos de presupuestación hospitalaria basados en el desempeño. Las EPS podrían transformarse en una fuerza impulsora tras la puesta en práctica de mecanismos de pagos por caso específico.

En 1998, el MINSA, mediante un acuerdo con el proyecto PHR y Proyecto 2000, patrocinados por USAID, inició un Experimento de Pago Hospitalario que pretendía introducir las siguientes reformas al sector hospitalario de Perú. (1) Separar la compra de la entrega de servicios; (2) Avanzar en la autonomía de la gestión de los hospitales; (3) Introducción gradual de contratación competitiva dentro del sector hospitalario operado por el MINSA y, en largo plazo, entre hospitales, cualquiera que sea su jurisdicción y fuente

Cuadro 2. Índices de equivalencia para fijación de precios de productos hospitalarios propuesta en Costa Rica

Actividades del hospital	UPH
Hospitalización	1
Emergencia	0,35
Primera visita al especialista	0,40
Primera visita, otros	0,25
Visita de seguimiento a un especialista	0,20
Visita de seguimiento, otros	0,10
Visita dental	0,10
Visita en que no participa ningún médico	0,05

Hacia un nuevo sistema de asignación de recursos. Proyecto modernización CCSS. San José, 1997: 52.



de ingresos; (4) Implementar métodos de pago que estimulen la productividad y el uso eficiente de los recursos de los hospitales, (5) Preparar el terreno para la modernización incremental estructural del sector hospitalario nacional, tanto al nivel de los establecimientos como de las redes regionales.

Basados en una encuesta de 1998, los administradores regionales de atención de salud y los directores de hospitales de ocho territorios piloto de Perú compartieron las siguientes visiones sobre los mecanismos futuros de pago, consecuentes con los objetivos antes mencionados. (1) Los hospitales deben ser financiados de acuerdo con un presupuesto relacionado con el volumen. (2) Se debe determinar el volumen y el financiamiento con el número e intensidad de reformas de los pacientes dados de alta y los servicios proporcionados a pacientes externos. (3) Los casos de pacientes hospitalizados dados de alta y servicios prestados a pacientes externos deben servir como unidades de presupuestación y reembolso hospitalarios y deben tener un precio según las tarifas determinadas en forma prospectiva. (4) las tarifas se deben promediar entre los grupos de casos de pacientes hospitalizados y servicios de pacientes ambulatorios con parámetros clínicos similares y necesidades de recursos.

Un diseño de sistemas y un proceso de validación tediosos dieron como resultado la elección de grupos de recursos de salud (GRS) de Gran Bretaña como la herramienta metodológica de la agrupación de pacientes hospitalizados y establecimiento de tarifas. Según la metodología preferida, se asignaron casos a grupos según su homogeneidad clínica y de costos. Se actualizaron los estándares de codificación de pacientes de MINSA para permitir la introducción de ICD-10 para codificación de diagnóstico y OPCS-4 para codificación de procedimientos quirúrgicos. El registro de los procedimientos quirúrgicos fue fundamental para la asignación de casos quirúrgicos a los GRS. Después de varios meses de un intenso fortalecimiento de la capacidad se obtuvo un significativo mejoramiento en habilidades de codificación clínica y en recursos de información en los hospitales participantes. A fines de 2000, se produjo un archivo de pacientes de más de 70.000 registros para una agrupación de casos y ejercicio de establecimiento de tarifas que originará un diseño experimental de una escala de pagos de combinación de casos para el sector hospitalario público de Perú.

Para cada grupo se calcularán costos promedio a través de todos los hospitales experimentales como promedio por costos diarios para una especialidad clínica pertinente, multiplicado por la estancia promedio específica del grupo. Los casos quirúrgicos serán aumentados por un factor de intensidad quirúrgica. Así, los costos monetarios promedio calculados se transformarán en valores relativos. La lista uniforme de valores relativos se aplicará a las tarifas históricas de hospitales específicos de financiamiento por caso, con el objeto de crear escalas de tarifas de pago específicas para un hospital según el grupo de combinación de casos.

México

En México, el financiamiento hospitalario y la entrega de atención están fragmentados entre varios sistemas institucionales. En el sector público de atención de salud que representa menos de la mitad del gasto nacional en salud, los principales compradores son el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), que cubre aproximadamente 34 millones de empleados del sector privado y los miembros de su familia, el Instituto de Seguridad Social para Trabajadores del Estado (ISSTE), que cubre cerca de 9 millones de empleados públicos, el IMSS-Solidaridad, que dirige servicios hacia cerca de 11 millones de habitantes rurales que carecen de cobertura de seguro médico y la Secretaría de Salud, que proporciona atención financiada por el gobierno a 30 millones de ciudadanos. Los compradores del sector público asignan recursos a los hospitales en gran medida según el gasto histórico. En cambio, el sector privado, representado por los planes de seguro médico privado y las Organizaciones de Atención Controlada (OAC), financia hospitales, principalmente mediante reembolso por atención prestada.

En 1995, las reformas de atención de salud obtuvieron mayor prioridad por parte del gobierno y se adoptó un programa de fortalecimiento del sector nacional de salud. La introducción de métodos de pago basados en el desempeño, incluido el reembolso por caso específico de hospitales, ahora se puede considerar como un avance probable coincidente con los siguientes objetivos: (1) La clara separación del financiamiento de la entrega de servicios, como elemento clave en la introducción de la competencia, transparencia y responsabilidad al sistema de seguro médico; (2) Desarrollo de mecanismos internos de mercado para garantizar que los recursos sigan a los pacientes, y no lo contrario; (3) Búsqueda del valor más alto con los recursos disponibles en el sistema y (4) Introducción gradual de la competencia, tanto entre los proveedores públicos de atención de salud (IMSS y otros) como entre los proveedores públicos y privados de atención de salud.

Como un enfoque inicial del pago por caso específico, el IMSS intentó introducir grupos relacionados por diagnóstico (GRD) en los procesos internos de gestión clínica y de recursos en los hospitales participantes. Se recomendó a los médicos y administradores de los hospitales que establecieran un proceso de evaluación de pares. Este permitiría que cada instalación identificara los diagnósticos de alto volumen y los agrupara en grupos de casos clínicamente similares (40 a 60 grupos en total). La evidencia basada en los casos proporcionaría información para análisis profesionales, examen de perfiles clínicos y patrones de utilización (por ejemplo, variabilidad de estancias dentro de los hospitales y entre ellos), servicios proporcionados, costos por procedimiento y caso promedio, y los resultados clínicos declarados en cada GRD. Estos estudios y análisis permitirían la elaboración de protocolos clínicos y directrices para el manejo de casos que promoverían las formas más eficaces y eficientes de tratar a los pacientes de GRD específicos y reflejarían las prácticas óptimas en el sector hospitalario mexicano.

Los conjuntos iniciales de GRD se basaron en un enfoque intuitivo y datos limitados sobre los pacientes (por lo general, sólo el diagnóstico principal). No es sorprendente que estos conjuntos de creación propia presentaran una enorme variación a través de los 15 hospitales, que según la estimación del IMSS, los habían estado utilizando desde mayo de 1999 y no podrían proporcionar una base metodológica coherente para un sistema uniforme de agrupación de combinación de casos. Se hizo evidente la necesidad de ese sistema, puesto que según la encuesta reciente, entre un 60% y un 70% de los directores de hospitales del IMSS optaron por una metodología más rigurosa e integral de formación de GRD. Hay indicios de que el IMSS considera los GRD de la Administración de Financiamiento de la Atención de Salud, HCFA (*Health Care Financing Administration*) diseñados en Estados Unidos para los programas Medicare y Medicaid del seguro médico como un prototipo internacional viable para el sistema mexicano.

Se espera que predomine un enfoque evolutivo para la puesta en práctica de GRD en el sector hospitalario del IMSS. El análisis de la combinación de casos para fines de la gestión hospitalaria sería la principal función de un sistema de GRD recién diseñado en la etapa inicial de su aplicación. Se elaborarán tarifas de pago a largo plazo de GRD y se introducirán como la herramienta clave de la presupuestación hospitalaria y la contratación competitiva. Esto permitirá una transición del financiamiento hospitalario histórico basado en la capacidad de producción hacia un financiamiento orientado al desempeño ligado a la actividad y al volumen clínicos.

Colombia

Los hospitales públicos de Colombia representan el 75% de todas las cirugías y pacientes dados de alta, y el resto es proporcionado por establecimientos privados. En 1993, la reforma legislativa de salud que decretó la competencia en el mercado de seguros y la entrega de servicios, produjo la descentralización de la toma de decisiones y la asignación de recursos. Se estima que un 85% de los hospitales se han transformado en entidades con gestión autónoma.





Los proveedores de servicios recibirían la presión de reducir costos de las Empresas Promotoras de Salud (EPS).¹ Estas se habían establecido como corredoras de seguros múltiples y compradoras de servicios y operaban en competencia sin restricción entre sí. Para permanecer en el negocio, una EPS trataría de maximizar su base de afiliados y ser eficiente en el gasto de su ingreso por primas en el reembolso de atención médica. El sistema de pago de reembolso por atención prestada actualmente predominante promovía servicios innecesarios y una facturación excesiva y era poco probable que fuera tolerado por las EPS. Aparentemente, un método de pago más eficaz en función de los costos, por ejemplo, según caso hospitalizado/dado de alta, reemplazaría el método de reembolso por atención prestada.

Según el Informe de 1996 de Harvard, es “irrealista” esperar que Colombia cree un sistema de pagos completamente desarrollado basándose en las tarifas de GRD, al menos en el corto a mediano plazo. La sofisticada codificación uniforme de los procedimientos de diagnóstico y de cirugía exigidos a cada hospital por el sistema de GRD supera la capacidad institucional actual del sector hospitalario de Colombia. Una propuesta más viable sería pagar a los hospitales por admisión según tarifas diferenciadas por nivel y ubicación del hospital y una categoría amplia de pacientes con condiciones clínicas y necesidades de recursos similares.

Una importante recomendación de Harvard era ajustar las tarifas de pago según el caso, basándose en los costos de los hospitales de menor nivel que entreguen el servicio con calidad adecuada. Esto disuadiría a los hospitales de atención terciaria, que actualmente son sobreutilizados y costosos, de admitir casos de rutina y de tratarlos con costos relativamente altos. Se estima que se podría tratar a entre un 20% y un 30% de pacientes ambulatorios de Colombia en los hospitales de menor nivel que en la actualidad están subutilizados.

Para hacer que los incentivos de productividad funcionen en forma coherente y uniforme, los principales compradores de atención hospitalaria deben coordinar su política de pagos. Es de particular importancia que los compradores públicos de atención que representan a las Administraciones del Régimen Subsidiado (ARS) se unan a las EPS privadas del régimen de aportes con el fin de obtener un uso focalizado más racional y equitativo de los recursos hospitalarios. El gobierno colombiano financia los hospitales en dos formas: ‘subsidios para suministros’ directos para el beneficio de personas sin cobertura médica y asignaciones a las ARS que compran atención para los beneficiarios bajo el régimen subsidiado. Aproximadamente el 80% de los ingresos de los hospitales públicos proviene del financiamiento presupuestario. Estas asignaciones se relacionan con la capacidad de producción del hospital o se efectúan por procedimiento. Ninguno de estos dos métodos de asignación estimula la eficiencia.

Otros dos objetivos son: 1) la coordinación de tarifas de pago entre los regímenes subsidiados y de aportes; y 2) la asignación inmediata de pacientes a los regímenes subsidiados o de aportes en el momento de la facturación de la atención proporcionada. La coordinación de las tarifas de reembolso también significa que el gobierno necesita aumentar sus pagos a los hospitales bajo el régimen subsidiado a un nivel en que estos pagos sean competitivos en relación a lo que las EPS pagan a los asegurados bajo el régimen de aportes. Esto eliminaría el freno existente actualmente para que los hospitales atiendan a los pobres. El monto per cápita del gasto en salud bajo ambos regímenes se igualará en 2001. Esto preparará el terreno para igualar las tarifas de pago hospitalarias, ya sea por procedimiento o por paciente tratado.

Además de su función inmediata de establecer incentivos para la productividad, competencia y cambio estructural, el reembolso hospitalario por caso específico en Colombia promoverá un financiamiento hospitalario más ‘personalizado’. Permitirá un mejor

¹ Para obtener más información sobre las EPS y las modalidades de subsidio y aportes del seguro nacional de salud en Colombia, véase la siguiente sección titulada “Capitación prospectiva en el sector de pacientes ambulatorios”.

recuento de pacientes por fuente de cobertura, y por consiguiente, una asignación más precisa de costos e ingresos hospitalarios a las poblaciones con planes subsidiados, de aportes y no cubiertas. El pago por caso específico, como método 'orientado hacia el paciente', proporciona un entorno favorable para las mediciones socioeconómicas en el sector hospitalario necesarias para extender la cobertura y mejorar la focalización de programas de seguro social médico. Es un problema importante en Colombia, dado que se estima que la mitad de los pacientes cubiertos por el régimen subsidiado no deberían estar inscritos en éste, puesto que tienen niveles de ingreso superiores al límite exigido.

El método de pago por caso específico comprende una producción y una unidad de pago definida en forma adecuada (como admisión o alta de pacientes) que sirve como una "moneda" común en la negociación de un hospital con varios compradores de atención. Cada ARS o EPS puede cuantificar con facilidad su participación en la producción de un hospital (número de pacientes ajustados según la intensidad de recursos) y pagar estrictamente esa proporción. En cambio, el financiamiento por capacidad de unidad de producción crea incomodidad entre los compradores, puesto que siempre existe la sospecha de que se usan recursos físicos para el beneficio de otros contratistas y que el hospital aumenta artificialmente su necesidad de financiamiento periódico con el objeto de compensar su propia ineficiencia. El reembolso por caso específico intensificará la contratación competitiva y facilitará la integración institucional de los mercados de hospitales en Colombia, con lo que los hospitales podrán competir con mayor facilidad por fondos de diversas fuentes.

Capitación prospectiva en el sector de pacientes ambulatorios

La capitación prospectiva es un método de financiamiento mediante el cual los proveedores de atención de salud reciben un pago predeterminado por cada paciente que se registra con ellos. A su vez, los proveedores acuerdan entregar servicios específicos a cualquier miembro de la población definida, según se requiera, durante un período estipulado contractualmente. La capitación prospectiva expone a los prestadores de atención a los riesgos y consecuencias de gastar más que el presupuesto predefinido y pagado por anticipado. Para manejar estos riesgos, los proveedores de capitación prospectiva buscan las formas clínicamente eficaces y eficientes en función de los costos de entregar sus servicios; por ejemplo, fortaleciendo la prevención y los servicios de atención primaria, favoreciendo estrategias clínicas que reemplacen el hospital, limitando las remisiones a niveles superiores de atención y controlando la utilización de recursos por parte de los proveedores subcontratistas.

La capitación prospectiva apoya firmemente los siguientes objetivos de política de salud: (1) aumento de la participación de médicos generales en la determinación de estrategias clínicas, patrones de referencia y asignación de recursos entre los niveles de atención; (2) mejoramiento de la coordinación de servicios entre los niveles primario, secundario y terciario; (3) ampliación del acceso a la atención y elección liberalizada de proveedores por parte del consumidor, restringiendo al mismo tiempo la "comparación indiscriminada de médicos", lo que provoca visitas al consultorio, pruebas y prescripciones de demasiado frecuentes; (4) mejoramiento de la satisfacción profesional y económica de los proveedores de atención de salud; (5) aumento de la eficacia en función de los costos en el sector de atención de salud.

En los últimos 15 a 20 años, ha aumentado el reconocimiento internacional de la capitación prospectiva. Ha sido un factor en el sector de atención de salud estadounidense que depende del mercado, al igual que en el sector salud controlado por el Estado en Gran Bretaña. Se han documentado en forma generalizada tanto experiencias positivas como negativas, con lo que la capitación prospectiva ha pasado a ser un objetivo accesible para la aplicación experimental en los países de América Latina y el Caribe, donde está penetrando como una herramienta de pago a los proveedores.





Es necesario considerar la estructura institucional del sector de atención de salud en la región, y su efecto en la organización de financiamiento y entrega de servicios de salud antes de examinar ejemplos específicos de capitación prospectiva.

Existen tres niveles claramente diferentes en los sectores de atención de salud de los países, como Chile, Argentina, Uruguay, Colombia y Perú, es decir sistemas públicos, de seguro médico social y atención de salud privada. El nivel privado está 'poblado' de organizaciones que se ajustan al concepto de *organización de atención controlada (OAC)*. La mayoría de las OAC que combinan funciones de seguro y prestaciones se pueden considerar sistemas de capitación 'natural', puesto que las primas de seguro son pagadas por anticipado por beneficiario.

Existen varias opciones con respecto a la asignación de ingresos por primas a los proveedores de servicios. Se puede aplicar el principio de capitación poniendo los fondos en forma de capitación total a disposición de un sistema de atención primaria administrador de fondos o como un presupuesto de capitación parcial para servicios ambulatorios combinado con servicio de reembolso por atención prestada, diarios o pagos relacionados con GRD a los hospitales. Como alternativa, el ingreso por primas per cápita obtenido por las OAC podría asignarse a los proveedores principalmente en forma de reembolso por atención prestada. Para que estas asignaciones sean previsible y cumplan con la restricción presupuestaria de las OAC, se debe negociar por anticipado la escala tarifaria y el volumen de servicios y establecerse en los contratos. A su vez se debe establecer el volumen clínico como tasas de utilización de servicios; es decir, implícitamente por afiliado. Desde aquí hay un solo paso hacia las tarifas per cápita calculadas como el total de los costos específicos de servicios multiplicado por las tasas de utilización específicas de servicios.

Según se informa, en Chile, las *Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE)*, que compiten como OAC privadas, pagan a los puestos de salud primaria una tarifa anualizada por afiliado. En Uruguay, las *Instituciones Asistenciales Médicas Colectivas (IAMC)*, son el principal instrumento de seguro médico dependiente del empleador y son financiadas por una combinación de pagos anticipados mensuales per cápita y cargos a los usuarios.

En Argentina, las *Obras Sociales (OS)*, una red de aproximadamente 300 fondos legales para enfermedad dependientes del empleador, funcionan como planes integrales de seguro/prestación, similares a las organizaciones de proveedores de preferencia en Estados Unidos. En lo que respecta al financiamiento de atención, los informes son contradictorios. Algunos aseguran que Obras Sociales se ha alejado del sistema de reembolso por atención prestada y se ha acercado a la capitación. Aparentemente, este cambio se produjo en los noventa. El monto del gasto per cápita y el paquete de beneficios varían ampliamente según la OS. A menudo esta variación indica una ineficiencia operacional de las OS debido a su reducido tamaño y poca capacidad de generación de ingresos por prima en ciertas industrias y áreas geográficas. Es posible que se requiera un mecanismo de transferencias y consolidación de ajuste al riesgo en el mercado para garantizar que el funcionamiento de las OS sea equitativo y eficiente. Algunos informes afirman que el método predominante de reembolso a los proveedores sigue siendo el de reembolso por atención prestada. Existe la escala tarifaria nacional denominada "El nomenclador nacional". En este nomenclador se indican los procedimientos ambulatorios y los principales procedimientos para pacientes hospitalizados y se utiliza como lista de precios de referencia por las OS, médicos independientes y establecimientos de salud. Por lo tanto, la fijación de tarifas no está reglamentada y queda a la discreción de las partes negociadoras.

En Brasil, las Organizaciones de Grupos Médicos funcionan de forma similar a las Organizaciones de Mantenimiento de la Salud de Estados Unidos. También hay cooperativas médicas que son similares a las organización de proveedores de preferencia de Estados Unidos. Ambos tipos de instituciones son planes pagados por anticipado y obtienen sus ingresos de primas de capitación. A mediados de los noventa, se informó de una innovación al pago a los proveedores en el sector público de atención de salud de Brasil. En 1995, se

introdujo el Plan de Acción de Salud en Sao Paulo. Los servicios municipales de la ciudad, como hospitales y servicios básicos de salud, se organizaron en cooperativas que competían por los afiliados. Se recomendó a la población residente que eligiera las cooperativas según sus necesidades. Luego el gobierno municipal debería efectuar un pago anual a cada cooperativa según una tarifa preestablecida por afiliado.

En las siguientes subsecciones, se revisa la experiencia con la capitación prospectiva en el sector de pacientes ambulatorios de Colombia, Perú, México y Costa Rica.

Colombia

La reforma regulatoria de la salud de 1993 dispuso un sistema de dos niveles de seguro médico social compuesto de regímenes subsidiados y de aportes. El primero es financiado con impuestos salariales y cubre formalmente a las poblaciones empleadas. El segundo está destinado a destinatarios de bajos ingresos y está financiado con transferencias presupuestarias complementadas con aportes solidarios como parte menor de las primas bajo el régimen de aportes. Los regímenes subsidiados y de aportes son administrados a través de varias entidades que aceptan ingresos por primas de empleadores, de empleados y del gobierno. Estas entidades se denominan *Entidades Promotoras de Salud (EPS)* e *Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS)*, en el régimen de aportes y *Administraciones del Régimen Subsidiado (ARS)* en el régimen subsidiado. Una EPS y una IPS pueden operar en los regímenes subsidiados y de aportes, con lo que pasan a ser una ARS. Cada vez con mayor frecuencia, los fondos se asignan a las EPS, IPS y ARS en forma de *unidad de pago per cápita (UPC)*: un monto anual que se emplea en servicios médicos por cada persona de la población afiliada, ajustado según sexo, edad y ubicación geográfica. Esta es una capitación prospectiva característica. UPC, como tarifa per cápita, se determina para un paquete de beneficios específico y está sujeta a la cobertura obligatoria dentro del seguro médico social. En el régimen de aportes, este paquete se denomina *Plan Obligatorio de Salud (POS)*. En el régimen subsidiado, se conoce como el *Plan Obligatorio de Salud Subsidiado (POSS)*. El valor monetario per cápita del POS es el doble del correspondiente al POSS. Esta diferencia se eliminará en 2001 como resultado de la aceleración del crecimiento en el financiamiento per cápita dentro del POSS.

El presupuesto básico de una EPS, IPS o ARS es el producto de la UPC multiplicado por los afiliados. Según un estudio reciente, los pagos per cápita representan el 44% de los contratos de IPS. La capitación se complementa con reembolsos por atención prestada cobrados a los compradores institucionales de atención y/o pacientes. Cada EPS, IPS y ARS representa un plan integral de seguro/prestación. Este usa su propia base clínica para proporcionar servicios a los afiliados o contrata servicios externos a médicos independientes, policlínicos y hospitales. Los establecimientos que participan son reembolsados principalmente con el método de reembolso por atención prestada. Los paquetes de honorarios, similares a la subcapitación, sólo desempeñan un papel menor.

Según la Ley 100, adoptada en 1993, se debe distribuir parte de una UPC para constituir un fondo de reaseguro auspiciado por el gobierno con el fin de proteger a las EPS de ocho enfermedades catastróficas, como nacimiento prematuro y afecciones neonatales relacionadas, SIDA, traumas, cáncer, enfermedades renales, enfermedades cardíacas y accidente vascular encefálico.

Costa Rica

El objetivo general de la agenda propuesta en Costa Rica a mediados de los noventa era proporcionar acceso universal y equitativo a la atención básica para toda la población del país. Esto se lograría dividiendo el territorio nacional en 90 Áreas de Salud y estableciendo 800 Equipos Básicos de Atención Integral de Salud. Entre 1995 y 1997, se establecieron 427 EBAS en 52 áreas de salud, principalmente en comunidades rurales y marginadas. Cada



equipo representaba un consultorio de atención primaria dotada de un médico general, una enfermera y un técnico. Varios equipos básicos compartían un Equipo de Apoyo compuesto de un médico familiar, una enfermera especializada en atención primaria, un dentista, un farmacéutico, un microbiólogo, un asistente social y un especialista en nutrición. Los EBALS y los equipos de apoyo ubicados en la misma área de salud constituían un Equipo de Salud. Estaba reforzado por atención secundaria y terciaria proporcionada por establecimientos especializados locales y regionales.

Los EBALS se crearon para que fueran el centro de las actividades de salud pública y de atención primaria en cinco entornos: familiar, comunitario, educacional, laboral y médico. La reforma no especificaba la forma en que estas actividades se financiarían. La prevención social y médica y la atención curativa, al organizarse según el lugar de residencia, facilita la introducción de capitación prospectiva. Si se eligiera este método de financiamiento, reforzaría los incentivos del proveedor para resolver los siguientes problemas identificados en la encuesta de EBALS de 1996 y por analistas locales de política: falta de motivación entre la comunidad y personal de salud; preferencia del consumidor por servicios curativos por sobre la prevención; demanda excesiva de consultas médicas; patrones de referencia inclinados hacia niveles superiores de atención; falta de coordinación entre los niveles de atención; y remuneraciones laborales en el sector de atención de salud que no reflejan la productividad laboral.

Una demostración piloto de contratación competitiva (*Compromisos de Gestión*) ha estado en curso en cinco áreas de salud de Costa Rica desde 1996 y se planifica su extensión a 14 más en 1998. Este piloto proporciona una buena base de prueba para las oportunidades y dificultades de la capitación prospectiva en el sistema de entrega de atención primaria de rápida reforma de Costa Rica.

Perú

Una de las direcciones fundamentales de las reformas de atención de salud en Perú, según las Directrices de Política de salud del MINSA para 1995-2000 era: "reestructurar el sector para hacerlo más eficaz y eficiente, permitir la extensión de la cobertura, aumentar la calidad de los servicios de atención de salud, promover la competencia entre los proveedores de atención, establecer múltiples redes de atención de salud y dirigir financiamiento hacia herramientas del lado de la demanda. Como resultado, hubo un esfuerzo constante por parte del Ministerio de Salud y los proyectos afiliados de asistencia técnica por crear sistemas integrales de atención de salud para cada área, denominados "redes de servicio de salud" o simplemente redes locales.

El Ministerio de Salud definía una red local de servicio de salud como una "alianza de entidades públicas y privadas que proporcionan atención de salud de diferentes niveles de complejidad y varios contenidos clínicos, asociadas a diversos niveles de costos operativos e integradas por una red de caminos y lazos comunitarios en forma funcional y administrativa que garantizan la prestación del paquete [designado] de servicios de salud prioritarios".

La red local se concibió como un mecanismo legal y administrativo para unir los objetivos clínicos, financieros y de salud pública de los proveedores participantes. Cada red local se considera como un sistema de atención de salud integrado verticalmente que incluiría puestos rurales de salud, centros de salud comunitarios y un hospital de apoyo local.

En nombre de los proveedores participantes, la administración de una red local suscribe un contrato de gestión con la administración de salud regional. Entre otras disposiciones, el contrato establece lo siguiente:

- ✓ lista de proveedores participantes;
- ✓ "población usuaria" total asignada a la red local, incluida la cantidad estimada de afiliados exentos de cargos al usuario;
- ✓ "población de usuarios" detallada por puesto de salud de atención primaria;

- ✓ lista detallada de servicios de atención de salud y unidad de medición de producción para cada servicio;
- ✓ volúmenes previstos de atención y costo unitario por servicio;
- ✓ lista de indicadores de calidad y sus valores previstos;
- ✓ presupuesto anual, incluidos los ingresos de terceras partes y cargos al usuario;
- ✓ capitación ajustada con respecto al riesgo como el método de pago básico;
- ✓ tarifas per cápita por cada provincia de la región.

Cuadro 3. Capitación ajustada según el riesgo en Perú

Las tarifas de capitación ajustadas según el riesgo se calculan diferenciando el promedio agregado regional de acuerdo con la variación por provincia de las tasas de pobreza y las proporciones de riesgo de salud por grupo de población. En el siguiente cuadro se muestra que las proporciones de financiamiento se calculan para cada provincia/grupo de población multiplicando una proporción de riesgo de salud de población por el factor de pobreza de la provincia: Por ejemplo, los niños y niñas de Piura serán financiados a $1,80 \times 0,93 = 1,67$ del promedio per capita a nivel provincial, es decir un 67% más allá de ese promedio.

Provincias de la subregión de Piura	Niños y niñas	Estudiantes	Mujeres en edad fértil	Hombres adultos	Ancianos	Factor de pobreza
<i>Factor de riesgo de Salud</i>	1,80	0,30	1,46	0,70	1,26	
Piura	1,67	0,28	1,35	0,65	1,17	0,93
Ayabaca	1,99	0,33	1,62	0,78	1,40	1,10
Huancabamba	2,00	0,33	1,62	0,78	1,40	1,11
Morropón	1,96	0,33	1,59	0,76	1,37	1,09
Sechura	1,78	0,30	1,44	0,69	1,24	0,99

Luego, las proporciones de financiamiento resultantes se multiplican por el tamaño de la población en el grupo respectivo y la tarifa regional per cápita.

Aplicaciones Iniciales de Reforma en Regiones y Subregiones de Salud. Acuerdo de gestión con la Dirección Regional de Salud Piura y la Red Morropón-Chulicanas, MINSA, 1998: 22

México

El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), sigue siendo el principal comprador de atención del sector nacional de la salud. Hasta hace poco, ha hecho importantes progresos hacia la descentralización del financiamiento y la entrega de servicios médicos. El resultado más notable de la descentralización se ha manifestado en la creación de las *Áreas Médicas de Administración Descentralizada*.

En 1998, el IMSS planificaba crear 139 de esas *Áreas Médicas*, un promedio de cuatro por estado, y las agrupó bajo siete *Directivas Regionales*. En general, cada área médica consistía en un hospital de atención secundaria y varias unidades de atención familiar. Las áreas médicas asumirán cada vez mayor control sobre la entrega de atención primaria y secundaria a la población de sus áreas de servicio. A medida que el número de áreas médicas aumentara, también lo harían su solidez clínica, administrativa y financiera. Se esperaba que las áreas médicas se convirtieran en sistemas integrales de prestación que se ocuparían de todas las necesidades de salud de la población que reuniera los requisitos y se financiarían con una tarifa per cápita ajustada según el riesgo. Según las informaciones, la capitación prospectiva había sido la principal herramienta de presupuestación anual del área médica desde 1998. En el mediano plazo, las áreas médicas asumirían la función de retener fondos.

Como administrador de fondos, un área médica asignaría en forma autónoma su presupuesto de capitación entre la prestación de atención primaria y secundaria interna para una población promedio de aproximadamente 260.000 miembros por una parte, y por otra, contrataría atención hospitalaria compleja especializada y terciaria en uno de los 41 hospitales especializados del IMSS.

En agosto de 2000, las primeras 15 áreas médicas experimentarán un fortalecimiento integral mediante la puesta en práctica de los siguientes sistemas y procesos: desarrollo organizacional; un modelo de administración financiera; un sistema integral de información; identificación de nivel de salud y necesidades del grupo de afiliados; un plan de acción integral que satisfaga las prioridades locales de salud; un programa de innovación en la salud comunitaria; un marco clínico y de contabilidad de costos para la introducción de GRD en un hospitalonal participante; evaluación de necesidades para las Unidades Familiares de Medicina que participen; y un análisis de la capacidad clínica y de recursos por nivel de atención, con el objeto de mejorar la integración vertical de los servicios y optimizar los patrones de remisiones ascendentes y descendentes. Se incluirían variables adicionales en la fórmula de capitación para registrar las diferencias en las necesidades de salud de las poblaciones atendidas por las áreas médicas.

En el mediano plazo, basado en la experiencia inicial de las áreas médicas, los servicios de salud también podrían ser contratados con organizaciones de atención controlada privadas (OAC) mediante la capitación prospectiva. Una OAC proporcionaría una gama de servicios especificados en el contrato con un empleador bajo el acuerdo de opción indirecta. El plan de prestación indirecta se consideraba entre los elementos de mayor alcance de la reforma de seguro médico de 1997 de México. Los beneficiarios del IMSS, a través de sus empleadores, tenían la opción de recibir una cuota per cápita que se podía ocupar fuera del sistema de atención del IMSS para obtener servicios de sistemas alternativos integrales de atención públicos y privados. Se proyectaba que la prestación indirecta impulsaría la expansión de la atención controlada privada, en ese momento en sus inicios en México. Las OAC podrían competir con el IMSS principalmente sobre la base de eficacia en función de los costos, calidad y ventaja para el usuario. Se esperaba que la capitación prospectiva estableciera los incentivos adecuados para que las OAC logran esa competencia, y lo que es importante, coordinaran los incentivos del proveedor entre las áreas médicas afiliadas al IMSS y las OAC privadas. Esta coordinación también permitiría asegurar la continuidad del acceso a servicios de calidad dentro y fuera del IMSS.

Resultados de las reformas de pagos a los proveedores

Esta sección proporciona una revisión de algunas tendencias prometedoras en el financiamiento de atención de salud y la entrega de servicios, principalmente, en los países industrializados y atribuibles a las prácticas de pago a los proveedores similares a la presupuestación global prospectiva. Los reformadores de América Latina pueden aprender de estos resultados positivos y de las inquietudes y las respuestas de los consumidores a la presupuestación prospectiva y las organizaciones de atención controlada que se resumen en la siguiente sección. Puesto que pueden prevenir fenómenos similares que ocurran en sus propios sectores de atención de salud con la secuencia de las reformas de pago a los proveedores, será útil para nuestros colegas de América Latina y el Caribe definir sus actitudes hacia los cambios descritos y decidir qué resultados y reacciones desearían facilitar, neutralizar y/o evitar.

Reducción de gasto en salud per cápita en atención presupuestada en forma prospectiva

El Rand Health Insurance Experiment (Experimento de Seguro Médico Rand) concluyó que los gastos en atención de salud por afiliado en una organización de mantenimiento de la salud (OMS) en Estados Unidos son un 28% más bajos que los de los planes de seguro sin coseguro que reembolsan a los proveedores de atención en forma de reembolso por atención prestada. El uso de hospitales también es de un 40% más bajo. [Feldman, 2000]

El equilibrio de poder se trasladó de los hospitales hacia los consultorios de medicina general

En el Reino Unido, los consultorios de medicina general administradores de fondos han tenido bastante éxito en modificar la forma en que los hospitales entregan servicios. Han persuadido a algunos médicos de hospital que atiendan a los pacientes en establecimientos de medicina general y han logrado menores plazos de entrega de resultados de laboratorio en hospitales al amenazar con recurrir a empresas privadas en su lugar. Sin embargo, en la mayoría de los casos, los administradores de fondos de medicina general están satisfechos con el status quo y no han cambiado sus patrones de referencia. Además, en muchos casos, su facultad de cambiar las consultas de hospital está limitada *de facto* porque la consolidación de los servicios en muchas partes del país les ha dejado una opción limitada de hospitales. [AC, 1995]





Reducción de capacidad de camas, contracción de los servicios de pacientes hospitalizados, diversificación de hospitales en actividades no relacionadas con pacientes hospitalizados

En *Estados Unidos*, durante el periodo de 1980-94, se entregó atención de hospitalización a menos personas por periodos más breves. Las admisiones se redujeron un 26% y casi se disminuyó en un día la estancia promedio en el hospital, llegando a 6,7 días. El resultado fue una reducción del 34% en los días per cápita de pacientes hospitalizados. El tratamiento a los pacientes hospitalizados en efecto ha disminuido en forma mucho más rápida que la capacidad de camas. Como resultado, los niveles de ocupación de camas demostraron un descenso gradual del 76% en 1980 al 60% en 1995. [PPAC, 1996]

En 1985-95, el porcentaje de hospitales comunitarios que ofrecía atención de salud domiciliaria aumentó del 30% a casi el 50%; para los servicios de enfermería calificada o atención a largo plazo, el número se elevó de aproximadamente 1 de cada 5 a 1 de cada 3 hospitales comunitarios. [Sochalski y otros., 1997] El porcentaje de hospitales que ofrecía servicios a pacientes ambulatorios aumentó del 54% a casi el 90% en 1985-95. El número de visitas de pacientes ambulatorios del hospital se incrementó un 81%, y el porcentaje del total de cirugías realizadas en establecimientos para pacientes ambulatorios se elevó del 23% al 55%. [AHA, 1995]

En *Canadá*, ha habido un descenso en la cantidad de días de pacientes hospitalizados y una diversificación hospitalaria hacia servicios ambulatorios y cirugías ambulatorias. La ocupación de camas de hospital que registraba un 78,5% en 1993 se ha mantenido relativamente constante desde 1980. [Reamy, 1995] Las admisiones han disminuido en un 25% en las décadas del ochenta y noventa, mientras que las estancias promedio se redujeron de 8,2 a 7,8 días. Canadá en cierta forma ha tenido más éxito que Estados Unidos en restringir el aumento del gasto mediante un control más estricto en el financiamiento fiscal de los hospitales. Los esfuerzos de regionalización emprendidos por diversas provincias desde 1990 dieron como resultado la disminución de las camas de hospital hasta en un 20% en varias provincias.

En los *Países Bajos*, la tasa de admisión hospitalaria per cápita disminuyó en forma considerable y la estancia promedio, aunque aún significativamente más alta que en Estados Unidos, y Canadá, se redujo alrededor de un 30%. El número de hospitales y camas disminuyó y produjo un efecto combinado de índice cama por población significativamente bajo. Los servicios a pacientes ambulatorios y de tratamiento diario se elevaron en forma considerable durante este mismo periodo, puesto que la nueva tecnología permitía que los servicios de pacientes hospitalizados se trasladaran de establecimiento.

En el *Reino Unido*, las reformas del Servicio Nacional de Salud produjeron mejoramientos en el desempeño hospitalario y un cambio en los establecimientos del servicio. [Maynard, Bloor, 1996] Sin embargo, las admisiones de casos grave en los hospitales han aumentado en los años noventa, abordando los periodos de espera cada vez más prolongados para los procedimientos que no son de emergencia y los casos de cirugía diaria han aumentado significativamente desde 1991. Al mismo tiempo, la estancia promedio disminuyó en forma considerable y desde 1990 también ha habido un aumento en el cambio a establecimientos de atención a casos que no son urgentes. Los niveles de ocupación se mantienen más altos en el Reino Unido que en Estados Unidos, como resultado de una mayor tasa de admisiones para hospitalizaciones y una reducción en las camas para hospitalizaciones.

En *Alemania*, la expansión de la capacidad de camas en los años sesenta y setenta y el principio de reembolso del costo total predominante en el sector hospitalario de casos graves durante los años setenta y ochenta originaron tasas de admisión hospitalaria mucho más altas y estancias considerablemente más prolongadas que en países comparables. Desde

los años noventa, las camas de hospital para casos graves per cápita y la estancia promedio han estado disminuyendo. La legislación de 1992 eliminó las restricciones sobre la prestación de servicios a pacientes ambulatorios en hospitales y éstos han comenzado lentamente a acercarse a la diversificación. La dirección actual del cambio claramente es hacia la reducción en la actividad en pacientes hospitalizados y trasladarla a la atención al sector de pacientes ambulatorios.

Crecimiento más lento del gasto hospitalario en servicios para pacientes hospitalizados

En Estados Unidos, las reducciones significativas en la actividad en pacientes hospitalizados y el cambio de los patrones en la prestación de servicios motivados en parte por las políticas de control de costos de los pagadores públicos y privados se vieron acompañadas de una disminución en la tasa de crecimiento en el gasto hospitalario total. Entre 1980 y 1994, el gasto nacional en salud aumentó en Estados Unidos en un 284%, mientras que los gastos hospitalarios aumentaron al 230%. Así, los gastos hospitalarios disminuyeron como porcentaje del gasto nacional en salud total de un 41,5% a un 35,7%. Gran parte de la reducción se produjo en hospitales comunitarios de corta estada.

Aumento de la intensidad de mezcla de casos en el consultorio hospitalario

En Estados Unidos entre 1985 y 1995, el índice de combinación de casos de Medicare, una medida comúnmente utilizada de complejidad de pacientes hospitalizados aumentó en un 27%. [PPAC, 1995] Este crecimiento en la complejidad de pacientes refleja: el traslado total de procedimientos quirúrgicos menos complicados (como cirugía de catarata) hacia cirugía ambulatoria, el traslado de pacientes con enfermedades menos agudas y los que están siendo sometidos a evaluaciones de diagnóstico, a establecimientos para pacientes ambulatorios y la reducción de días de atención menos intensiva (es decir días preoperatorios y de convalecencia) a cada una de las admisiones restantes. El nivel más alto de complejidad clínica de la combinación de casos de pacientes hospitalizados contribuyó al crecimiento real del gasto hospitalario por paciente en Estados Unidos en un 53% entre 1980 y 1993. [Reinhardt, 1996]

Crecimiento acelerado del gasto hospitalario en servicios para pacientes ambulatorios

Los servicios ambulatorios representaron un porcentaje del gasto hospitalario en Estados Unidos que aumentó en forma significativa: 24% en 1994, en comparación con el 10% de 1980. El gasto en atención ambulatoria en los hospitales representó el 8,7% del gasto nacional en salud en 1994, un aumento con respecto al 4,1% de 1980. [Sochalski y otros, 1997]

Reestructuración de la fuerza laboral hospitalaria

La mano de obra constituye más de la mitad de los costos operativos de un hospital en los países industrializados y entre dos tercios y tres cuartos en los países en desarrollo. En consecuencia, uno de los puntos clave para los programas actuales de reformas hospitalarias es la reorganización de la fuerza laboral de los hospitales para mejorar el control sobre los costos laborales. Se han estado aplicando tres estrategias para cumplir con esto: reducción en la cantidad total de empleados equivalentes a jornada completa, reducción de la





compensación promedio por empleado al reducir el nivel de calificación de la fuerza laboral; cambiar la combinación jornada completa/jornada parcial por jornada parcial para ahorrar en prestaciones suplementarias. Entre 1984 y 1994, el personal de enfermería, empleados de tiempo completo, en los hospitales de Estados Unidos disminuyó en un 7,3%, con lo que se ajustó a los cambios en la actividad en pacientes hospitalizados y ambulatorios y aumentó en la gravedad de los pacientes. Sin embargo, la fuerza laboral hospitalaria total aumentó en un 11,3%. Dentro de la categoría del personal de enfermería, se observó que los hospitales, al enfrentar restricciones explícitas de costos, reemplazaron a las enfermeras certificadas por otro personal asistente de enfermería en una forma no necesariamente consecuente con la intensidad creciente de la combinación de casos.

Inquietudes con respecto a las reformas de pago y al control de costos

Aunque las "cifras" anteriores son impresionantes en términos de "resultados finales", no todos los involucrados en la entrega de atención de salud ven las medidas de control de costos desde el mismo punto de vista. En un artículo de *Medical Care*, se describe el pago a los proveedores y los cambios organizacionales relacionados como "reestructuración y reducción frenéticas con datos inadecuados, sin mencionar la información significativa y su interpretación inteligente". Se carece fundamentalmente de información basada en la población y el enfoque omnipresente en el dinero, el resultado final, sin atención simultánea a los resultados logrados y al valor agregado podría amenazar en forma seria el futuro de cualquier otra empresa de salud pública o privada. [White, 1997]

También se ha manifestado preocupación por la reducción actual del personal de enfermería y porque su nivel colectivo de calificación se basa en la noción difundida, pero errónea, que los equipos de alta tecnología y las computadoras pueden reemplazar la observación personal, el juicio clínico y el cuidado. A veces, se han negociado las tarifas de reembolso a los médicos en un ambiente de conflicto político entre los especialistas, aseguradores médicos y el gobierno. Con frecuencia se ha descrito a los médicos especialistas como profesionales de la salud codiciosos y sus ingresos, como un desperdicio. Los intentos por controlar los ingresos de los médicos, con el objeto de conciliar los costos laborales directos con los presupuestos globales también originan una fuerte oposición al control de costos por parte de la élite clínica.

En los Países Bajos, hasta mediados de los noventa, los especialistas se opusieron con éxito a cualquier propuesta para integrar los ingresos de los especialistas al presupuesto del hospital. En 1994, la *Biesheuvel Commission* indicaba en su informe sobre la modernización de la atención curativa que la posición de los especialistas médicos necesitaba una reconsideración fundamental. Dicha Comisión rechazó el acuerdo de financiamiento de reembolso por atención prestada para la atención especializada y recomendó la integración de su ingreso al presupuesto del hospital para subrayar el nivel del hospital como una institución integral de entrega de atención de salud. Se iniciaron varios experimentos para equilibrar la compensación de los médicos con los principios de la presupuestación global. Según se informa, el comportamiento profesional de los médicos sufrió modificaciones polémicas. Sin embargo, el entendimiento entre los especialistas y la administración del hospital ha aumentado en forma gradual respecto a temas presupuestarios y relacionados. [Maarse y otros.: 1997]

También existen inquietudes con respecto a la falta de perspectiva epidemiológica y de un sustituto de atención de salud para el análisis de mercado en todos los sistemas de atención de salud contemporáneos excepto en los más sofisticados, como en algunas pocas Organizaciones de Mantenimiento de la Salud y quizás en sistemas como los de los Países Bajos que atienden poblaciones definidas por la afiliación y la jurisdicción geopolítica.

Los pacientes están preocupados acerca de la calidad y accesibilidad

El rediseño de la atención hacia las redes de atención controlada con presupuesto prospectivo ha originado temores acerca de disyuntivas inadecuadas entre costos y calidad de atención. Esto se ha observado en Estados Unidos en forma de reacciones negativas del





consumidor. Al público le disgustan las organizaciones de atención controlada y siente que éstas no los atenderán cuando se enfermen. [Blandón, 1998] La preocupación surge de los incentivos financieros tras la presupuestación no ajustable para limitar el gasto con el fin de evitar excederse del presupuesto.

El resumen de los resultados de más de 20 estudios realizados entre 1995 y 1997 sugiere que la mayoría de los estadounidenses asegurados está satisfecho con su plan de salud, ya sea que tengan atención controlada o seguro tradicional. Sin embargo, el 45% de los consultados cree que la atención controlada ha disminuido la calidad de la atención durante los últimos años, mientras que el 32% cree que la atención controlada ha mejorado la calidad. Una mayoría piensa que la tendencia a la atención controlada perjudicará la calidad de la atención de salud en el futuro. Los afiliados a la atención controlada también son más susceptibles a declarar dificultades al ver a médicos especialistas y consultores. [Kodelan, 1999]

La falta de opciones para el consumidor aleja a nuevos afiliados de la atención controlada

Una buena forma para investigar la popularidad de la atención controlada es seguir las tendencias recientes de afiliación en distintos tipos de organizaciones de atención controlada (OAC). En Estados Unidos, la afiliación a la Organización de Mantenimiento de la Salud (OMS) se ha duplicado desde 1991, pero la tasa de aumento ha disminuido durante los últimos 3 años. Además, gran parte del crecimiento de la atención controlada se produce en planes de punto de servicio (PPS) que permiten a los afiliados usar proveedores fuera de la red de OMS por un cargo adicional. La afiliación al PPS creció en un 34% en 1998, mientras que la afiliación en OMS estándar (conforme a la cual los miembros deben usar proveedores sólo de la red de OMS) aumentó sólo en un 4,1%. Entretanto, las organizaciones de proveedores de preferencia (OPP) que están organizados por aseguradores comerciales, pero son similares a los planes de PPS, aumentaron en un 10% en 1998. [Feldman, 2000] De estas tendencias queda claro que el crecimiento de la atención controlada se ha acercado a las OAC que dan a los afiliados más libertad de elección. Las OMS estándar, con restricciones sobre la opción fuera de la red, son menos convenientes que los planes de PPS y OPP.

Selección de estrategias conciliatorias

A continuación se encuentra la lista resumen de las estrategias de partes interesadas y comportamientos que se han establecido en este documento y que están apoyados por la experiencia en reformas del sector salud específicas de cada país.

Estrategias regulatorias

- ✓ Fomentar la división comprador/proveedor
- ✓ Promover la desregulación y reforma de la propiedad
- ✓ Desregularizar la entrega de atención de salud y recursos
- ✓ Fortalecer la información basada en la población
- ✓ Establecer mediciones clínicas de resultados
- ✓ Acreditar proveedores
- ✓ Control de calidad
- ✓ Regionalizar los sistemas de atención de salud.
- ✓ Cambiar los niveles y funciones de los hospitales
- ✓ Canalizar flujos de servicios, pacientes y recursos fuera del sector hospitalario
- ✓ Cambiar la estructura de mercado (concentración/desconcentración)
- ✓ Desregularizar la inversión fija

Estrategias de compra

- ✓ Controlar y manejar la utilización de atención.
- ✓ Cambiar los principios de pago y técnicas de fijación de precios
- ✓ Delegación de las funciones de administración de fondos a consultorios de medicina general
- ✓ Ajustar los métodos de remuneración laboral con respecto a la presupuestación global.
- ✓ Establecer la contratación competitiva
- ✓ Dirigir a los proveedores hacia el cambio organizacional gradual.
- ✓ Decretar cambios en la fuerza laboral
- ✓ Facilitar el cambio estructural en la entrega de atención

Estrategias de los proveedores

- ✓ Cambiar los patrones de referencia y utilización
- ✓ Un cambio de paradigma: un mejor cuidado del clínico en lugar de la reducción directa de costos





- ✓ Mejorar la información e investigación de la disyuntiva costo-calidad
- ✓ Establecer puntos de referencia de los 'proveedores atractivos'
- ✓ Exigir la protección de estándares clave de atención
- ✓ Restablecer la función de los recursos de enfermería
- ✓ Restablecer la seguridad de empleo y la autoestima profesional
- ✓ Cambiar hacia una cultura de gestión multidisciplinaria
- ✓ Crear alianzas estratégicas
- ✓ Aprovechar el flujo de ingresos
- ✓ Ajuste organizacional a nivel de proveedor

Para obtener el apoyo del consumidor

- ✓ Participación de la comunidad
- ✓ Libertad de elección por parte del consumidor
- ✓ Comercialización orientada al consumidor

Resumen

Para progresar en las reformas de pago a los proveedores hacia la presupuestación prospectiva, un gobierno nacional podría necesitar considerar la conformación de un comité asesor que represente los intereses de los reguladores de la salud, compradores, proveedores y pacientes. Cada estrategia de la lista antes indicada necesita ser revisada, y si se considera pertinente, ser incluida en el programa nacional de reformas. Como paso siguiente, se deben evaluar los intereses de las partes interesadas clave para cada estrategia en un continuo desde 'partidario, neutral hasta opositor'. Los resultados de esa evaluación se deben disponer en calificaciones por punto y agregarse por sección del programa de reformas. Las calificaciones diferirán por país y dependerán de múltiples factores, como los valores socioculturales locales y el entorno político; si las reformas se diseñaron en forma participativa o se impusieron como un mandato burocrático, y la forma en que la propuesta de reforma se preparó y presentó a sus participantes. La posición de una institución participe en particular sobre una estrategia de reforma específica podría ser bastante inesperada y variar según el país e incluso según la región dentro del mismo país de un fuerte apoyo a una resistencia enérgica.

Una reforma sólo tendrá resultado si existe una masa crítica de apoyo y partidarios. El análisis de las partes interesadas ayudará a identificar sus intereses clave y también los intereses institucionales. Además, se identificará el nivel de poder y liderazgo de los que apoyan o se oponen a una estrategia en particular. Las autoridades responsables más informadas, que usen esta información, podrán elaborar estrategias para llevar a sus partidarios a la acción y neutralizar o disminuir la oposición. Las estrategias conciliatorias podrían incluir: eliminar un punto especialmente odioso del programa de reformas, compensarlo con concesiones en otros puntos del programa; atenuar una controversia reduciendo la intensidad del cambio (reduciendo los objetivos y optando por una incorporación gradual); crear alianzas y tratar con los segmentos de la oposición por separado, más que como un frente unido; y buscar apoyo externo recurriendo al público, gobierno, grupos legislativos o de interés. Una combinación de estas y otras estrategias adecuadas debería derivarse de la naturaleza de cada punto de contención. El análisis de las partes interesadas también ayudará a los equipos técnicos de reforma de la salud a evaluar la factibilidad de sus reformas propuestas y saber dónde deberán realizar los ajustes adecuados.

La voluntad política y la consecuencia por parte del gobierno siguen siendo los factores clave para que las reformas tengan éxito. Los esfuerzos activos de promoción también son esenciales al igual que la capacidad de negociar y resolver los inevitables conflictos que forman parte del proceso inherentemente político de la reforma del sector salud.





Referencias bibliográficas

- [AC 1995] *Audit Commission. The doctor's tale*. L: HM Stationary Office 1995.
- [AHA 1995] American Hospital Association. *Hospitalstat: Emerging Trends in Hospitals 1995-96 ed.* Chicago IL: AHA 1995.
- [Beecher 1955] Beecher HK. "The Powerful placebo." *JAMA* 1955; 159:1602.
- [Blandón 1998] Blandón R. y otros "Understanding the Managed Care Backlash". *Health Affairs* 18(4) 1996:81-87.
- [Feldman 2000] Feldman R. "The Ability of Managed Care to Control Health Care Costs: How Much is Enough." *J Health Care Financ* 1000;26(3):15-25.
- [Glazer 1987] Glazer W.A. *Paying the Hospital: The Organization Dynamics and Effects of Differing Financial Arrangements*. Jossey-Bass San Francisco 1987 pp. 162-164.
- [Harrison, 1997] Harrison A. "Hospitals in England. Impact of the 1990 National Health Service Reforms." *Medical Care* Vol.35(10) 1997: OS50-OS61.
- [HMSO 1979] *Royal College of General Practitioners. Morbidity statistics from general practice 1971-72: Second national study*. L: HM Stationary Office 1979.
- [Kodelan 1999] Kodelan K. y otros. "The Cost of Health System Change: Public Discontent in Five Nations." *Health Affairs* 18(3) 1999:206-216.
- [Maarse y otros 1997] Maarse H. Mur-Veeman I. Spreeuwenberg C. "The Reform of Hospital Care in the Netherlands." *Medical Care* 35(10):OS26-OS39.
- [Maynard 1996] Maynard A. Bloor K. "Introducing a market to the United Kingdom's National Health Service." *N Engl J Med* 1996;334:604.
- [PPAC 1995] *Prospective Payment Assessment Commission. Report and Recommendations to the Congress* marzo 1995. Washington, DC: PPAC 1995.
- [PPAC 1996] *Prospective Payment Assessment Commission. Medicare and the American Health Care System. Report to the Congress*. June 1996. Washington, DC: PPAC 1996.
- [Reamy 1995] Reamy J. "Health service regionalization in New Brunswick Canada: A bold move." *Int J Health Serv* 1995;25(2):271.
- [Reinhardt 1996] "Perspective: Our obsessive quest to gut the hospital." *Health Aff* 1996; 15(2):145.
- [Sochalski y otros. 1997] Sochalski J. Aiken L. Fagin C. "Hospital Restructuring in the United States Canada and Western Europe. An Outcomes Research Agenda." *Medical Care*. Vol.35 10:OS13-OS25 Supplement.
- [Veatch 1994] Veatch R.M. "Healthcare Rationing through Global Budgeting: The Ethical Choices." *The Journal of Clinical Ethics*. Vol.5(4):291-296.
- [White 1997] White K. "Hospital Restructuring in North America and Europe." *Medical Care*. Vol.35 10: OS7-OS12 Supplement.

- Aplicaciones Iniciales de Reforma en Regiones y Subregiones de Salud. Acuerdo de gestión con la Dirección Regional de Salud Piura y la Red Morropón-Chulicanas*, MINSA, 1998: 22.
- Argentina: Provincial Health Sector Development Project. Staff report*. Washington, D.C.: World Bank, 1995.
- Bitrán R. y Espinosa C., Bitrán y Asociados, *Comunicaciones personales*, agosto de 1999.
- Bitrán R. y otros *Equidad en el Financiamiento del Seguro Público de Salud. Informe final. VOLUMEN 3 Anexos*. Santiago de Chile: Bitrán y Asociados, 1996.
- Bitrán R. *Public Hospitals in Chile: Prospects for Autonomy*. Elaborado para el Banco Mundial, junio 1996.
- Busse R. Schwartz F. "Financing Reforms in the German Hospital Sector: From Full Cost Cover Principle to Prospective Case Fees." *Medical Care* Vol.35 (10) 1997:OS40-OS49.
- Discusiones en la Oficina Central del IMSS en Ciudad de México y el Hospital Zonal General N°1 en Baja California Sur*, mayo 1999.
- Discusiones en la Oficina central del IMSS en Ciudad de México y la Administración Regional del IMSS de Veracruz Norte en Poza Rica*, mayo 1999.
- Documento de evaluación de proyectos. Banco Mundial, Informe N° 17349-ME*, mayo de 1998.
- El desafío del cambio de milenio: Un sector salud con equidad, eficiencia y calidad. Lineamientos de política de salud, 1995-2000*. MINSA, Lima: Julio 1996, p.38.
- Giacometti Rojas, L.F. "La Reforma del Sector de la Salud en Colombia. Febrero 1999." *Reforma de hospitales públicos: análisis del caso colombiano. Gira de estudios. Iniciativa ALC*, abril de 1999.
- Hacia un Nuevo Sistema de Asignación de Recursos. Proyecto Modernización CCSS*. San José, marzo de 1997.
- Hospital Británico de Buenos Aires: el Futuro*. Dirección de Internet: www.hospbritanico.com.ar/ef%20futuro.htm.
- Jaramillo Pérez I., "La Ley 100/93 y los Hospitales en Colombia: Coyuntura en 1998." *Reforma de hospitales públicos: análisis del caso colombiano. Gira de estudios. Iniciativa ALC*, abril de 1999.
- Khandker 1992, Khandker R. Manning W. "The Impact of Utilization Review on Costs and Utilization" *Health Economics Worldwide* ed. P. Zweifel and H. Frech III. Kluwer Academic Publishers NL. 1992.
- Medici, A.C., Londoño J.L., Coelho O., Saxenian H., "Managed Care and Managed Competition in Latin America." *Innovations In Health Care Financing. Results of a World Bank Conference*, March 10-11, 1997.
- Nuevo Modelo de Medicina de Familia. Situación Actual y Perspectivas*. Reunión nacional. Dirección de Prestaciones Médicas. Ciudad de México: abril 1999.
- Redes locales de salud*. Documento técnico. MoH, Lima: 1998, mimeografía.
- "Report of the National Confidential Enquiry into Peri-operative Deaths" 1992/93. L: 1995.
- Report on Colombia Health Reform and Proposed Master Implementation Plan*. School of Public Health, Harvard University, 1996.
- Seminario Internacional "Modernización de la Seguridad Social en Salud"* El compendio de las nuevas leyes. MINSA, Lima: 10-12 de noviembre, 1997.
- Strategic and Programming Orientations, 1999-2002*. Organización Panamericana de la Salud, OPS. Washington, D.C.: OPS, 1999.





Telyukov A. *Design Report 1: Clinical Data Requirements for Hospital Payment Reforms in Peru*. Documento de trabajo de PHR, Abt Associates, Inc.: Bethesda, MD, junio de 1999.

Telyukov A. *Report on the Regional and Hospital Survey in Seven Geographic Areas of Peru*. Documento de trabajo de PHR, Abt Associates, Inc.: Bethesda, MD, marzo de 1999.

Terris 1991. "Global Budgeting and the Control of Hospital Costs." *Journal of Public Health Policy* Spring 1991:61-71.

Valverde C.C., Sáenz L.B. *La Reforma del Sistema Nacional de Salud: Estrategias, avances, perspectivas*, San José. C.R.: MIDEPLAN, 1998.

Publicaciones de la Iniciativa Regional de Reforma del Sector Salud en América Latina y el Caribe

- 1- Metodología para el Monitoreo y la Evaluación de los Procesos de Reforma Sectorial en América Latina y el Caribe. (Español e Inglés)
- 2- Línea Basal para el Monitoreo y la Evaluación de las Reformas Sectoriales en América Latina y el Caribe. (Español e Inglés)
- 3- Análisis del Sector Salud en Paraguay (*Versión Preliminar*). (Español solamente)
- 4- Centro de Información y Análisis sobre Reforma del Sector de la Salud. (Español e Inglés)
- 5- Informe de Relatoría – Foro Regional sobre Mecanismos de Pago a Proveedores (Lima, Perú, 16-17 de Noviembre de 1998). (Español e Inglés)
- 6- Indicadores de Medición del Desempeño del Sistema de Salud. (Español solamente)
- 7- Mecanismos de Pago a Prestadores en el Sistema de Salud: Incentivos, Resultados e Impacto Organizacional en Países en Desarrollo. (Español solamente)
- 8- Cuentas Nacionales de Salud: Bolivia. (Español solamente)
- 9- Cuentas Nacionales de Salud: Ecuador. (Español solamente)
- 10- Cuentas Nacionales de Salud: Guatemala. (Español solamente)
- 11- Cuentas Nacionales de Salud: México. (Español solamente)
- 12- Cuentas Nacionales de Salud: Perú. (Español solamente)
- 13- Cuentas Nacionales de Salud: República Dominicana (*Versión Preliminar*). (Español solamente)
- 14- Cuentas Nacionales de Salud: Nicaragua. (Español solamente)
- 15- Cuentas Nacionales de Salud: El Salvador (*Versión Preliminar*). (Español solamente)
- 16- Health Care Financing in Eight Latin American and Caribbean Nations: The First Regional National Health Accounts Network. (Inglés solamente)
- 17- Decentralization of Health Systems: Decision Space, Innovation, and Performance. (Inglés solamente)
- 18- Comparative Analysis of Policy Processes: Enhancing the Political Feasibility of Health Reform. (Inglés solamente)
- 19- Lineamientos para la Realización de Análisis Estratégicos de los Actores de la Reforma Sectorial en Salud. (Español solamente)
- 20- Strengthening NGO Capacity to Support Health Sector Reform: Sharing Tools and Methodologies. (Inglés solamente)
- 21- Foro Subregional Andino sobre Reforma Sectorial en Salud. Informe de Relatoría. (Santa Cruz, Bolivia, 5 a 6 de Julio de 1999). (Español solamente)
- 22- State of the Practice: Public-NGO Partnerships in Response to Decentralization. (Inglés solamente)
- 23- State of the Practice: Public-NGO Partnerships for Quality Assurance. (Inglés solamente)
- 24- Using National Health Accounts to Make Health Sector Policy: Findings of a Latin America/Caribbean Regional Workshop. (Inglés solamente)
- 25- Asociaciones entre el Sector Público y las Organizaciones No Gubernamentales: La Contratación de los Servicios de Salud Primaria. Un Documento de Análisis de Experiencias. (Español e Inglés)
- 26- Asociaciones entre el Sector Público y las Organizaciones No Gubernamentales: La Función de las ONG en la Reforma del Sector Salud. (Español e Inglés)
- 27- Análisis del Plan Maestro de Inversiones en Salud (PMIS) de Nicaragua. (Español solamente)
- 28- Plan de Inversiones del Ministerio de Salud 2000-2002. (*En preparación*)
- 29- La Descentralización de los Sistemas de Salud en Latinoamérica: Un Análisis Comparativo de Chile, Colombia, y Bolivia. (Español e Inglés)
- 30- Orientaciones para Promover la Descentralización de los Sistemas de Salud en Latinoamérica. (Español e Inglés)
- 31- Methodological Guidelines for Applied Research on Decentralization of Health Systems in Latin America. (Inglés solamente)
- 32- Applied Research on Decentralization of Health Care Systems in Latin America: Colombia Case Study. (Inglés solamente)

- 33- Applied Research on Decentralization of Health Care Systems in Latin America: Chile Case Study. (Inglés solamente)
- 34- Applied Research on Decentralization of Health Care Systems in Latin America: Bolivia Case Study. (Inglés solamente)
- 35- La Descentralización de los Servicios de Salud en Bolivia. (Español solamente)
- 36- Mejorando la Factibilidad Política de la Reforma en Salud: Un Análisis Comparativo de Chile, Colombia y México. (Español e Inglés)
- 37- Orientaciones para el Mejoramiento de la Factibilidad Política de la Reforma en Salud en Latinoamérica. (Español e Inglés)
- 38- Methodological Guidelines for Enhancing the Political Feasibility of Health Reform in Latin America. (Inglés solamente)
- 39- Enhancing the Political Feasibility of Health Reform: The Colombia Case. (Inglés solamente)
- 40- Enhancing the Political Feasibility of Health Reform: The Chile Case. (Inglés solamente)
- 41- Enhancing the Political Feasibility of Health Reform: The Mexico Case. (Inglés solamente)
- 42- Financiamiento del Seguro Social de la Salud: Una Herramienta para la Evaluación del Seguro Social para Decisiones Referentes a las Políticas. (Español e Inglés)
- 43- Administración de Recursos Humanos: Fortaleciendo Capacidades para Mejorar el Desempeño de la Reforma del Sector Salud y las Organizaciones de Salud. (Español e Inglés)
- 44- Reembolsos Basados en el Desempeño para Mejorar el Impacto: La Evidencia de Haití. (Español e Inglés)
- 45- Focalización en Salud: Conceptos y Análisis de Experiencias. (Español e Inglés)
- 46- Modernización de la Gestión Hospitalaria Colombiana. Lecciones Aprendidas de la Transformación de los Hospitales en Empresas Sociales del Estado. (Español e Inglés)
- 47- Conjunto de Herramientas para el Manejo del Proceso Político: Un Desafío Crítico para la Reforma del Sector Salud. (Español e Inglés)
- 48- El Uso de la Investigación en las Reformas del Sector de la Salud en América Latina y El Caribe. Informe sobre el Foro Regional. Salvador, Bahía, del 3 al 5 de mayo de 2000. (Español e Inglés)
- 49- Comparative Analysis of Social Insurance in Latin America and the Caribbean. (Inglés, para versión en español referirse a la Edición Especial No.3)
- 50- Provider Payment Alternatives for Latin America: Concepts and Stakeholder Strategies. (Inglés, para versión en español referirse a la Edición Especial No.4)
- 51- Guide to Prospective Capitation with Illustrations from Latin America. (Inglés, para versión en español referirse a la Edición Especial No.5)
- 52- Prospective Case-Based Payment for Hospitals: A Guide with Illustrations from Latin America. (Inglés, para versión en español referirse a la Edición Especial No.6)
- 53- Conjunto de Herramientas para el Manejo del Proceso Político: Guía del Capacitador. (Español e Inglés)

Ediciones Especiales

- 1- Cuentas Nacionales de Salud: Resúmenes de Ocho Estudios Nacionales en América Latina y el Caribe. (Español solamente)
- 2- Guía Básica de Política: Toma de Decisiones para la Equidad en la Reforma del Sector Salud. (Español solamente)
- 3- Dimensiones Horizontal y Vertical en el Aseguramiento Social en Salud de América Latina y El Caribe. (Español, para versión en inglés referirse a la edición regular No.49)
- 4- Alternativas de Pago a los Proveedores para América Latina: Conceptos y Estrategias de las Partes Interesadas (Español, para versión en inglés referirse a la edición regular No.50)
- 5- Guía para la Capitación Prospectiva con ejemplos de América Latina. (Español, para versión en inglés referirse a la edición regular No.51)
- 6- El Pago Prospectivo por Caso Hospitalario en América Latina: Una Guía Metodológica. (Español, para versión en inglés referirse a la edición regular No.52)

Para obtener o ver una copia electrónica de las publicaciones por favor entre a la Página Electrónica de la Iniciativa: <http://www.americas.health-sector-reform.org> y seleccione "Inventario de Productos de la Iniciativa LACRSS"

