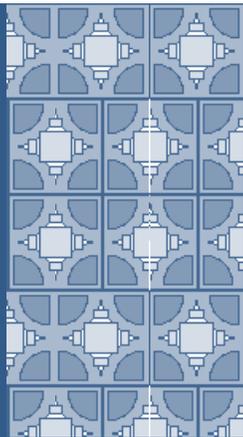


6
Ediciones
Especiales



El pago prospectivo por caso hospitalario en América Latina: Una guía metodológica

Alexander Telyukov, Ph.D.
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 al autor y no reflejan necesariamente la opinión de USAID.

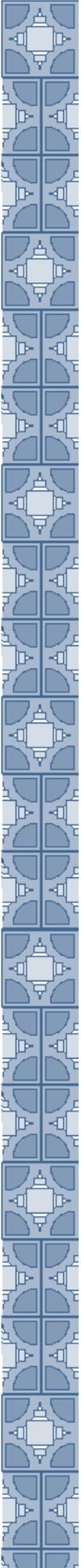
Índice

Siglas	iii
Agradecimientos	iv
Introducción y conceptos básicos	1
Conceptos y definiciones clave	3
Definición y administración de grupos de mezcla de casos	5
Principios de la definición de grupos	5
Criterios de agrupación	6
Tarifas y pagos en el reembolso por caso	9
Pago estándar	9
Pago atípico	10
La función del reembolso por caso en el financiamiento hospitalario	11
Reembolso por atención prestada	12
Presupuestación global	12
Estrategia de incorporación gradual	14
Casos por país	16
Revisión regional	16
Chile	18
Costa Rica	18
Perú	21
México	22
Colombia	24
Conclusión: Repercusiones en las políticas y la gestión	26
Bibliografía	28
Recuadros	
Recuadro 1. Tres esferas de la reforma hospitalaria	17
Recuadro 2. Grupos relacionados por diagnóstico en Chile y tarifas por nivel de hospital, 1996 en pesos chilenos	19
Recuadro 3. Coeficientes de equivalencia para fijación de precios de productos hospitalarios propuestos en Costa Rica	20

Siglas

<i>CBR</i>	Reembolso por caso (lo mismo que pago por caso) - <i>Case-based reimbursement</i>
<i>CCSS</i>	Caja Costarricense de Seguro Social
<i>CDM</i>	Categoría de diagnóstico mayor
<i>CMG</i>	Grupos de mezcla de casos - <i>Casemix groups</i>
<i>CMI</i>	Índice de mezcla de casos - <i>Casemix index</i>
<i>CPAC</i>	Costo por caso promedio - <i>Cost per average case</i>
<i>CW</i>	Ponderación de costos - <i>Cost weight</i>
<i>EPS</i>	Entidades Prestadoras (Promotoras) de Salud, Perú. (Colombia)
<i>EVR</i>	Escala de valores relativos
<i>FONASA</i>	Fondo Nacional de Salud (Chile)
<i>GRD</i>	Grupos Relacionados por Diagnóstico - <i>Diagnosis related groups</i>
<i>GRS</i>	Grupo de recursos de salud - <i>Health resource groups</i>
<i>HCFA</i>	Administración de Financiamiento de Atención de Salud - <i>Health Care Financing Administration (U.S.)</i>
<i>IMSS</i>	Instituto Mexicano del Seguro Social
<i>MCO</i>	Organizaciones de atención controlada - <i>Managed care organizations</i>
<i>MINSA</i>	Ministerio de Salud
<i>PAD</i>	Pago Asociado a Diagnóstico (Chile)
<i>PPC</i>	Pago por prestaciones complejas (Chile)
<i>PPP</i>	Pago prospectivo de prestaciones (Chile)
<i>PR</i>	Tarifa de pago - <i>Payment rate</i>
<i>UPH</i>	Unidades de Pago Hospitalario (Costa Rica)





Agradecimientos

Esta Guía de Pago Prospectivo por Caso a Hospitales 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 Kathleen Novak y Christopher Bross por sus útiles sugerencias y perspicaz edición, que permitieron la publicación de estos documentos.

Introducción y conceptos básicos

Para los encargados de formular políticas, reguladores y proveedores de atención de salud que están considerando opciones alternativas de pago para los hospitales de sus países, esta guía proporciona información sobre una opción habitualmente denominada reembolso por caso o reembolso por paciente dado de alta.

El reembolso por caso es un sistema de pago a hospitales en el cual se reembolsa a un hospital por cada paciente hospitalizado dado de alta, con tarifas establecidas en forma prospectiva para grupos de casos con perfiles clínicos y necesidades de recursos similares. Las tarifas de reembolso por caso reflejan los costos históricos de cada hospital y de toda la red de hospitales. Sin embargo, a diferencia de la presupuestación histórica, este mecanismo crea incentivos para que los hospitales reduzcan los costos por caso.

El conocimiento básico del reembolso por caso que se proporciona en esta guía permite que los dirigentes de políticas de salud decidan si desean este método y, si es así, cómo implementarlo.

La transición a un sistema de reembolso basado en costos es el principal avance de las reformas financieras hospitalarias durante los últimos 20 años. Este mecanismo de pago atrae la atención de los reformadores que desean que sus respectivos sectores hospitalarios nacionales sean más productivos, más sensibles a las expectativas de los consumidores y adaptables a los cambios en la demanda de servicios.

El público destinatario de esta guía se puede dividir en dos grupos de administradores de la salud interesados en la reforma. El primer grupo se compone de los que buscan opciones conceptuales y de políticas que definirían futuros programas de reforma en sus países. El segundo grupo está representado por los que ya han avanzado hacia la introducción del reembolso por caso y actualmente buscan un conocimiento más detallado sobre las herramientas implícitas de financiamiento y gestión que permitan un mayor progreso y/o acciones correctivas.

Se abordan tres asuntos importantes para la reforma del financiamiento hospitalario.

Comprensión técnica del reembolso por caso. El personal directivo necesita disipar temores, incertidumbres y concepciones erróneas que resultan de la falta de información. En esta guía se proporciona información sobre la forma de diseñar las escalas tarifarias, la información clínica y de costos que es indispensable para la elaboración de tasas de casos, la forma de determinar los pagos específicos de hospitales basándose en los costos del establecimiento y las escalas tarifarias de los reembolsos a nivel regional o nacional.

Perspectiva operacional del reembolso por caso. La guía recalca que el reembolso por caso se debe aplicar en combinación con otros mecanismos de pago, como la presupuestación global, para controlar la intensidad de los efectos potencialmente problemáticos que podrían originarse de la competencia entre proveedores, el cambio estructural o

Los objetivos de esta guía son:

- 1) Disipar los temores e incertidumbres habituales relacionados con el reembolso por caso, con una visión clara de su funcionamiento técnico
- 2) Explicar cómo interactúa el reembolso por caso con otras herramientas de pago y presupuestación en el mundo real del financiamiento hospitalario
- 3) Resumir la estrategia de incorporación gradual para la implementación del reembolso por caso



una excesiva utilización de la atención. A menos que se regulen y manejen en forma adecuada, cualquiera de los fenómenos antes mencionados podría provocar el incremento tanto del costo como del conflicto político y podría comprometer las reformas.

Estrategias de transición requeridas. En esta guía se presentarán sugerencias sobre la forma en que se podría incorporar gradualmente el reembolso por caso, elemento por elemento, de modo de avanzar en las reform.

Conceptos y definiciones clave

El diseño de reembolso por caso aborda tres preguntas básicas:

1. ¿Cómo definir el producto de la actividad del hospital?
2. ¿Cómo fijar el precio de ese producto?
3. ¿Cómo relacionar el pago con el precio y el volumen clínico?

Las respuestas a estas preguntas involucran las siguientes definiciones y conceptos básicos:

Egreso. Se considera en forma generalizada como el mejor valor sustitutivo del resultado de un hospital en el segmento de pacientes hospitalizados de las operaciones del hospital. Para propósitos de reembolso por caso, un paciente debe cumplir con dos criterios para ser considerado un paciente egresado:

- (1) Ser admitido a un hospital, con lo que se convierte en paciente hospitalizado;
- (2) Ser dado de alta de un hospital, esto es, ser autorizado para regresar a casa, ser transferido a otro establecimiento hospitalario que califique para el reembolso por caso, abandonar el hospital aún en contra de recomendaciones médicas o morir en el hospital.

Un *Hospital Participante* es un establecimiento clasificado en uno de los tipos de hospital en que se aplica el reembolso por caso. El mecanismo de pago generalmente cubre hospitales de medicina general y especializados de corta estancia y abarca principalmente los hospitales de cuidados intensivos. Las instituciones psiquiátricas y otras de atención a largo plazo estarían excluidas de participar.

Paciente hospitalizado versus paciente ambulatorio. Los hospitales modernos tratan a los pacientes como pacientes ambulatorios, pacientes diurnos (hospitalizados de día) y pacientes hospitalizados. Los pacientes ambulatorios se atienden y tratan principalmente en el departamento de pacientes ambulatorios del hospital. Los pacientes diurnos se podrían tratar en todos los servicios del hospital y presentan afecciones médicas que requieren un diagnóstico o procedimiento quirúrgico suficiente invasivo como para mantener al paciente en una cama para atención diurna o general por un período limitado, por lo general menos de 24 horas. Los pacientes hospitalizados son admitidos a una unidad de tratamiento intensivo o departamento clínico por más de un día y se registran como tales a través de un censo de ocupación diaria que en muchos hospitales se realiza a medianoche.

Mezcla de casos de hospital. Los pacientes dados de alta del hospital se distinguen entre sí en tres aspectos importantes: estados patológicos en el momento de su admisión, tratamiento médico y costo del tratamiento. Una mezcla de casos es una población de casos de pacientes internados en un hospital que refleja la diversidad de la complejidad clínica y las necesidades de recursos de la consulta médica del hospital.

Grupos de mezcla de casos (CMG). Se usan para clasificar a los pacientes de hospital. Los grupos se forman por casos con características clínicas y necesidades de recursos similares. La similitud clínica de los casos se determina principalmente sobre la base de criterios de agrupación como diagnósticos primarios y secundarios, procedimientos quirúrgicos, edad de



los pacientes y condición de egreso. En algunos sistemas de agrupación de mezclas de casos, los grupos se denominan grupos relacionados por diagnóstico (GRD), porque los diagnósticos principal y secundario desempeñan un papel prominente en el proceso de agrupación. En el Reino Unido se eligió el término de grupos de recursos de salud (GRS) para destacar la homogeneidad de costos de los grupos de mezcla de casos.

EVR para todos los hospitales:

	Costo por caso	Ponderación de costo
Grupo ₁	US\$135	1,35
Grupo ₂	US\$ 90	0,90
Grupo ₃	US\$ 75	0,75
Promedio	US\$100	1,00

Escala de Valores Relativos de Mezcla de Casos (EVR). Representa un conjunto de ponderaciones de costo por grupo de mezcla de casos. Las ponderaciones de costos son costos promedio de cada grupo de mezcla de casos en relación al costo promedio por caso de la mezcla completa de casos. Por lo tanto, las ponderaciones de costos son las proporciones que miden el uso relativo de recursos de los grupos de mezcla de casos. Las ponderaciones de costos habitualmente se calculan basándose en el promedio ponderado de los costos de todos los hospitales que participan en el reembolso por caso.

CMI para el hospital A:

	Casos	Ponder.
Gr ₁	81,0 = 60 x	1,35
Gr ₂	72,0 = 80 x	0,90
Gr ₃	90,0 = 120 x	0,75
CMI	243 / 260 =	0,93

Índice de Mezcla de Casos (CMI). Ponderación de costo promedio de una mezcla de casos específica de un hospital. Se calcula como el promedio de las ponderaciones de costos de todos los grupos de mezcla de casos representados en el flujo de pacientes del hospital, ponderado por el número de casos declarado en cada grupo.

Tarifas de pago para el hospital A

CMI del hospital = 0,93
 Tarifa base de la red = \$120
 Tarifa base específica del hospital:
 $\$120 / 0,93 = \129

	Tarifa base	Pond. de costo	Pago
Gr ₁	\$129 x	1,35 =	\$174
Gr ₂	\$129 x	0,90 =	\$116
Gr ₃	\$129 x	0,75 =	\$ 97

Tarifas de pago de mezcla de casos. Son precios a los cuales se reembolsa a cada hospital específico por el tratamiento de un paciente de un grupo de mezcla de casos determinado. Una tarifa se determina multiplicando la ponderación de costos de la mezcla de casos (definida de modo uniforme para toda la red de hospitales) por la tarifa base específica del hospital. En las primeras etapas de puesta en práctica, la tarifa base del hospital se determina usando sólo el costo promedio por caso del hospital. Sin embargo, para promover la eficiencia, la tarifa base del hospital se puede calcular combinando los costos promedio específicos del hospital con los costos promedio a nivel de la red. En la sección *Tarifas y Pagos* de esta guía, aparece información más específica sobre la combinación de tarifas de pago.

Pagos atípicos. Complementan el reembolso de los hospitales por casos con estancias anormalmente prolongadas. Sin embargo, los pagos atípicos también podrían ser menores que una tarifa de grupo de mezcla de casos estándar si la estancia es significativamente menor que el promedio histórico de un grupo de mezcla de casos.

Definición y administración de grupos de mezcla de casos

En el reembolso por caso, la fijación de tarifas requiere el uso de grupos de mezcla de casos. La metodología de la agrupación de mezclas de casos es un componente importante del diseño de reembolso por caso y de la adaptación a marcos de país específicos.

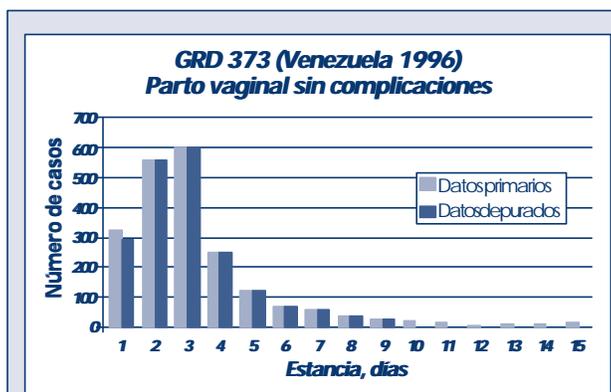
Principios de la definición de grupos

El supuesto fundamental detrás de la agrupación de mezclas de casos es que el perfil demográfico, de diagnóstico y de tratamiento de un caso de hospital determina sus necesidades de recursos. Una metodología viable de agrupación de mezclas de casos debería cumplir con los siguientes principios.

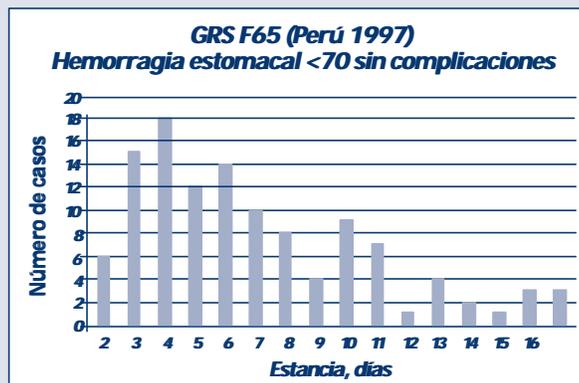
Cobertura integral de los casos hospitalarios
Cada paciente hospitalizado admitido en un hospital participante debe ser asignado a un grupo. Los casos atípicos y los grupos de volumen reducido se pueden integrar a bandas de mezclas de casos más amplias.

Dependencia de la información existente en el hospital. En la medida de lo posible, la información requerida a nivel de casos debe limitarse a los datos ingresados en forma rutinaria en los expedientes clínicos, resúmenes de egresos y otras formas de información establecidas. Quizás como excepción, para los diagnósticos secundarios y procedimientos quirúrgicos, la mayor parte de los datos sobre los pacientes utilizados en la agrupación de casos está disponible en los informes hospitalarios de cualquier país. La necesidad de información adicional se debe mantener al mínimo.

Viabilidad administrativa y estadística El número de grupos debería ser suficiente como para asegurarse su homogeneidad clínica. Al mismo tiempo, una fragmentación inadecuada de la mezcla de casos afecta la calidad estadística de las agrupaciones. El número total de grupos de mezcla de casos podría ser más de cien, pero no más de mil.



GRD 373 tiene una distribución cercana a la normal por estancia. Estos casos se asignan correctamente al mismo grupo de mezcla de casos.



GRS F65 tiene una distribución de casos multimodal y más dinámica por estancia, lo que sugiere la presencia de 2 grupos de mezcla de casos: uno médico y uno quirúrgico. Es probable que F65 se haya especificado en forma incorrecta debido al incumplimiento del hospital en dar cuenta de los procedimientos quirúrgicos.



Coherencia clínica. Cada grupo de mezcla de casos debería incluir casos con similares características clínicas. Por ejemplo, los casos clasificados en el mismo grupo se deberían relacionar con un sistema de órganos y/o etiología común y en lo posible se deberían tratar dentro de la misma especialidad clínica. Sin embargo, la experiencia práctica sugiere que el requisito de que los grupos sean clínicamente coherentes genera más grupos pacientes de lo necesario para explicar sólo las variaciones del uso de recursos.

Homogeneidad de costos. Los pacientes de cada grupo se deben tratar con una cantidad similar de recursos. Esto también se denomina *agrupación por isocostos*. Los patrones del uso de recursos podrían variar en forma considerable entre regiones y países. Aunque se podrían formar grupos clínicamente coherentes en un país y trasladarse a otros países (con los ajustes correspondientes), el perfeccionamiento de los grupos para la homogeneidad de costos se debe basar en los patrones locales de variación de costos.

Oportunidades restringidas de sobreclasificación. Los hospitales deben tener mínimas oportunidades de asignar una tarifa de pagos superior a un paciente mediante la sobreclasificación o "aumento progresivo en la mezcla de casos". Un número excesivo de grupos basados en distinciones sutiles haría la mezcla de casos muy susceptible a esta tentación. Por lo tanto, los grupos de mezcla de casos deben ser tan amplios e integrales como sea posible, sin sacrificar la coherencia clínica ni la homogeneidad de recursos.

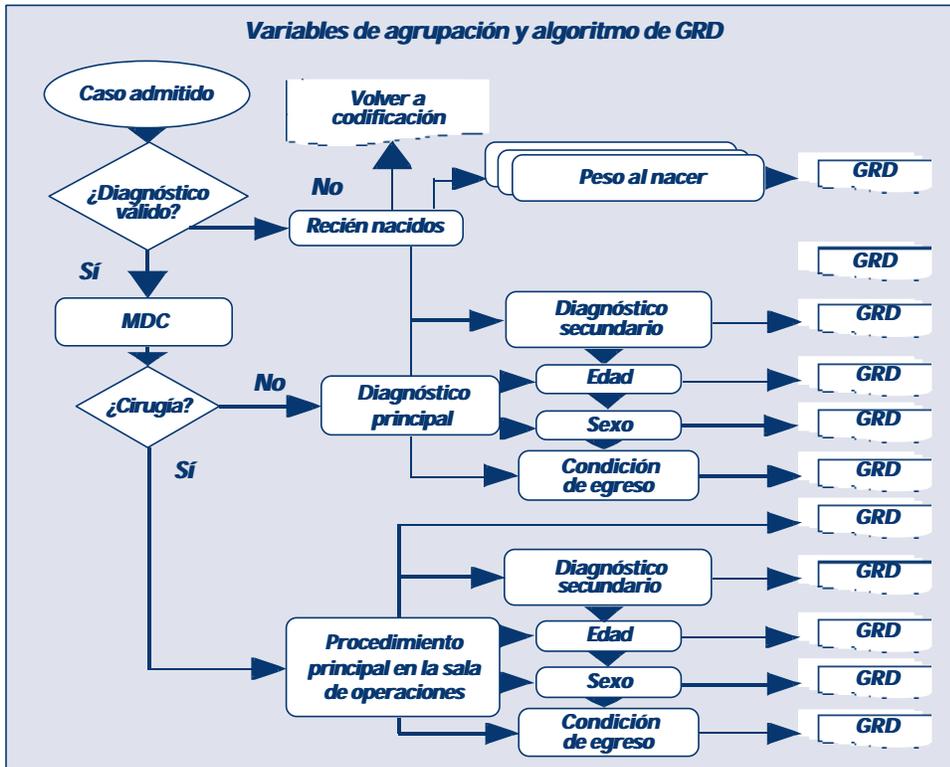
Criterios de agrupación

El sistema más común de agrupación de mezclas de casos, los grupos relacionados por diagnóstico (GRD), fue diseñado inicialmente en los Estados Unidos para los programas de seguro médico Medicare y Medicaid. Posteriormente, este sistema de agrupación de mezcla de casos se transformó en GRD de todos los pacientes para superar los sesgos provocados en el sistema de GRD original debido al predominio de personas de edad avanzada en la mezcla de casos de Medicare. El sistema de GRD se ha exportado a muchas naciones europeas y a Australia y probablemente sea la metodología de agrupación de mezcla de casos internacional más generalizada. El sistema de GRD se basa en sistemas de clasificación clínica diseñados específicamente en los Estados Unidos para cubrir las necesidades de la agrupación de mezcla de casos. Si otro país pretende introducir los grupos relacionados por diagnóstico, tendrá que usar un software transversal ofrecido por programadores estadounidenses, pero que no necesariamente reflejará las peculiaridades nacionales de la mezcla de casos hospitalarios del país importador.

Las siguientes variables están comprendidas en el proceso de agrupación: categoría de diagnóstico mayor (CDM), diagnósticos principales, diagnósticos secundarios (comorbilidades y complicaciones), procedimientos principales y secundarios de la sala de operaciones, edad y sexo del paciente, condición de egreso y peso al nacer (para recién nacidos).

El algoritmo de clasificación de pacientes depende en gran medida de los criterios clínicos e incluye las siguientes variables y pasos:

1. En cada categoría de diagnóstico mayor, los casos se subdividen en casos clínicos y quirúrgicos. La distinción entre clínico y quirúrgico se debe al supuesto de un uso significativamente más alto de recursos en los casos quirúrgicos a causa del costo de la sala de operaciones, anestesiología, unidad de tratamiento intensivo y médicos cirujanos, si éstos forman parte del personal del hospital. Los pacientes quirúrgicos se someten a un procedimiento quirúrgico que requiere la utilización de la sala de operaciones. Todos los demás casos son clínicos. De los 641 GRD que abarca a todos los pacientes, 359 son clínicos y 280 son quirúrgicos.
2. Los pacientes clínicos se agrupan en GRD por diagnóstico principal en el momento de la admisión. Los diagnósticos definen alguna de las tres categorías siguientes: (i) enfermedad, (ii) causa externa de lesión e intoxicación, (iii) contacto médico en circunstancias distintas a enfermedad o lesión, por ejemplo en el caso de un tratamiento planificado o de rutina, como diálisis renal.



3. Los pacientes quirúrgicos se asignan a los GRD por procedimiento principal de sala de operaciones. Cuando se realizan cirugías múltiples, el procedimiento principal corresponde a la clase quirúrgica más alta, es decir, al grupo de procedimientos que tiene el promedio más alto de uso de recursos en una CDM determinada. Las clases quirúrgicas se forman dentro de cada CDM para procedimientos relacionados con el mismo órgano, técnica quirúrgica, patología o etiología. La manera en que se forman las clases quirúrgicas varía según la CDM.
4. Una vez que los casos fueron asignados a los GRD sobre la base del diagnóstico primario y los procedimientos principales, se subdividen de acuerdo con la presencia de comorbilidades y complicaciones, esto es, diagnósticos secundarios. Las condiciones secundarias se reconocen como comorbilidades y complicaciones si aumentan la estancia en un número mínimo de días en al menos un cierto porcentaje de casos (para los GRD, en 3 días en el 75% de los casos). Es posible que algunos diagnósticos secundarios no constituyan comorbilidades ni complicaciones de un diagnóstico principal determinado en el aspecto clínico; por ejemplo, si se trata de manifestaciones crónicas de la misma enfermedad, diagnósticos específicos y no específicos, diagnósticos incompatibles (benignos/malignos) o condiciones estrechamente relacionadas. De los 641 GRD de todos los pacientes, en 299 grupos se usan comorbilidades y complicaciones (esto es, diagnósticos secundarios) como variable de agrupación.
5. Otra subdivisión se podría basar en el sexo y la edad. El sexo es importante para verificar diagnósticos que son específicos de hombres o mujeres. Se usan diversos límites de edad para la clasificación de pacientes; por ejemplo, 29 días (recién nacidos), 1 año (asistencia posoperatoria terciaria), 17 años (pacientes pediátricos con asma), 35 años (para pacientes con diabetes) y 69 años (ancianos). La edad se usa en la asignación de casos de 169 All-patient GRD.
6. La condición de egreso del paciente también se usa como una variable de agrupación de GRD. Junto con definiciones genéricas como "autorizado para regresar a casa", "fallecido", "transferido a otro establecimiento", el sistema de GRD además distingue motivos más



específicos para el egreso; por ejemplo, “abandonó el hospital contra las recomendaciones médicas” o “pacientes quemados transferidos a otro establecimiento de cuidado intensivo”. La mayoría de las circunstancias antes indicadas supone la interrupción de la estancia en el hospital y, por consiguiente, afecta en forma significativa la cantidad de recursos requerida para tratar los casos correspondientes.

7. El peso al nacer sirve como el criterio inicial de asignación de pacientes a uno de los 47 GRD de recién nacidos. El peso al nacer no se codifica en forma separada, sino mediante un quinto dígito de códigos de diagnóstico aplicable a los recién nacidos. Se distinguen los siguiente seis niveles de peso: <750 g, 750-999 g, 1-1,5 kg, 1,5-2 kg, 2-2,5 kg, >2,5 kg
8. Una información clínica incoherente generalmente origina la asignación de un caso a uno de varios GRD residuales.

El sistema de GRD emplea códigos de diagnóstico de ICD-9-CM (Modificación clínica de ICD-9), y a partir de octubre de 2001, ICD-10-CM (Modificación clínica de ICD-10). De forma similar a los GRD, las mismas variables de agrupación intervienen en la formación de los grupos de recursos de salud (GRS) británicos. Sin embargo, estas variables se interconectan de manera algo diferente en el algoritmo de agrupación de GRS. Hay 572 GRS, incluyendo 314 grupos basados en diagnóstico y 251 basados en procedimiento. Los GRS se basan en ICD-9 e ICD-10 para la codificación de diagnósticos y en OPCS-4 (cuarta modificación de los códigos de servicios de la Oficina de Censos de Población y Encuestas) para la codificación de procedimientos.

Tarifas y pagos en el reembolso por caso

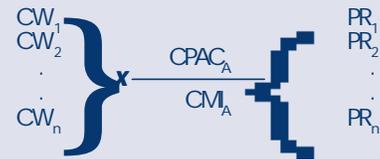
Los pagos por caso consisten en un pago estándar basado en 1) tarifas de grupo de mezcla de casos (CMG) y/o 2) pagos atípicos.

Pago estándar

Como se definió anteriormente en esta guía, el pago a los hospitales que funcionan con un sistema de reembolso por caso es por paciente egresado, según una tarifa determinada en forma prospectiva para cada grupo de mezcla de casos. El término “grupo de mezcla de casos” en lo sucesivo se usará como un término genérico para representar a cada grupo de casos con características clínicas y requisitos de recursos similares.

Para calcular las tarifas de pago estándar (PR) por grupo de mezcla de casos (CMG) de un hospital determinado, se divide la tarifa base de un hospital individual, por ejemplo, un costo por caso promedio (CPAC), por el índice de mezcla de casos (CMI) del hospital. Luego se multiplica el monto resultante por la ponderación de costos (CW) del CMG al cual se asigne el caso específico. Cada ponderación de CMG representa el promedio de recursos a nivel de la red (para todos los hospitales participantes en una determinada red de reembolso por caso) necesario para los casos de ese CMG específico en relación con los recursos usados para tratar un caso promedio de todos los CMG.

Tarifas de pago para el hospital "A":



La tarifa base de un hospital se calcula como la tarifa combinada; esto es, como el promedio ponderado de los costos históricos promedio por caso a nivel de red y específicos del hospital. Por ejemplo, para el segundo año, la tarifa base hospitalaria se pondera al 75% del promedio de los costos hospitalarios y al 25% del promedio de los costos de la red. Las ponderaciones del establecimiento y de la red que comprenden la tasa combinada por lo general se modifican durante varios años desde el predominio inicial de los costos del establecimiento hasta el predominio final no dividido de los costos promedio a nivel de la red.

Transición recomendada hacia costos por caso promedio a nivel de red:

	Promedio hospital	Promedio red
1 ^{er} año	100%	0%
2 ^o año	75%	25%
3 ^{er} año	50%	50%
4 ^o año	25%	75%
5 ^o año	0%	100%

Las tarifas de CMG por lo general se ajustan según la variación en el costo de insumos, principalmente sueldos. Además, las tarifas de pago se pueden diferenciar por nivel de hospital. Los hospitales docentes tendrían derecho a un pago más alto, dada su uso de recursos generalmente más alto. Los establecimientos rurales recibirían una tarifa más baja por el mismo CMG, correspondiente a su menor uso de recursos. Sin embargo, con el tiempo se debería reducir la variación de las tarifas de CMG debido a las diferencias en el nivel de proveedores. Algunos sostienen que no se debe incluir por completo el costo de las actividades docentes en las tarifas de CMG, puesto que el financiamiento de muchas de esas actividades proviene de programas de investigación y desarrollo y no se basa en el número de pacientes tratados.

Pago atípico

El reembolso atípico abarca situaciones en las cuales los casos específicos quedan sobre o bajo los promedios de CMG. Dos criterios sirven de base para determinar si un caso específico es atípico: estancia y costos. Estos dos criterios se pueden aplicar individual o conjuntamente. Según el criterio de estancia, un caso califica para un pago atípico si la estancia se desvía en forma considerable de la estancia promedio del CMG. Según el criterio de costos, un caso se considera atípico si el costo se desvía en forma significativa del costo promedio del CMG. Es preferible definir pagos atípicos basándose en la estancia, porque es un indicador menos ambiguo y con mejor información que los costos por caso.

Los casos atípicos se clasifican en dos subcategorías: casos atípicos superiores y casos atípicos inferiores. Se produce un caso atípico superior cuando la estancia supera cierto porcentaje de la estancia promedio del CMG; por ejemplo, 150%. Se produce un caso atípico inferior cuando la estancia queda bajo cierto porcentaje de la estancia promedio del CMG; por ejemplo, 50%. Los números respectivos se denominan límites atípicos superiores e inferiores.

Ante un caso atípico superior, los hospitales reciben un pago diario adicional por cada día de atención que sea igual o mayor al límite superior diario. Se puede calcular el pago diario multiplicando la tarifa diaria del CMG aplicable por el porcentaje correspondiente de los costos variables del presupuesto de operaciones del hospital. La proporción se determina mediante el desglose de los presupuestos del hospital según costos fijos y variables. El desglose, y por lo tanto la proporción de costos variables, podrían ser dispuestos por el pagador a una tarifa uniforme para todos los hospitales participantes.

Ante un caso atípico inferior, los hospitales podrían recibir un pago diario por cada día de atención entregada. Mientras el pago atípico superior se realiza *en forma adicional* a la tarifa estándar del CMG, el pago atípico inferior *reemplaza* la tarifa estándar del CMG.

Los compradores de atención de salud pueden utilizar el mecanismo de pago atípico para traspasar el riesgo de gasto excesivo a los hospitales. Los parámetros de un mecanismo de pago atípico están determinados por un modelo en que la proporción de los pagos atípicos en el monto total del reembolso hospitalario es la variable controlada. Con el tiempo, un comprador podrá identificar los problemas con determinados hospitales participantes o con las tarifas de pago basándose en el número de ocurrencias de casos atípicos.

Cálculo de pagos atípicos

Insumos

Estancia promedio de CMG	6 días
Estancia de caso "A"	12 días
Estancia de caso "B"	2 días
Límite superior atípico	150%
Límite inferior atípico	50%
Tarifa estándar de CMG	US\$240
Porcentaje de costo variable	60%

Caso "A"

Estancia > 150% de estancia promedio de CMG, portanto, califica para un pago superior atípico por el monto calculado de la siguiente manera:

6 días x 150% =	9 días
12 días - 9 días =	3 días
US\$240 / 6 días =	US\$40 / día
US\$40 x 60% =	US\$24 (variable)
US\$24 x 3 días =	US\$72
Pago: US\$240 + US\$72 =	US\$312

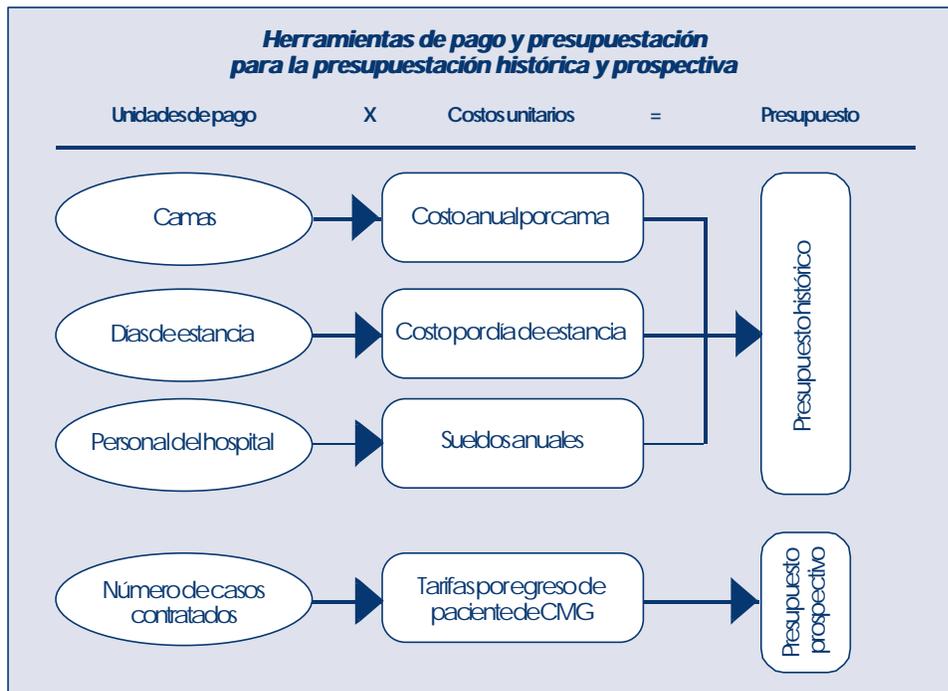
Caso "B"

Estancia < 50% de estancia promedio de CMG, portanto, califica para un pago inferior atípico por el monto calculado de la manera siguiente:

US\$240 / 6 días =	US\$40 / día
Pago: US\$40 x 2 días =	US\$80

La función del reembolso por caso en el financiamiento hospitalario

El financiamiento hospitalario se basa en una combinación de herramientas de pago y presupuestación. Las herramientas de pago determinan el o los métodos de financiamiento por unidad de recursos o producción hospitalaria, mientras que las herramientas de presupuestación establecen la cantidad total de financiamiento en términos anuales. Para ilustrar la forma en que interactúan el pago y la presupuestación, consideremos la presupuestación histórica y prospectiva. Por lo general, la presupuestación histórica se basa en normas unitarias de financiamiento por día de paciente y/o cama de hospital, multiplicadas por un número informado de días y camas. La presupuestación prospectiva se basa en tarifas de pago por caso por atención de pacientes hospitalizados, tarifas por servicio a pacientes ambulatorios y volumen clínico predeterminado en segmentos de pacientes hospitalizados y ambulatorios de las operaciones del hospital. Dicho de otra manera, una unidad de pago relacionada con los recursos, multiplicada por el volumen de recursos físicos, resulta en el presupuesto histórico del hospital. Una unidad de pago relacionada con la producción, multiplicada por los resultados proyectados de producción clínica, arroja el presupuesto prospectivo del hospital. Puesto que la proyección de los resultados clínicos se basan en niveles históricos, el presupuesto histórico sirve como punto de partida para planificar un presupuesto prospectivo.



Reembolso por atención prestada

Aunque esta guía no se centra en el pago por servicios ambulatorios en el hospital, no se puede ignorar por completo el tema. Durante el análisis de reembolso de pacientes hospitalizados, los administradores de hospitales generalmente preguntan sobre el reembolso por consultas ambulatorias, diagnósticos y cirugías. Un enfoque práctico para la presupuestación hospitalaria requiere definir métodos de pago para las áreas de pacientes hospitalizados y ambulatorios de las operaciones del hospital y coordinarlos entre ellas.

El reembolso por atención prestada es un método aceptable para los servicios prestados a pacientes ambulatorios del hospital. Las tarifas de servicios se pueden promediar entre los grupos de servicios con características clínicas y necesidades de recursos similares. Por ejemplo, en Estados Unidos se crearon 346 clases de pacientes ambulatorios para consultas de pacientes ambulatorios en el hospital.

El reembolso por atención prestada sirve de estímulo para que los hospitales aumenten las actividades ambulatorias. Para permitir este incentivo, el organismo comprador podría decidirse por fijar un mayor presupuesto global para la atención de pacientes ambulatorios. Para garantizar que el monto total del gasto hospitalario no aumente, el pagador podría combinar los presupuestos para pacientes ambulatorios y pacientes hospitalizados en un presupuesto global integral, en que la parte de los pacientes ambulatorios aumente gradualmente a expensas de la parte correspondiente a los pacientes hospitalizados.

Presupuestación global

El principal objetivo de la presupuestación global prospectiva es mantener bajo control los efectos colaterales inconvenientes del reembolso por caso; esto es, evitar que los hospitales tengan un exceso de admisiones y de utilización de servicios. Además, la presupuestación global prospectiva regula el ritmo de la redistribución del mercado, que de lo contrario podría quedar fuera de control impulsada por el comportamiento de mercado expansionista de los hospitales principales.

Como se mencionó anteriormente, las tarifas de CMG se basan en los costos históricos y en el número de pacientes egresados de los hospitales participantes. Aunque esta cifra puede cambiar debido a la evolución de la demanda por servicios hospitalarios, es especialmente susceptible a cambiar por efecto de los incentivos para que los hospitales aumenten su productividad, admitan más pacientes y obtengan más ingresos bajo la modalidad de reembolso por caso. Si muchos establecimientos logran aprovechar el nuevo método de pago, el presupuesto hospitalario nacional y/o regional podría quedarse sin fondos y el financiamiento de la salud se vería forzado en dirección contraria a la deseada: se asignarían más fondos al sector hospitalario en lugar del sector primario. Para evitar estos resultados, un comprador de atención podría establecer límites al volumen clínico de los hospitales participantes.

“El Hospital “A” tratará a 9.850 pacientes \pm 5% con el CMI=0,92 \pm 10%. Recibirá un pago anticipado a las tarifas de CMG mediante cuotas mensuales con ajustes trimestrales según la variación de carga de casos”

Un presupuesto global necesita proyecciones de la carga de casos hospitalaria; esto es, número de casos multiplicado por el índice de mezcla de casos del hospital. Limitar el volumen clínico hospitalario es equivalente a limitar los gastos anuales. Mediante un contrato de presupuesto global, el pagador realiza un pedido por cierto volumen de servicios para pacientes hospitalizados. Éste se mide por el número y la complejidad clínica promedio (uso de recursos) de los pacientes egresados.

Si un hospital excede el número presupuestado de pacientes, recibirá un reembolso por el costo adicional. Sin embargo, el pago adicional se aplicará total o parcialmente a una reducción de las tarifas del año siguiente. Si un hospital experimenta un volumen menor al previsto, perderá parte de los ingresos planificados en el marco del presupuesto global, pero

el año siguiente recibirá tarifas más altas. Este tipo de mecanismo de ajuste de tarifas estabiliza el volumen clínico y las cuotas de mercado por hospital. Si el pagador piensa que la red de proveedores tiene un exceso de capacidad productiva, puede disminuir en forma gradual el volumen clínico y el presupuesto global de los establecimientos relativamente ineficientes y/o subutilizados. Se permitirá que los hospitales de mejor desempeño crezcan, pero en forma gradual, de modo de no perturbar las prácticas establecidas en la asignación de fondos hospitalarios; ni inducir una redistribución drástica del mercado hospitalario, que podría sacar del negocio a los establecimientos menos competitivos y someter el proceso de reforma a presión política. Puesto que las tarifas del CMG y de carga de casos se fijan en forma prospectiva en la presupuestación global, el principal incentivo de un hospital es obtener sus ingresos predeterminados, incurriendo al mismo tiempo en menos costos, con lo que se maximiza el ingreso neto. Por lo tanto, la combinación de reembolso por caso y de presupuestación global estimula considerablemente la eficacia en función de los costos.





Estrategia de incorporación gradual

La transición a un sistema de pago prospectivo basado en incentivos representa un cambio importante en la gestión hospitalaria. Este cambio requiere un período razonable y necesita una estrategia de incorporación gradual de 3 a 5 años. A continuación se presentan los diversos pasos requeridos para la incorporación gradual del reembolso por caso:

1. Es muy recomendable que un nuevo sistema de pagos y presupuestación se pruebe antes de disponer su implementación completa en todo el sector hospitalario. La mejor forma de seleccionar regiones y establecimientos piloto viables puede ser una encuesta a los hospitales y administraciones regionales de salud u otros organismos públicos compradores, con el objeto de averiguar cuál de las regiones presenta los mayores recursos en materia de motivación para un proyecto piloto de reembolso por caso. Éstas serían regiones con hospitales y administradores de salud disconformes con el estado financiero actual de los hospitales públicos, que aceptan los incentivos básicos del reembolso por caso y confían en que podrán enfrentar los riesgos financieros y los desafíos de gestión que significa el reembolso por caso, beneficiándose al mismo tiempo con los nuevos incentivos.
2. Los coordinadores de la prueba piloto a nivel nacional deben facilitar la opción de un sistema de agrupación de casos y las clasificaciones clínicas implícitas. La información clínica requerida por el sistema de agrupación de casos elegido se debe incorporar al formulario estándar de egreso de pacientes.
3. Se debe introducir el formulario de egreso modificado a la codificación del hospital, de modo que se recopile toda la información necesaria para la asignación de casos a un CMG acerca de cada paciente egresado de un establecimiento piloto. Se debe seguir con la recopilación de datos acerca de los pacientes durante un año en suficientes establecimientos como para acumular al menos 150.000 casos. Para propósitos de diseño de muestras, los hospitales elegidos para la prueba piloto deben ser representativos de diversos tipos de proveedores existentes en el sector hospitalario nacional. Esto crea una población de muestra que se asemeja al sistema hospitalario a nivel nacional.
4. Al mismo tiempo, se debe realizar un cálculo de costos en los hospitales que participen el trabajo de codificación clínica. Este cálculo debe generar información sobre los costos promedio por día de paciente clínico y quirúrgico en cada especialidad clínica.
5. El archivo de casos piloto (que consta de casos codificados según un nuevo formulario de egreso de pacientes) se debe procesar con un software de agrupación del sistema seleccionado de agrupación de casos. El software asignará cada caso a un grupo de mezcla de casos. Se calculará la estancia promedio para cada CMG. Luego se estimarán los costos promedio por CMG basándose en el costo promedio a nivel de especialidad por día de paciente clínico y quirúrgico.
6. Se debe calcular la escala de valores relativos a partir de una muestra de hospitales piloto. Se evalúa el índice de mezcla de casos para cada hospital. Se calcula la tarifa base de cada hospital ajustando el costo promedio histórico de un hospital específico por paciente egresado según el índice de mezcla de casos.

7. Se debe elaborar una escala de tarifas de CMG para cada hospital multiplicando la tarifa base del hospital por la ponderación de costos de cada CMG.
8. Se debe calcular una escala de tarifas a nivel del proyecto piloto determinando el promedio ponderado de los costos específicos del CMG para todos los hospitales participantes. La proporción de cada hospital en el volumen agregado del CMG respectivo servirá como factor de ponderación.
9. En unos años, convergerán las tarifas de pago de un establecimiento específico y a nivel de la red. Para facilitar esta convergencia, se deben combinar las tarifas de un hospital específico (promedio ponderado) con las tarifas a nivel de la muestra. La ponderación estadística de las tarifas a nivel de la muestra aumentarán cada año, hasta alcanzar el 100% durante un período de 3 a 5 años.
10. El pago por caso para pacientes hospitalizados se complementará con el pago por servicio correspondiente a los servicios a pacientes ambulatorios en el hospital y la presupuestación global de un hospital en conjunto.

Si no se cuenta con evidencias sobre los costos antes de la introducción de los grupos, inicialmente la agrupación se debe realizar sólo sobre la base de criterios clínicos. Así, el diseño de grupos de mezcla de casos se considera como un proceso iterativo y permanente: las decisiones que originalmente se estimaban óptimas serían reemplazadas en forma periódica por mejores decisiones basadas en la evidencia recién adquirida sobre costos y uso de atención.





Casos por país

Revisión regional

Durante la década pasada, las reformas hospitalarias de América Latina estuvieron marcadas por la descentralización del financiamiento de la salud y el incremento de la autonomía de la entrega de servicios. La descentralización comprende el traspaso de las facultades fiscales de un gobierno nacional a las autoridades regionales. Se estimula a las regiones para que sean cada vez más autónomas, esto es, que sostengan sus programas presupuestarios, incluyendo la salud, con los impuestos recaudados a nivel local y el ahorro obtenido con las reformas en pro de eficiencia. En proporción al aumento de su autonomía fiscal, se otorgan más facultades a las administraciones regionales en la formulación de prioridades de política de salud y selección de medios para implementar esas prioridades.

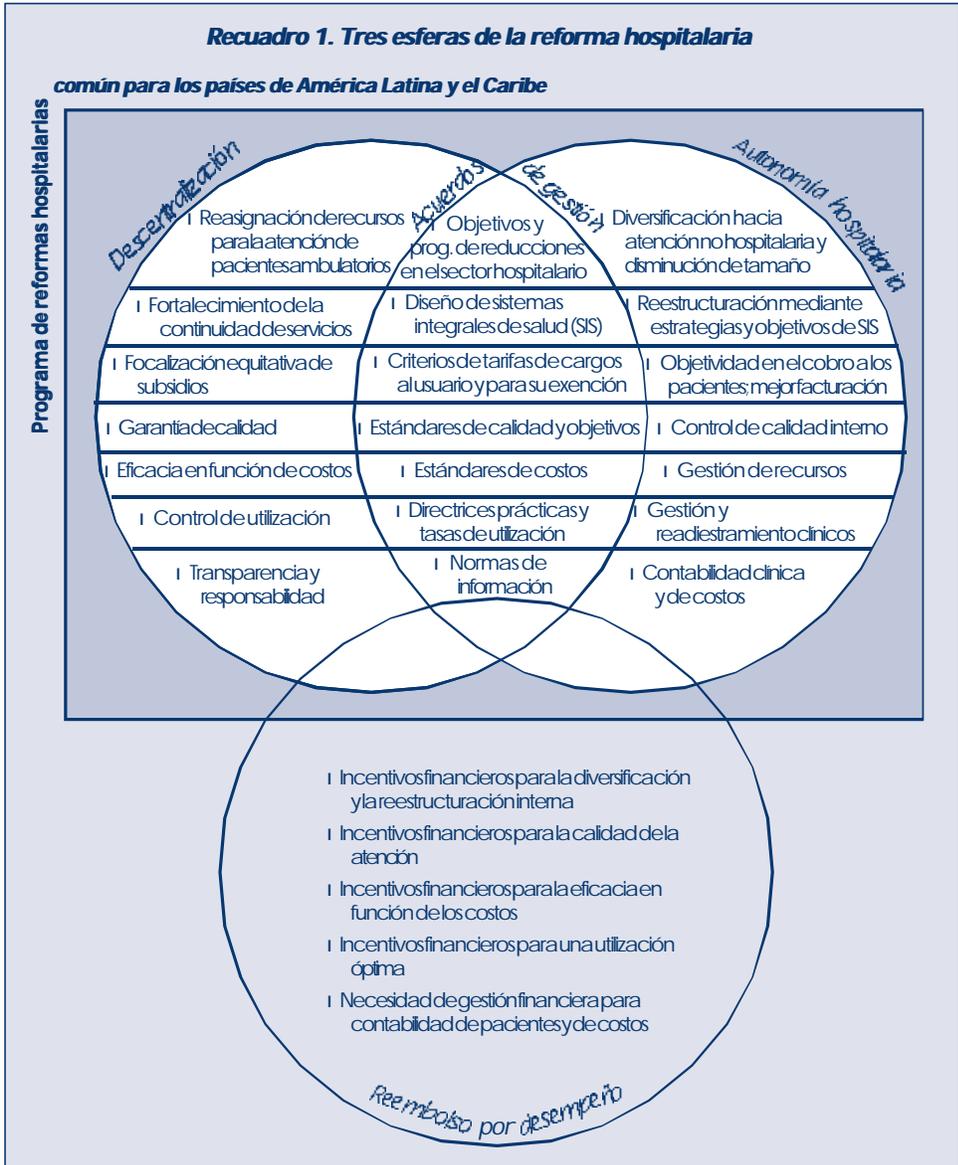
Un entorno descentralizado permite que la política de salud y los presupuestos sean más sensibles a las necesidades locales, siempre que el gobierno regional favorezca esas necesidades en su estrategia de asignación de recursos. Sin embargo, si decisiones al nivel local resultan en un error de cálculo, habrá escaso respaldo financiero por parte del gobierno nacional para compensar el error.

Para maximizar las ventajas y controlar los riesgos de la descentralización, las administraciones regionales de salud liberalizan la entrega de servicios de salud. Al transformar los establecimientos en organismos controlados autónomamente, ponen en funcionamiento sus recursos motivacionales y de gestión para lograr una atención médica más eficaz y eficiente para la población local. La mayor autonomía de los proveedores significa que la descentralización del nivel regional alcanza a los establecimientos. Sirve de correspondencia lógica e indispensable a la relación liberalizada entre los niveles federales y regionales.

La descentralización y la autonomía de los hospitales crean un marco motivacional bipolar en el cual las administraciones regionales de salud y los hospitales pretenden hacer coincidir sus objetivos, decisiones y operaciones compartiendo objetivos de supervivencia política y financiera.

Se han elegido acuerdos de gestión en varios países de América Latina y el Caribe como la conexión legal para coordinar la voluntad institucional de las autoridades regionales y de las autoridades de los establecimientos del sector hospitalario. Los acuerdos de gestión tienen el objeto de identificar las soluciones sinérgicas dentro del programa común de administración regional de salud descentralizada y hospitales liberalizados.

En el Recuadro 1 se muestran los componentes esenciales de este programa. El círculo de la izquierda indica las materias que generalmente se plantean en la negociación de acuerdos por parte del centro regulador/comprador. El círculo de la derecha presenta las formas en que un hospital intenta ajustarse a las exigencias regulatorias. El área superpuesta representa los términos y condiciones del acuerdo de gestión que comprometen a ambas partes a ciertos lineamientos y objetivos de colaboración, al igual que a metas regulatorias de conciliación con la capacidad del hospital de implementarlas. Ambos círculos se enmarcan dentro de un rectángulo que delimita el alcance de una reforma hospitalaria típica de la región



de América Latina y el Caribe. El tercer círculo, en su mayor parte fuera del programa de reformas, muestra un conjunto de incentivos hospitalarios asociados al reembolso por desempeño, por ejemplo, un sistema de pago por caso. Este círculo está relacionado sólo indirectamente con las reformas hospitalarias actuales. Se excluyen los incentivos financieros, ya que reducen la motivación de los hospitales y, por consiguiente, la aplicabilidad de los acuerdos de gestión hospitalaria. El dibujo del Recuadro 1 intenta comunicar que una reforma hospitalaria de tres vías, impulsada por la descentralización, la autonomía de los hospitales y el reembolso por desempeño, podría convertir la reforma hospitalaria en un proceso más dinámico y exitoso que la estrategia de dos vías predominante en la actualidad.

El reciente análisis refleja, por un lado, una falta de asociación entre la búsqueda de equidad, eficacia, eficiencia y diferenciación comprador/proveedor por parte de las autoridades regionales de la salud y, por el otro, métodos de reembolso a hospitales relacionados con el desempeño.



De los países de la región que se revisaron detalladamente, con evidencia limitada de varios otros, sólo Brasil y Chile parecen usar en cierta medida los métodos de pago por caso. En Brasil se informa que el Sistema Unificado de Pago (*Sistema Unico de Saude*) reembolsa a los hospitales públicos y privados mediante una escala de pago similar al de GRD. En el sector público hospitalario de Chile, se ha experimentado durante varios años con pagos de mezcla 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 que las asignaciones en esencia siguen siendo un proceso basado en presupuestos históricos ajustados.

En Argentina, el Hospital Británico de Buenos Aires se ha mencionado probablemente como el único establecimiento del sector hospitalario nacional que intenta introducir el sistema de GRD de Estados Unidos.

Los países revisados con más detalle en esta guía se encuentran en diversos niveles del diseño conceptual y la preparación para pruebas experimentales que comprenden reembolso por caso.

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 (FAP). 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 (PPP). 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 mezcla de casos definida ampliamente.
- 3) Pago por prestaciones complejas (PPC). Los procedimientos complejos, como trasplantes de órganos, angioplastias, valvuloplastia e histerectomía, se reembolsan según tarifas establecidas por separado. El PPC es un método intermedio entre reembolso por atención prestada y reembolso por caso. Se centra en casos en que el costo total del caso está influido significativamente por el costo del procedimiento quirúrgico principal.

Los 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 desde entonces se ha extendido a más hospitales públicos. La escala tarifaria de los PAD, inicialmente compuesta de 25 categorías de diagnóstico, ahora incluye 30 grupos de mezcla de casos (véase el Recuadro 2). Los grupos de PAD no cubren toda la mezcla de casos, sino más bien se centran en casos de volumen y/o costo significativos. Las tarifas del PAD están diferenciadas por tres niveles de hospital y por ubicación geográfica; para las denominadas "áreas extremas", las tarifas del PAD aumentan entre un 12% y un 30% sobre la norma. Las tarifas se reajustan en un 2% para los hospitales docentes.

Costa Rica

En Costa Rica, las reformas de 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 debía estar ligado al desempeño del proveedor y a los avances en salud de la población. La separación entre la compra y la prestación de servicios se anunció como la

Recuadro 2. 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 Colectitis	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, estomacal	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	249.421
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 Mismo anterior, con uso intermedio de CEC	1.466.002	1.460.002	1.448.002
25 Mismo anterior, con uso menor de CEC	1.005.975	999.975	987.975
26 Prolapso vaginal, anterior o posterior	—	—	—
27 Tumores quistes intracraneanos	—	—	—
28 Aneurismas	—	—	—
29 Disfasia	—	—	—
30 Hernia del núcleo pulposo	—	—	—

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.

política clave. Se firmarán acuerdos de gestión entre la CCSS como el organismo comprador y consultas de médicos, hospitales y 'áreas de salud', como proveedores de atención.

En los contratos de gestión con los hospitales se especificarán objetivos de desempeño relacionados con la calidad, organización y entrega de los servicios. Para lograr un equilibrio viable entre calidad y volumen, los acuerdos con los hospitales relacionarán el pago con ciertas medidas de resultados, por ejemplo, el número de egresos, consultas en los hospitales y otras actividades de la salud. Los hospitales se verán motivados a maximizar la producción, siempre que sus gastos se ajusten a un presupuesto global predeterminado. Una vez excedido el tope, se reembolsará la atención hospitalaria en el monto de costo variable por unidad de producción específica. En etapas subsiguientes de la reforma se incorporarán gradualmente los pagos prospectivos relacionados con el volumen de producción hospitalaria, ajustados por la calidad y complejidad de la atención.

Una demostración piloto iniciada en diciembre de 1996 incluye siete hospitales que se transfirieron a los acuerdos de gestión entre un hospital y una División Médico-Administrativa (la administración local de salud). En 1998 se planificó la extensión del piloto a 10 hospitales más.

Hasta 1998 no hubo mención directa de reembolso por caso para los hospitales de Costa Rica. Sin embargo, el contenido y el lenguaje de las reformas propuestas y ensayadas comprenden este método de pago y hacen que su puesta en práctica experimental sea muy probable en el futuro inmediato.

En el documento de políticas de 1997 de la CCSS, "Hacia un nuevo sistema de asignación de recursos", se desarrolló con más detalle el concepto de reembolso hospitalario por desempeño. La producción hospitalaria se presentó como una combinación de cuatro líneas de actividades: hospitalización; atención ambulatoria en el hospital; servicios de emergencia, programas especializados de atención de salud y actividades de enseñanza e investigación. Todas las actividades se miden en unidades de producción hospitalaria (UPH) y se relacionan con una hospitalización (véase el Recuadro 3).

Recuadro 3. Coeficientes de equivalencia para fijación de precios de productos hospitalarios propuestos 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

La presupuestación hospitalaria incluye la planificación y proyección de los siguientes indicadores:

- 1) *Presupuesto asignado*: es el tope de financiamiento anual cercano al gasto de referencia del hospital;
- 2) *Presupuesto programado*: es el presupuesto asignado menos el 10% reservado en el Fondo de Incentivos y Fondo de Compensación de Solidaridad.
- 3) *Volumen clínico proyectado*: es el número agregado de UPH que refleja el número total de pacientes hospitalizados y ambulatorios. Los UPH de pacientes hospitalizados se basan en estándares de estancia establecidos en el contrato del hospital.
- 4) Las tarifas de pago por UPH de actividad específica se basan en los costos históricos hospitalarios y el nivel administrativo. Se supone que se deberán pagar tarifas más altas a los establecimientos de mayor nivel para dar cabida a los mayores costos fijos.
- 5) *Presupuesto de producción*: es el monto total de ingresos proyectados para cada una de las cuatro actividades hospitalarias. Los ingresos por actividad son el producto del volumen clínico de una actividad específica en UPH (punto tres), multiplicado por la tarifa de pago de UPH (punto cuatro) de la actividad específica.

Al final del año fiscal, los gastos declarados (llamados 'presupuesto ejecutado') se comparan con el presupuesto de producción (punto 5). Cuando el presupuesto ejecutado exceda al presupuesto de producción, el hospital terminará con un déficit. Esto se puede considerar como una ineficiencia si el hospital necesitó más recursos que los planificados para producir el volumen clínico contratado. El déficit se compensará al proveedor con un subsidio. Se examinará el desempeño del hospital para identificar las posibles causas de la ineficiencia.

Si el presupuesto ejecutado es igual o menor al presupuesto de producción, esto significaría que el hospital alcanzó el volumen clínico acordado al costo planificado o a uno menor. El 8% de los ahorros será retenido por el hospital y éste obtendrá acceso al Fondo de Incentivo. El 20% restante de los ahorros se pagará 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 es insuficiente para cubrir los costos asociados al volumen adicional, la diferencia se reembolsará al hospital con cargo al Fondo de Compensación de Solidaridad.

Si el hospital superara el volumen planificado a un costo adicional; esto es, sin reducir los costos unitarios, se reembolsarán gastos adicionales con cargo al Fondo de Compensación de Solidaridad al 40% de la tarifa hospitalaria de UPH. El monto total de este reembolso no debe superar el 50% de los fondos disponibles en el Fondo de Compensación de Solidaridad.

A medida que avanza la puesta en práctica del sistema recién descrito, las tarifas de UPH, inicialmente ajustadas según el nivel del hospital, se diferenciarán aún más de acuerdo a un índice de mezclas de casos específicos del hospital. Por lo tanto, se asignará más financiamiento por UPH a los hospitales con mayor complejidad clínica.

Perú

Los principales compradores de atención hospitalaria de 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) dispuestas 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 pueden ser proveedores públicos o privados de cobertura de seguro de grupos y servicios médicos a los empleadores que optan por abandonar parcialmente el sistema EsSalud. Estas entidades operarán en forma cada vez más competitiva con EsSalud y entre sí. Al tratar de proporcionar atención en forma eficaz en función de los costos, las EPS podrían estar más dispuestas a adoptar métodos de pago a hospitales que recompensen la productividad. Se podrían transformar en una fuerza impulsora de la implementación de mecanismos de pago por caso.

En 1998, el MINSA, mediante un acuerdo con el Proyecto 2000 y PHR patrocinado por la USAID, inició un programa piloto de pago a hospitales que pretendía introducir las siguientes reformas al sector hospitalario peruano.

- 1) Separar la compra de servicios de la prestación;
- 2) Avanzar en la autonomía de la gestión de hospitales;
- 3) Introducir gradualmente la contratación competitiva en el sector hospitalario operado por el MINSA y, en el largo plazo, entre todos los hospitales, sin importar su jurisdicción y principal fuente de financiamiento.
- 4) Implementar métodos de pago que fomenten la productividad y el uso eficiente de los recursos hospitalarios;
- 5) Crear las condiciones para la modernización incremental estructural del sector hospitalario nacional, tanto al nivel de establecimientos como de la red.





De acuerdo con una encuesta de 1998, los administradores regionales de atención de salud y los directores de hospitales de ocho territorios piloto de Perú comparten las siguientes visiones sobre los mecanismos futuros de pago, de acuerdo 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 de acuerdo al número de pacientes egresados y el uso de recursos en ellos y a los servicios proporcionados a pacientes ambulatorios.
- 3) Los casos de pacientes hospitalizados egresados y servicios prestados a pacientes ambulatorios deben servir como unidades de presupuestación y reembolso hospitalarios y se debe fijar su precio según 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 y necesidades de recursos similares.

Para el programa piloto, las principales opciones de agrupación de pacientes hospitalizados y fijación de tarifas son los grupos relacionados por diagnóstico en todos los pacientes (GRD) de Estados Unidos y los grupos de recursos de salud (GRS) de Gran Bretaña. Según ambas metodologías, casos son asignados a grupos según su homogeneidad clínica y de costos. Se espera que la comunidad de administración clínica y de salud peruana elija una metodología de agrupación de casos comparando las necesidades clínicas de cada metodología prototipo establecida a nivel internacional con los datos disponibles sobre pacientes de los informes hospitalarios habituales de Perú. En cualquier caso, se deberá ampliar la codificación de pacientes para que incluya las variables de agrupación actualmente no consideradas y, de igual importancia, los mecanismos de agrupación de GRD y GRS. En esta etapa no se tiene claridad total si las habilidades de codificación clínica y los recursos de información de los hospitales de Perú son suficientes para importar alguna de las opciones en su sofisticada versión original. Una adaptación simplificada es más probable. Una vez adoptado el nuevo formulario de codificación de pacientes, ocho hospitales piloto comenzarán a codificar los casos egresados según el sistema de agrupación seleccionado. De aquí a un año, el archivo electrónico de pacientes será procesado por el software de agrupación y se asignarán casos a los grupos de mezcla de casos (GRD o GRS).

Se calcularán los costos promedio de cada grupo en todos los hospitales multiplicando los costos diarios promedio de una especialidad clínica a la cual pertenezca el grupo por la estancia promedio específica del grupo. Los casos quirúrgicos serán incrementados por un factor de uso quirúrgico. Así, los costos monetarios calculados se transformarán en valores relativos. La lista uniforme de valores relativos se aplicará a las tarifas históricas de financiamiento por caso específicas para el hospital, con el objeto de crear escalas de tarifas de pago específicas para un hospital según el grupo de mezcla de casos.

La validación de los grupos de mezcla de casos y el cálculo de tarifas de pago tomará tiempo y significará un trabajo tedioso. Es poco probable que la presupuestación y el financiamiento hospitalario por caso comiencen antes del año 2001.

México

En México, el financiamiento hospitalario y la entrega de atención están fragmentados entre varios sistemas institucionales. En el sector de atención de salud pública, que representa menos de la mitad del gasto nacional en salud, los principales pagadores 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, que cubre cerca de 9 millones de empleados públicos, el IMSS-

Solidaridad, que orienta sus servicios a unos 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 principalmente según el gasto histórico. En cambio, los compradores del sector privado, representados por los planes de seguro médico privado y las Organizaciones de Atención Controlada (MCO), en forma predominante financian los hospitales mediante reembolso por atención prestada.

La prioridad de las reformas de atención de salud aumentó por parte del gobierno en 1995 y se adoptó un nuevo programa de cinco años de fortalecimiento del sector nacional de salud. La introducción de métodos de pago basados en el desempeño, incluido el reembolso por caso a hospitales, ahora se puede considerar como un avance probable coincidente con los siguientes objetivos de política:

- 1) Una clara separación entre el financiamiento y 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 de mercado internos para garantizar que los recursos sigan a los pacientes, y no lo contrario;
- 3) El intento de obtener el máximo valor con los recursos disponibles en el sistema;
- 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, el IMSS intenta introducir grupos relacionados por diagnóstico (GRD) en la gestión clínica y de recursos interna de los hospitales participantes. Se recomienda que los médicos y administradores de los hospitales establezcan un proceso de evaluación de pares que permitirá que cada establecimiento identifique los diagnósticos de alto volumen y los agrupe en grupos de casos clínicamente similares (40 a 60 grupos en total). Además, se espera que los médicos y administradores participen en análisis profesionales que examinen los perfiles clínicos y patrones de utilización (por ejemplo, variabilidad de estancia dentro de los hospitales y entre ellos), servicios proporcionados, costos por procedimiento y casos promedio, y los resultados clínicos informados en cada GRD. Estos análisis permitirían la elaboración de protocolos clínicos y directrices para el manejo de casos en que se recomendarían las formas más eficaces y eficientes de tratar a los pacientes de GRD específicos.

Los conjuntos iniciales de GRD se han basado 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 presenten una enorme variación a través de los 15 hospitales participantes que, según la estimación del IMSS, los han estado utilizando desde mayo de 1999. El uso de estos conjuntos no puede proporcionar una base metodológica coherente para un sistema uniforme de agrupación de mezcla de casos. Se ha hecho evidente la necesidad de ese sistema, dado el resultado de una encuesta reciente en la cual entre un 60% y un 70% de los directores de hospitales del IMSS manifestaron la necesidad de una metodología más rigurosa e integral de formación de GRD. Hay indicios de que el IMSS considera los GRD de HCFA, 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 los GRD en el sector hospitalario del IMSS. El análisis de la mezcla de casos para fines de gestión hospitalaria sería la principal función de un sistema de GRD recién diseñado en la etapa inicial de su aplicación. En el más largo plazo, se elaborarán tarifas de pago 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 clínica y su volumen.





Colombia

De volumen total de atención hospitalaria en Colombia, los hospitales públicos representan el 75% de los egresos y cirugías, mientras que el resto es proporcionado por establecimientos privados. La reforma legislativa de salud de 1993 dispuso la competencia en el mercado de seguros y en la entrega de servicios y llevó a la descentralización en la toma de decisiones y asignación de recursos. Aproximadamente un 85% de los hospitales se ha transformado en entidades con gestión autónoma.

Se espera que las Entidades Promotoras de Salud (EPS) ejerzan una creciente presión sobre los proveedores de servicios para reducir sus costos. Las EPS se han establecido a sí mismas como corredoras de seguros múltiples y compradoras de servicios y operan en competencia entre ellas sin restricción alguna. Para permanecer en el negocio, una EPS trata de maximizar su base de afiliados y ser eficiente en el gasto de su ingreso por primas que realiza en el reembolso de atención médica. Es poco probable que las EPS toleren el sistema de pago de reembolso por atención prestada, actualmente predominante, que promueve servicios innecesarios y facturación excesiva, y que inevitablemente será reemplazado por un método de pago más eficaz en función de los costos; por ejemplo, uno por caso admitido/egresado.

Según el Informe de 1996 de Harvard, es "irrealista" esperar que Colombia cree en el corto a mediano plazo un sistema de pagos completamente desarrollado basado en tarifas de GRD. La codificación uniforme y sofisticada 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 es pagar a los hospitales por admisión según tarifas diferenciadas por nivel, ubicación del hospital y una categoría amplia de pacientes con condiciones clínicas y necesidades de recursos similares.

Es importante destacar que Harvard recomendó ajustar las tarifas de pago por caso a los costos de los hospitales de menor nivel que entreguen el servicio con una calidad adecuada. Esto disuadiría a los hospitales de atención terciaria, en la actualidad sobreutilizados y costosos, de admitir casos de rutina y de tratarlos con costos relativamente altos. Se estima que se podría tratar entre un 20% y un 30% de pacientes hospitalizados de Colombia en los hospitales de menor nivel, los 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 deberán coordinar sus políticas de pagos. Específicamente, los compradores de atención pública que representan a las Administraciones del Régimen Subsidiado (ARS) se deben unir a las EPS privadas del régimen de aportes con el objeto de obtener un uso focalizado más racional y equitativo de los recursos hospitalarios. El gobierno asigna fondos a los hospitales en dos formas: 'subsídios para suministros' directos en beneficio de personas sin cobertura médica y asignaciones a las ARS, las 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 están en relación con la capacidad de producción del hospital o se efectúan por procedimiento. Ninguno de los dos métodos de asignación estimula la eficiencia.

Se considera que la coordinación de las *tarifas de pago* entre los regímenes subsidiados y de aportes, al igual que la asignación inequívoca de pacientes a uno de ellos en el momento de la facturación de la atención entregada, son otros objetivos importantes. La coordinación de las tarifas de reembolso significa que el gobierno debe aumentar los pagos a los hospitales bajo el régimen subsidiado a un nivel en que estos pagos sean competitivos en relación con los pagos de las EPS por los asegurados bajo el régimen de aportes. Esto eliminaría el actual desincentivo para que los hospitales atiendan a los pobres. Existen planes para igualar el monto per cápita del gasto en salud bajo ambos regímenes en 2001. Esto creará las condiciones para la igualación de las tarifas de pago hospitalarias, ya sea con tarifas por procedimiento o por paciente tratado.

Como conclusión, el reembolso hospitalario por caso en Colombia, además de su función directa de fijar incentivos para la productividad, la competencia y el cambio estructural, servirá como herramienta para un financiamiento hospitalario más 'personalizado'. Permitirá un mejor recuento de pacientes por fuente de cobertura y, por consiguiente, una asignación más precisa de costos y obtención de ingresos hospitalarios a las poblaciones con planes subsidiados, con aportes y sin cobertura. El pago por caso, 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 los 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 están afiliados a éste en forma errónea, puesto que tienen niveles de ingreso superiores al límite exigido.

El método de pago por caso comprende una unidad de pago y de producción definida en forma adecuada (como admisión o egreso 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 ajustado según la utilización de recursos) y pagar sólo esa proporción. En cambio, el financiamiento por capacidad de unidad de producción crea incomodidad entre los pagadores, puesto que siempre existe la sospecha de que se usan recursos físicos en 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 intensificará la contratación competitiva y facilitará la integración institucional de los mercados hospitalarios en Colombia. Esto permitirá que los hospitales compitan con mayor facilidad por fondos de diversas fuentes.





Conclusión: Repercusiones en las políticas y la gestión

Se espera que el lector de esta guía aprenda las lecciones técnicas y sobre políticas relacionadas con el reembolso por caso prospectivo de hospitales.

La autonomía hospitalaria y la contratación competitiva, promovidas en forma activa en los sectores de atención de salud de los países de América Latina y el Caribe, se podrían beneficiar considerablemente con un cambio sistemático hacia los métodos de financiamiento relacionados con el desempeño. Los proveedores necesitan incentivos financieros más fuertes para convertirse en serios colaboradores de las administraciones regionales de salud y las instituciones de seguro social en el mejoramiento de la eficacia y eficiencia de los servicios hospitalarios. Estos incentivos prosperan en un entorno de financiamiento que recompensa la productividad y permite que los hospitales se beneficien de los aumentos de productividad. El reembolso por caso estimula a un hospital para que aumente su carga de trabajo, controlando al mismo tiempo los costos. Las tasas de ocupación hospitalaria deberían aumentar y la demanda por atención de pacientes hospitalizados se podría satisfacer con menos camas. Parte de los recursos ahorrados en la reducción de costos fijos se podría emplear en atención ambulatoria centrada especialmente en la atención primaria.

Los efectos colaterales negativos del reembolso por caso que se producen junto con los resultados positivos se deben abordar en forma preventiva. De lo contrario, estos efectos podrían impedir que el nuevo mecanismo de pago desarrolle su potencial constructivo e incluso podrían frustrar las reformas de financiamiento hospitalario. No se debe olvidar que la calidad de la atención podría verse afectada bajo el reembolso por caso debido al incentivo de dar anticipadamente de alta a los pacientes. Los hospitales podrían aumentar las tasas de admisión para maximizar sus cargos en un sistema por paciente. Si en el reembolso por caso no se establecen topes anuales para cada establecimiento, los hospitales más fuertes consumirán la mayor porción del presupuesto hospitalario regional, mientras que los menos competitivos se verán afectados en sus resultados finales. La reasignación de pacientes y flujos de fondos podría originar un cambio estructural de ritmo incontrolable e intensidad destructiva.

Para asegurarse de que todas las partes interesadas del sector hospitalario acepten el reembolso por caso, su aplicación se debería incluir en un marco regulatorio y operacional adecuado. El elemento principal del marco analizado en esta guía es la presupuestación global. Presupone que el presupuesto de un hospital considera un número anual predeterminado de pacientes ajustados según la intensidad de mezcla de casos. Los fondos presupuestados se entregan al hospital mediante cuotas mensuales y se ajustan *ex post* según la variación de la carga de casos informada con respecto al objetivo previsto. Las tarifas de mezcla de casos (por paciente egresado) son la base de la planificación y gasto del presupuesto global. Al principio, el presupuesto global se establece según los costos promedio por caso definidos históricamente por los recursos físicos del hospital. Más adelante, se determinará según la producción clínica hospitalaria (carga de casos). La capacidad de camas y otros recursos de producción ya no definirán el monto de financiamiento. Los hospitales responderán a la presupuestación global en dos formas:

(1) regularán el flujo de pacientes para lograr el objetivo previsto (evitando al mismo tiempo el exceso de pacientes); (2) intentarán minimizar el volumen de recursos empleados proporcionando atención al número presupuestado de pacientes. Al ser pagados mediante tasas de CMG establecidas en forma prospectiva por paciente egresado, los hospitales operan con incentivos de eficiencia en función de los costos. La reducción de costos con tarifas de pago constantes representa un aumento de los ingresos *netos* dentro del presupuesto global predeterminado.

Se espera que el reembolso por caso impulse la modernización estructural interna de los hospitales y estimule su creciente diversificación hacia la atención no hospitalaria. Si los organismos compradores intensifican aún más la reestructuración del sector hospitalario, pueden comenzar por cambiar las cuotas de producción en los hospitales aumentando los volúmenes contractuales para los proveedores muy eficaces y eficientes y reduciendo los volúmenes para los proveedores menos viables. Esto se debe realizar en forma muy gradual, para que los posibles perdedores se puedan adaptar.

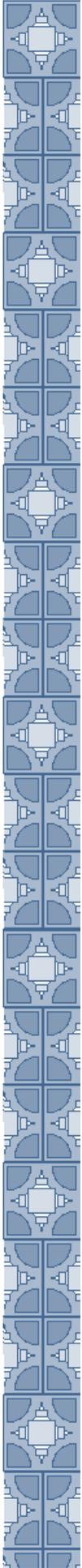
El reembolso por caso generará un flujo de datos que quedará disponible para análisis de mezcla de casos y proporcionará información precisa y plenamente comparable sobre la variación en la intensidad de mezcla de casos, estancia y costo por CMG de un hospital a otro. Esta información servirá de apoyo estadístico para las decisiones sobre la racionalización estructural y la asignación de contratos en el sector hospitalario.

En términos técnicos, el reembolso por caso descrito en esta guía se basa en algoritmos lógicos y claros. Sin embargo, implementar este mecanismo de pago no es tan fácil como comprenderlo. El reembolso por caso depende fundamentalmente de la codificación clínica exacta de los pacientes. A nivel de hospital, deben existir sistemas de clasificación clínica establecidos para permitir información sobre los pacientes por diagnóstico(s) o procedimiento(s) quirúrgico(s). En todos los hospitales se debe contar con personal médico y de ingreso de datos con una capacitación uniforme para mantener una presentación exacta e ininterumpida de registros de pacientes para fines de facturación, presupuestación, análisis de mezcla de casos, control de calidad y otros propósitos de gestión y supervisión. En todos los establecimientos participantes se deben diseñar e implementar sistemas de contabilidad de costos, o bien estandarizarlos si existían previamente, para permitir el cálculo de costos a nivel de caso. A nivel del comprador, debe haber capacidad de procesamiento de datos y analítica para controlar las tendencias de costos y de utilización por grupo de mezcla de casos y para recomendar actualizaciones y modificaciones periódicas en la escala de valores relativos y la escala tarifaria de los CMG.

La transición del financiamiento histórico al reembolso por caso requerirá el fortalecimiento de la capacidad en todas las áreas de administración del sector salud, incluida la formulación de políticas, asignación de recursos, gestión hospitalaria y sistemas de información. El sector hospitalario comenzará a beneficiarse de esta transición mucho antes de introducir el nuevo método de pago, puesto que la información sobre mezcla de casos generada en la preparación del reembolso por caso mejora en forma instantánea la comprensión y la gestión de las operaciones clínicas y financieras de un hospital, tanto a nivel regional como de establecimiento.

En esta guía se recomiendan métodos directos para facilitar el proceso de implementación, como la utilización de sistemas importados de agrupación de mezcla de casos y fijación de tarifas a modo de prototipos de validación en el sector hospitalario local. La implementación experimental del reembolso por caso es de vital importancia antes de disponer la aplicación del sistema en redes hospitalarias extensas. La región de América Latina y el Caribe podría beneficiarse con un avance coordinado hacia el reembolso por caso en varios países colindantes. Las sinergias creadas por el intercambio de experiencias ayudaría a aumentar el ritmo general de transición. Las experiencias obtenidas de la implementación del reembolso por caso en la región de América Latina y el Caribe podría ayudar al resto del mundo en desarrollo a mejorar el desempeño del sector salud.





Bibliografía

- "A Crosswalk from ICD-9-CM to ICD-10-CM." Se puede descargar desde: ftp.cdc.gov/pub/Health_Statistics/NCHS/Publications/ICD10CM
- All Patient Diagnosis Related Groups. Definitions Manual. Versión 14.0* The 3M Health Information Systems. Documento Número 96-045 Rev.00.
- Averill R.F. y otros. *Ambulatory Patient Groups Definitions Manual, Versión 2.0* IRP, Inc., 1996.
- Bitrán R. y Espinosa C., Bitrán y Asociados, *Personal communications*, 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*, Preparado para el Banco Mundial, junio de 1996.
- Discussions at the IMSS Headquarters in Mexico City and the IMSS Regional Administration of Veracruz Norte in Poza Rica*, mayo de 1999.
- DRGs: Diagnosis Related Groups. Definitions Manual. Versión 12.0* The 3M Health Information Systems, 1994.
- Giacometti Rojas, L.F. "La Reforma del Sector de la Salud en Colombia". Febrero de 1999. *Reforma de hospitales públicos: análisis del caso colombiano. Gira de estudios*. LAC Initiative, 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/el%20futuro.htm
- "ICD-10-PCS Coding System and Training Manual". Junio de 1998, borrador final. Se puede descargar desde: <ftp.hcfa.gov/stats/icd10/icd10.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*. LAC Initiative, abril de 1999.
- Medici, A.C., Londoño J.L., Coelho O., Saxenian H., "Managed Care and Managed Competition in Latin America". *Innovations In Health Care Financing. Proceedings of a World Bank Conference*, 10-11 marzo de 1997.
- Documento de evaluación de proyectos*. Banco Mundial, Informe N° 17349-ME, mayo de 1998.
- Report on Colombia Health Reform and Proposed Master Implementation Plan*. Harvard University School of Public Health, 1996.

- Seminario Internacional "Modernización de la Seguridad Social en Salud" *El compendio de las nuevas leyes*. MINSAs, Lima: 10-12 de noviembre, 1997.
- 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.
- Valverde C.C., Sáenz L.B. *La Reforma del Sistema Nacional de Salud: Estrategias, avances, perspectivas*, San José. C.R.: MIDEPLAN, 1998.
- "Version 3 - Health Resource Groups". *Juego de documentación. Volumen 1: ICD-10; Volumen 2: ICD-9*. NHS Executive Headquarters, National Casemix Office, Winchester, 1997.



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"