

# ALTERNATIVAS EN LA ORGANIZACIÓN, FINANCIAMIENTO Y PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Lic. James A. Cercone  
Economista Proyecto de Modernización C.C.S.S.

---

## RESUMEN

### INTRODUCCIÓN

Parece general el sentimiento de insatisfacción respecto al funcionamiento del sistema de salud, en lo que atañe a su estructura, financiamiento, organización y gestión o a sus resultados. Aunque en muchos de los países en trance de reformar su sistema de salud los factores motivantes del cambio son parecidos: aumento de costos, bajos niveles de eficiencia en la producción de servicios e insatisfacción por parte de los ciudadanos y los empleados del sector, no están cambiando los principios sobre los que sustentan las políticas sociales. En cambio, sí está cambiando muy radicalmente la forma en la que se organiza el sector público para garantizar esos servicios.

Es decir, está cambiando la organización y gestión de las responsabilidades públicas con el fin de ser más eficaz y eficiente en lograr esos principios y fines sociales.

En general, se está conformando una nueva visión para el sector público. Por lo general, la mayoría de la gente coincide en que será menos monolítico, más empresarial, menos basado en procedimientos administrativos, operando en una red de contratos, más orientado al usuario, y con un cierto nivel de competencia entre proveedores de servicios y, en algunos casos, entre financiadores.

Que se trate de escuelas, hospitales, instituciones sociales o cualquier otro organismo público, la tendencia es pagar a esas organizaciones en función de sus resultados y no con base en su presupuesto histórico. A los profesionales que trabajan en esas organizaciones también se les pagará en función de su rendimiento. La preocupación por la eficiencia económica parece traducirse en el esfuerzo por gestionar mejor los sistemas sanitarios.

*Muchos países de Europa y Norte América han emprendido la reforma de su sistema de salud, y aunque los factores motivantes del cambio son parecidos: aumento de costos, bajos niveles de eficiencia en la producción de servicios e insatisfacción por parte de los ciudadanos y los empleados del sector, no están cambiando los principios sobre los que sustentan las políticas sociales. En cambio sí está cambiando muy radicalmente la forma en que se organiza el sector público para garantizar esos servicios. Es decir, se está cambiando la organización y gestión de las responsabilidades públicas con el fin de ser más eficaz y eficiente en lograr esos principios y fines sociales.*

*Si bien las diversas reformas en los sectores de la salud persiguen diversos objetivos, se observan algunas convergencias generales. Entre ellas, la introducción de mercados gestionados con el fin de captar el lado positivo del mercado en cuanto al fomento de la eficiencia y calidad sin introducir problemas en la equidad de acceso; la introducción de nuevos mecanismos de asignación de recursos, en la forma de pagar a los proveedores y en el pago de los médicos; la introducción de mayor elección para el usuario; y por último, la introducción de políticas para fomentar la gestión clínica y financiera, así como la introducción de prácticas empresariales en la administración pública.*

En todos los casos, estas transformaciones son muy difíciles debido a la cultura existente en el sector público que básicamente razona de forma opuesta a lo indicado arriba y por lo tanto se resiste al cambio. En efecto, el talón de Aquiles de los sistemas sanitarios públicos parece residir en la dificultad de concatenar miles de decisiones individuales en una dirección compatible con la del sistema en su conjunto. A esta situación no es ajena Costa Rica.

La preocupación de mejora de los sistemas de salud en la dirección de una mejor gestión de los recursos puestos en el sistema al servicio del ciudadano, ha inspirado varias propuestas recientes de cambio cuyos objetivos e instrumentos son parecidos.

El objetivo del presente artículo es analizar algunas de las reformas más recientes del sector salud, con el fin de esbozar los instrumentos básicos que se están utilizando para contener costos, mejorar la calidad de los servicios y aumentar la satisfacción de los usuarios. El conocimiento y la comprensión de estos instrumentos es imprescindible para la formalización de un marco conceptual para la implantación de cambios en el país con el propósito de mejorar la organización, el financiamiento y la prestación de servicios.

El documento presenta un análisis de los procesos de reforma en distintos países, enfatizando el binomio regulación-desregulación a través de la figura de competencia gestionada. Para que los cambios propuestos en la forma de financiamiento, organización y prestación de los servicios de salud tengan éxito, es imperiosa la necesidad de introducir incentivos financieros y alternativas en la organización del sector. Con base en estas premisas, se analizan los diversos mecanismos disponibles para perseguir los objetivos de calidad y eficiencia en la prestación de los servicios de salud.

## LAS REFORMAS EN FINANCIAMIENTO, ORGANIZACIÓN Y PRESTACIÓN

Tanto en Europa como en Norteamérica, los gobiernos nacionales, estatales y regionales están luchando por contener el aumento de costos en salud y adaptar sus sistemas sanitarios a los cambios en las políticas sectoriales. Cada vez más, gobiernos reformistas buscan introducir una serie de pasos diseñados para refrenar el gasto hospitalario, fortalecer la atención primaria, integrar sectores de provisión y extender mayores niveles de libre elección para los pacientes.

Un breve análisis de las diferentes experiencias de reforma revela una gran convergencia con respecto a los mecanismos utilizados para lograr los objetivos de aumentar la eficiencia en la utilización de recursos, ampliar la libre elección de los pacientes y la atención al cliente del sistema, así como alcanzar un mejor equilibrio entre los niveles primario, secundario y terciario. Esta convergencia es más visible en las reformas introducidas en las áreas de financiamiento y prestación de servicios.

Existe una cierta convergencia en la utilización de la «competencia gestionada» en todos los países. Esto significa que cada día hay más interés en la utilización de mecanismos de mercado, así como de la gestión como un estímulo a la eficiencia. En ningún caso, significa esto el abandono de la gestión o de la planificación, en la búsqueda de soluciones de libre mercado, sino significa la medida para encontrar el término medio entre la planificación centralizada y un mercado libre. Como muestra la siguiente figura, la integración de soluciones de mercado al sector salud puede ser evaluada con base en un continuo de opciones entre la planificación centralizada, como en los países europeos antes de las reformas, y el libre mercado de los EE.UU. El término medio entre ambos polos se ha denominado la competencia gestionada, dadas sus características de híbrido entre un mercado competitivo y un sistema planificado.

Además de la tendencia hacia un término medio en cuanto a la utilización de elementos del mercado en los sistemas de salud, se puede identificar una serie de temas comunes que comparten los países en vías de reforma.

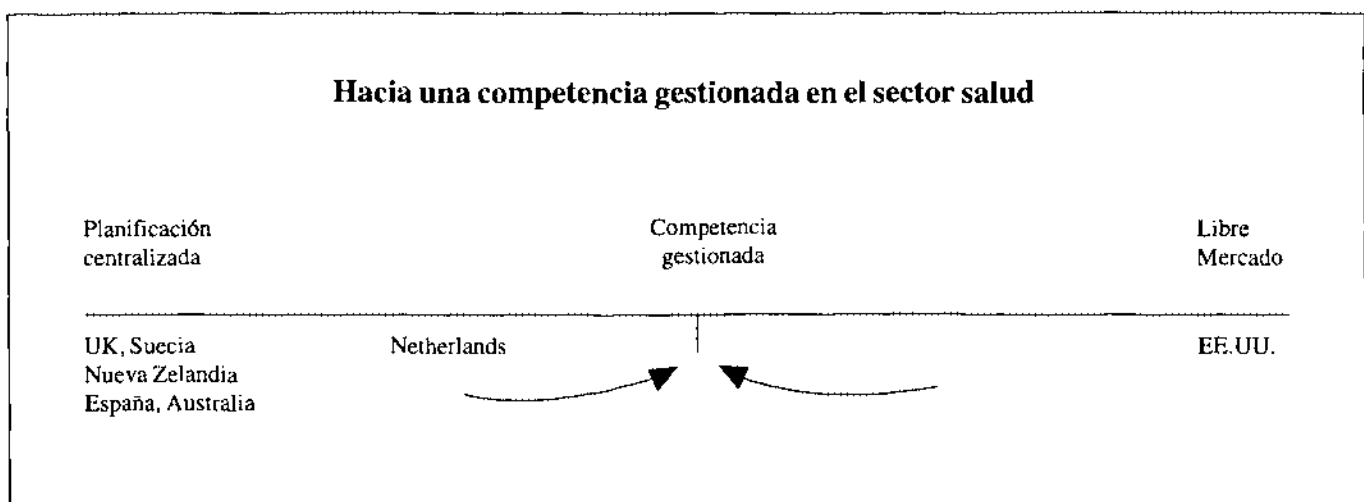
Primero, muchas de las reformas se basan en la introducción de mercados gestionados con el fin de resolver la falta de

respuesta por parte de los proveedores en un sistema planificado, así como contener el incremento del gasto en salud. En segundo lugar, casi todas las reformas incluyen la introducción de nuevos mecanismos de asignación de recursos, en la forma de pagar a los proveedores y en el pago de los médicos, con el propósito de mejorar la eficiencia, eficacia y calidad en la prestación de los servicios. En tercer lugar, muchas de las reformas tratan de revertir la falta de libre elección del usuario de los sistemas planificados a favor de mayor elección del paciente. Por último, las reformas pretenden aumentar la eficiencia del sistema a través de la introducción de políticas para fomentar la gestión clínica y financiera, así como la introducción de prácticas empresariales en la administración pública.

## LA INTRODUCCIÓN DE MERCADOS GESTIONADOS

Mientras que casi todas las reformas buscan la introducción de mecanismos de mercado, en ningún país se ha abandonado la planificación y la regulación. Por lo general, los objetivos de las reformas han sido introducir incentivos del mercado a través de mayor competencia y la introducción de precios, entre otros, en combinación con un marco de regulaciones para guiar la competencia y la capacidad del gobierno de intervenir para corregir fallas del mercado. Este marco de incentivos del mercado en combinación con un marco regulatorio ha dado lugar al desarrollo de mercados regulados o gestionados, en combinación con el alcance de objetivos sanitarios específicos.

En Suecia, por ejemplo, la puesta en marcha de la operación del mercado en Estocolmo identificó la existencia de una importante sobre-capacidad de camas agudas. Mediante la introducción de mayor competencia entre los hospitales y de mecanismos de pago que estimularon la eficiencia e incentivaron una reducción de la estancia promedio, se consolidaron servicios entre hospitales y se incentivaron la utilización de la cirugía ambulatoria en lugar de la internación para reducir costos. El impacto ha sido de aumentar la eficiencia de la prestación y contener el gasto en Estocolmo.



## SEPARACIÓN DE LAS FUNCIONES DE COMPRADOR Y PROVEEDOR

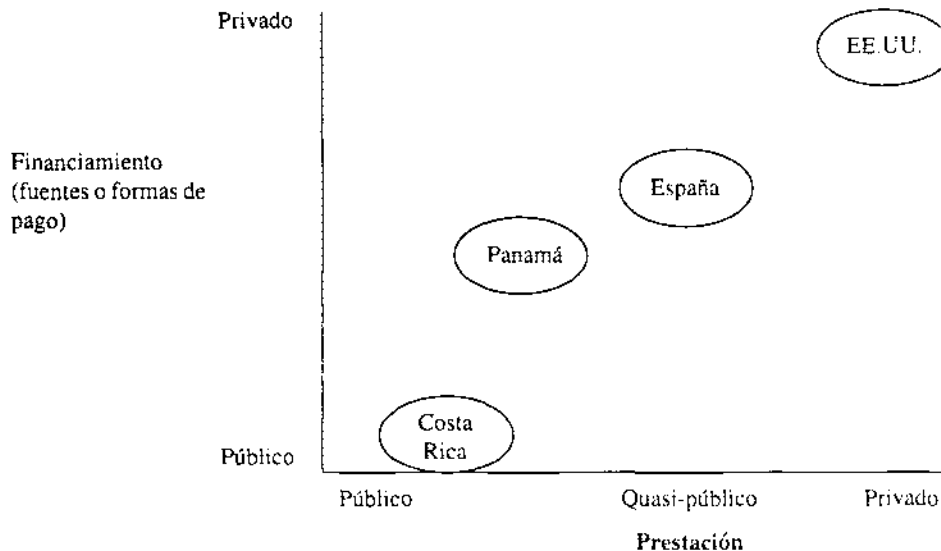
Uno de los factores sobresalientes de las experiencias de reforma es la creación de un «mercado interno» mediante la separación de las funciones de financiador y prestación. La creación de un mecanismo del mercado está basada en la clara separación de los roles del financiador, comprador y prestador dentro de los sistemas de salud, incluyendo, en muchos casos, la implantación de un mecanismo contractual entre el ente financiador y los proveedores, así como la incorporación de mecanismos financieros, o de pago, que estimulen la competencia entre proveedores (hospitales, clínicas y médicos particulares). Los objetivos principales de la separación de financiamiento y prestación son:

- mejorar la eficiencia, eficacia y calidad de la prestación de servicios
- aumentar la transparencia del sistema
- transferir una parte del riesgo al proveedor a través de un aumento o descentralización de la responsabilidad ("accountability") dentro del sistema

- desmonopolizar el sistema
- aumentar la competencia entre prestadores
- reducir las barreras al acceso
- hacer transparente los objetivos del sistema, en sus diferentes niveles y a través del compromiso de gestión mejorar la regulación sobre prestadores.

Para comprender mejor el esquema de separación de las funciones de financiamiento y prestación de servicios podemos compararlo con sistemas alternativos de financiamiento y prestación. En un extremo encontraríamos un modelo donde las funciones de financiamiento, compra y provisión las ejerce sola una institución de carácter público, como es el ejemplo de la C.C.S.S. en Costa Rica. En el otro extremo, las tres funciones están separadas como un sistema de seguro privado donde el financiamiento es privado y se gestiona la provisión a través de proveedores privados. En una situación a medio camino encontraríamos un sistema separado con un financiador público como el sistema nacional de salud de Inglaterra y proveedores autónomos (públicos y privados) que se responsabilicen por la producción de servicios de salud.

### Opciones para el financiamiento y prestación de servicios



En la figura anterior se muestra las diferentes alternativas en cuanto al financiamiento y prestación de servicios así como la ubicación de algunos países dentro del esquema. Tal y como se ilustra en el gráfico, existe una gama de opciones en la combinación de las fuentes de financiamiento y la personería jurídica de los proveedores. Mientras que países como los EE.UU. se fundamentan en un sistema con financiamiento privado y proveedores privados, otros países como España están utilizando sistemas mixtos donde se mantiene público la mayoría de las fuentes de financiamiento, pero se utilizan proveedores privados para introducir competencia y eficiencia en la gestión de

los servicios. Los esquemas de competencia gestionados introducidos anteriormente en el artículo, buscan la forma de mantener en manos públicas las fuentes de financiamiento y aumentar la autonomía de los proveedores mediante la utilización de la descentralización o la compra de servicios de proveedores privados.

La separación del financiamiento de la provisión de servicios no resulta clara si no se dota de contenido a estas funciones. Por otra parte el papel de financiado, es decir, el papel del Estado como garante de un seguro social incorpora el de comprador colectivo de servicios para la población. Cabe destacar

que la función de financiador-comprador puede ser asumido por el ministerio de salud, la seguridad social o seguros privados. En el caso de Costa Rica, la C.C.S.S. asumiría tal función.

A continuación, se detalla las funciones básicas del financiador, comprador y el proveedor, o gestor del sistema de provisión. Las funciones básicas del financiador-comprador suelen incluir:

- Identificación de la población
- Objetivos y estrategia de salud
- Estrategia de compra
- Criterios de asignación
- Contratación de proveedores
- Control y evaluación del desempeño

A la vez, las funciones del proveedor incluyen:

- Producción de servicios
- Gestión de pacientes
- Gestión de recursos humanos y materiales
- Gestión económico-financiera
- Gestión clínica
- Control de calidad
- Control y evaluación

Como un ejemplo de la separación de funciones, el sistema catalán de salud separó las funciones de financiamiento y provisión, antiguamente integradas en el Instituto Catalán de Salud, mediante la creación de un organismo autónomo responsable para la compra de servicios de salud –el Servicio Catalán de Salud– y una institución responsable para la gestión y prestación de servicios de salud. A través del establecimiento de contratos anuales entre el financiador (SCS) y el proveedor (ICS), el sistema catalán de salud ha podido mejorar la calidad de los servicios y contener el gasto total en salud. A la vez, los sistemas vasco y gallego están implantando estos mismos cambios, además del desarrollo del marco legal para garantizar su sostenibilidad.

En el Reino Unido, la función del financiador ha sido descentralizada a nivel de distrito (DHA), cuya función es la compra de servicios para una población determinada, mientras que la organización y prestación de los servicios hospitalarios ha sido descentralizada a hospitales autónomos (NHS trusts). Por lo general cada comprador de distrito tiene la responsabilidad de compra servicios de salud para alrededor de 500,000 personas. Asimismo, se ha descentralizado en algunas áreas la responsabilidad de compra de servicios y los recursos a algunos médicos generales (GP fundholders) con el fin de incentivar la reducción de referencias y estimular la capacidad resolutoria del nivel primario. En resumen, una de las características más sobresalientes de las reformas inglesas ha sido la descentralización de la función de compra para una población definida.

## LA COMPETENCIA ENTRE PROVEEDORES

Como se ha señalado anteriormente, uno de los objetivos de las reformas ha sido la promoción de competencia entre proveedores. En parte, esta competencia es un resultado de la se-

paración entre financiamiento y prestación con el fin de introducir mejores niveles de eficiencia en el sistema y situar los sistemas de evaluación dentro de una lógica contractual.

En general, se ha utilizado dos mecanismos para estimular la competencia. Por un lado, la separación del financiamiento y prestación ha estimulado mayor transparencia en el sistema, haciendo explícito los objetivos en salud del comprador hacia el proveedor, así como promoviendo la vinculación entre los recursos financieros y la actividad. Por otro lado, el estímulo a la libre elección del usuario así como el vínculo de los recursos con la demanda del paciente ha cambiado la actitud de los proveedores hacia las necesidades y satisfacción de los pacientes.

En Suecia, por ejemplo, la creación de un mercado interno, con diferentes grados de competencia, ha aumentado la productividad, estimulado el control de costos y aumentado la satisfacción del usuario. Además, la implantación de políticas donde el dinero sigue al paciente ha promovido el fortalecimiento de la atención primaria y la consolidación de los servicios hospitalarios. En Estocolmo, se anticipa que con la introducción de mecanismos competitivos y una conciencia del costo, se reducirá el número de camas agudas mientras que se fortalece el cuidado a los ancianos y crónicos.

## LA COMPETENCIA ENTRE COMPRADORES

Aunque en la mayoría de los países existe un comprador público, con gestión pública, cuya función es la compra de servicios de salud para poblaciones definidas, además se puede someter la función de compra a la competencia por región.

En los Países Bajos, por ejemplo, las reformas incluyen la introducción de competencia a nivel del comprador. Es decir, la función de gestionar la compra de servicios para una población es sujeta a la competencia. Para evitar los problemas de selección riesgo se ha regulado el contenido básico del paquete comprado y el acceso al sistema. Además, se determina los niveles absolutos de financiamiento desde el nivel central con base per cápita. Desde el nivel central se evalúa que la eficiencia y eficacia de los servicios comprados y el cumplimiento por parte del comprador cumplan con unos estándares mínimos. Cabe destacar que estas reformas han sido posible debido a la gran cantidad de seguros privados operando en el mercado en los Países Bajos.

## LA FUNCIÓN DE LA SALUD PÚBLICA

En las reformas europeas, el establecimiento de políticas nacionales para mejorar la salud de la población y su vínculo con recursos financieros ha jugado un rol central en las reformas. Datos sanitarios de mortalidad y morbilidad por área, más un informe del Plan de Salud sirven de base para la definición de un paquete básico de salud.

El establecimiento de prioridades en salud ha sido una de los temas más discutidos en los últimos años. Mientras que instituciones, como el Banco Mundial en su Informe Mundial de Desarrollo de 1993, han popularizado el análisis de costo-efectividad es importante evaluar las alternativas que existan para establecer prioridades en salud, tales como «needs assessm-

ent», evaluación de la tecnología y planificación estratégica. En cualquier método que sea utilizado, el establecimiento de prioridades es un de los mecanismos principales para operacionalizar la relación contractual entre el comprador y proveedor dado la importancia de definir los servicios de salud que el comprador comprará.

En el Reino Unido, la salud pública está ubicada como una de las funciones centrales de los compradores a nivel de distrito. Se nombra en cada DHA un director de salud pública cuya responsabilidad primordial es la priorización de las necesidades de su población y la evaluación del costo-efectividad de diferentes intervenciones y tecnologías. Por tanto, hay una relación directa entre las necesidades de la población y los servicios que se compran. La aplicación de incentivos financieros desde el nivel central y a través de mecanismos de pago como el per cápita que incentivan la prestación de servicios preventivos para evitar gastos al futuro, ha sido un mecanismo eficaz para estimular la prestación de servicios de mayor costo-efectividad.

## LA INTRODUCCIÓN DE INCENTIVOS FINANCIEROS

Un de los factores predominantes en las reformas de Europa y los EE.UU. ha sido la introducción de incentivos financieros para promover la eficiencia, eficacia y calidad en la prestación de servicios. Además se ha utilizado los incentivos financieros para regular la demanda, tanto a nivel del paciente a través de la introducción de copagos como a nivel del proveedor a través de incentivos financieros para estimular la prestación a nivel primario o para aumentar la cirugía ambulatoria.

Mientras que el objetivo final de la introducción de incentivos financieros es mayor eficiencia, eficacia y calidad en la prestación de servicios, se puede distinguir tres niveles del sistema de incentivos financieros. El primer nivel, se refiere a los mecanismos, o incentivos, entre los financiadores-compradores y los proveedores. Cada sistema de pago tiene asociado una serie de ventajas y desventajas que se analizarán en el cuadro X. En este nivel, los principales mecanismos de pago que actúan como incentivos financieros incluyen:

- *Presupuesto histórico*: el sistema clásico de presupuestación en los sistemas de salud basado en el presupuesto histórico con ningún vínculo con la productividad o calidad de los servicios.
- *Presupuesto global*: el establecimiento de un techo presupuestario, considerando una cantidad X de servicios, con mayores grados de libertad para la ejecución del presupuesto.
- *Capitación*: el pago por persona afiliada o registrada dentro de un área determinada. Muchas veces este pago per cápita puede ser corregido por factores como edad, sexo e indicadores socioeconómicos. Sistema de pago predominante en los HMOs de los EE.UU.
- *Pago por actividad (sin regulación)*: el proveedor es el que determina la cantidad de servicios y el precio por cobrar al financiador. Este es el sistema típico de los seguros privados comprando servicios al sector privado.

- *Pago por actividad (con regulación)*: parecido al sistema anterior en cuanto a niveles de producción, pero normalmente se negocia tarifas predefinidas entre el financiador y el proveedor.
- *Pago por caso, o DRGs*: en este sistema se agrupa toda la actividad asociada a una intervención, p.ej. exámenes, días de estancia, laboratorio, etc., dentro de un grupo homogéneo definido mediante el agrupamiento de diagnósticos. A cada diagnóstico, por ejemplo, hernia inguinal menor de 15 años, se asigna un valor monetario y se paga con base en esta tarifa por caso.

Se puede identificar un segundo nivel en que pueden actuar los incentivos financieros entre los proveedores y los profesionales médicos y no médicos. En este nivel, los principales sistemas de pago que se utilizan para estimular la productividad incluyen:

- *Salario*: se determina el salario del empleado de acuerdo con un escalafón.
- *Capitación*: se asigna a cada médico una lista de pacientes y le paga un monto fijo por persona afiliada.
- *Pago por actividad*: en este sistema se remunera al médico de acuerdo con la cantidad de actividad generada y se paga cada evento aparte.

Un tercer nivel de incentivos financieros está relacionado con el vínculo entre la productividad o cumplimiento con metas y objetivos preestablecidos y el pago al centro. Por ejemplo, un elemento clave del sistema de los HMOs en los EE.UU. que permita incentivar la eficiencia del sistema es el establecimiento de un fondo de retención del 10 por ciento vinculado con la contención de gasto y otros objetivos o parámetros de prestación. Bajo este esquema, se estima la producción del centro y su gasto por año de acuerdo con ciertos objetivos o metas y se condiciona el desembolso del fondo de 10 por ciento con el cumplimiento con los objetivos. Si no se cumple con los objetivos en términos de gasto o producción o calidad, no se reintegra los fondos derivados del 10 por ciento de retención al proveedor.

En el siguiente cuadro se analiza las principales ventajas y desventajas de los diferentes sistemas de pago. También es útil para predecir el efecto de los diferentes sistemas sobre el costo/unidad, el volumen de servicios, la casuística, la calidad y la equidad del sistema. Estos efectos se presentan en los siguientes cuadros.

Cabe destacar que es posible combinar los diferentes sistemas de pago a los proveedores con el fin de optimizar las ventajas y desventajas de cada sistema.

En relación con la atención hospitalaria, diversos países han introducido mecanismos de pago que vinculan la actividad con los recursos a través de políticas donde el «dinero sigue al paciente». En Suecia, por ejemplo, se ha financiado hospitales por caso desde 1992. El resultado ha sido un aumento importante en productividad, incluyendo reducciones en las lista de espera y otros indicadores que indican baja productividad. A la vez, la experiencia en Suecia produjo un aumento importante en el gasto total en cuanto al aumento en la producción, lo cual

## Ventajas y Desventajas de Sistemas de Pago

Mecanismo de pago	Ventajas	Desventajas	Medidas para minimizar desventajas
<i>Presupuesto histórico</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Control centralizado del gasto</li> <li>• Fácil de proyectar gastos y hacer recortes</li> <li>• Proveedor puede minimizar prestación</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No tiene incentivos a la eficiencia</li> <li>• Impone utilización de recursos en forma fija impedimento a la eficiencia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitorear rendimiento de recursos dentro de limitantes de factores fijos de producción (RRHH, capital)</li> </ul>
<i>Presupuesto Global</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fácil de proyectar gastos</li> <li>• Bajo costo administrativo</li> <li>• Flexibilidad dentro del techo permite mayor eficiencia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No tiene incentivos directos a la eficiencia</li> <li>• Proveedor puede minimizar prestación</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluar rendimiento y establecer metas específicas</li> </ul>
<i>Capitación</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fácil de proyectar gastos</li> <li>• Proveedor tiene incentivos de mejorar eficiencia</li> <li>• Tiende a reducir inducción de la demanda</li> <li>• Costos administrativos moderados</li> <li>• Puede incentivar prevención</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Riesgo financiero puede quebrar proveedor</li> <li>• Proveedor puede seleccionar riesgos para reducir gasto</li> <li>• Proveedor puede reducir calidad y cantidad de servicios</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Establecer contratos con objetivos y metas específicas</li> <li>• Establecer «programas» especiales para minimizar costo de riesgos costosos</li> <li>• Asegurar cierta nivel de competencia y permitir la libre elección del usuario</li> </ul>
<i>Pago por actividad (sin lista de precios sin regulación)</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Incentivos a aumentar la producción</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Difícil de proyectar gasto total</li> <li>• Tiende a aumentar gasto total</li> <li>• Incentivos para la inducción de la demanda</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Establecer contratos por volumen</li> </ul>
<i>Pago por actividad (con regulación y tarifas fijas)</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Incentivos a operación eficiente</li> <li>• Se puede incentivar oferta de servicios a través de precios</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Difícil de proyectar gasto total</li> <li>• Tiende a aumentar gasto total</li> <li>• Altos costos administrativos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Establecer techo presupuestario</li> <li>• Ajustar precios de servicios para contener gastos</li> <li>• Contratos por volumen</li> </ul>
<i>Pago por caso (DRG)</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Incentivos fuertes a mejorar eficiencia</li> <li>• Estimula a la gestión clínica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Altos costos administrativos</li> <li>• Proveedor tiene un incentivo a seleccionar riesgos de menor costo dentro de una categoría ambulatorio</li> <li>• Requiere sistemas de información avanzados</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Establecer sistema de pago con techos sobre volumen de servicio</li> <li>• Permite la implantación de sistema de pago mixto</li> </ul>

## Resumen de incentivos en sistemas de pago

Sistema de Pago	Costo/ Unidad	Servicios/ Casuística	Volumen (casos)	Selección de riesgo	Calidad	Equidad
Presupuesto global	--	--	-	0	0	+
Pago por actividad						
Sin regulación	-	++	+	0	+	-
Con regulación	--	++	+	+	+	-
Per capita ajustado	---	--	---	++	-	+
Pago x caso	--	--	++	+	+	-

### Leyenda:

--: Incentivos moderados a reducir

+: Incentivos moderados a aumentar

0: No tiene incentivos claros a alterar equilibrio

--: Incentivos fuertes a reducir

++: Incentivos fuertes a aumentar

llevó al sistema a una revisión general y una reducción de 10 por ciento en los precios pagados por caso.

En el Reino Unido se han implantado sistemas de pagos parecidos con resultados similares. El Sistema Nacional de Salud (NHS) empezó a utilizar tres mecanismos innovadores del pago: contratos por costo y volumen, contratos en «bloque», y pago por caso. En la práctica los contratos en «bloque» y por costo y volumen funcionaron como presupuestos globales. A principios de los 90s, Cataluña empezó con un sistema transitorio de financiamiento a los hospitales con base en la actividad, medida a través de Unidades Básicas de Actividad (UBAs). Aunque este sistema no permite incluir elementos de casuística como los sistemas de pago por caso (DRGs), se tuvo un impacto parecido a la experiencia en Suecia en cuanto al aumento en la productividad y la reducción de listas de espera.

A nivel primario, casi todos los países han implementado reformas que buscan el pago a los médicos generales, o las áreas de salud, a través de un sistema de capitación. En el Reino Unido, se ha definido listas de pacientes para cada médico general. La compra de servicios a los médicos generales se hace de acuerdo con la cantidad de personas adscritas a la lista y un pago per cápita diferenciado de acuerdo con algunas características como edad, sexo e índices socioeconómicos. Se paga un 60 por ciento del salario del médico a través del sistema de capitación y otra parte de acuerdo con la producción de servicios relacionados con la promoción. Como el sistema de HMOs en los EE.UU. las experiencias del pago per cápita han producido cambios importantes en cuanto a la contención del gasto y los incentivos a ampliar la prestación de servicios preventivos.

## LA INTRODUCCIÓN DE LA LIBRE ELECCIÓN

La necesidad de aumentar las opciones de proveedores a la disposición de los usuarios y hacer los proveedores más susceptibles a las necesidades de los usuarios es un denominador común en casi todos los países en reforma. Además, la introducción de mayores grados de libre elección para los usuarios ha sido un mecanismo eficaz para aumentar la competencia en el sistema en cuanto al dinero sigue al paciente. Es decir, cuando se pone los proveedores a competir para el dinero de los pacientes se ha mejorado la calidad del sistema, y en algunos casos, se ha reducido los precios de los servicios.

Suecia es un ejemplo de un país que ha aumentado el grado de escogencia por parte de los pacientes, principalmente porque el sistema de planificación centralizada que operaba antes de las reformas tenía restricciones importantes en cuanto a la libre elección de los pacientes. Como resultado de estas reformas, los pacientes tienen más flexibilidad para escoger su médico general y su hospital de referencia. Mientras se ha logrado cambios importantes en la calidad de los servicios mediante la introducción de libre elección, está claro que hay un «trade-off» entre el grado de elección y el costo del sistema. Los EE.UU. es un ejemplo de un país donde los pacientes tienen mucha libertad de elegir su proveedor o médico, pero el efecto en cuanto a los gastos del sistema han sido catastróficos, dado que los proveedores tienden a utilizar una tecnología más compleja e intervenciones de mayor costo, dada su presunta correlación con calidad.

## FORTALECIMIENTO DE LA GESTIÓN CLÍNICA Y FINANCIERA

Como complemento a las políticas discutidas anteriormente, la mayoría de los países han introducido políticas orientadas al fortalecimiento de la gestión de los servicios de salud. Por lo general, la mayoría de estas iniciativas pretenden evolucionar desde una cultura de administración hacia una cultura de gestión en el sentido empresarial.

Las políticas introducidas en el sector salud en este campo, buscan la incorporación de instrumentos y técnicas de gestión que permitan mejorar la gestión de los servicios y cambiar la cultura del médico para hacerles entender la necesidad de fortalecer la gestión clínica.

Por el lado de la gestión clínica, la mayoría de las actividades están orientadas al involucramiento de los clínicos en el proceso de gestión a través de programas de gestión clínica y nuevas formas de gestionar la actividad clínica con un enfoque más empresarial (auditoría clínica, revisión de utilización, la introducción de protocolos y programas de calidad total). Además, muchos países están introduciendo una combinación de desregulación y regulación como una forma de mejorar la gestión en el sector salud. Un acontecimiento importante en este campo ha sido la definición de nuevas agencias cuya responsabilidad principal es la evaluación de costos y beneficios de la tecnología, intervenciones alternativas y productos farmacéuticos.

Por el lado de la gestión financiera, diversos países han introducido gerentes, en el sentido empresarial, a la gestión de centros de salud. En muchos casos estos gerentes han sido «importados» del sector privado para promover una transferencia rápida del conocimiento del sector privado al sector público. En Cataluña, por ejemplo, a finales de los 80s se introdujo gerentes de empresas privadas como la Firestone a los hospitales para mejorar la gestión y efectuar la transferencia de técnicas empresariales al sector hospitalario.

A la vez, muchos países están estableciendo sistemas retributivos que vinculan el rendimiento de los empleados, específicamente los gerentes y jefes de servicio, con la remuneración. En el hospital Costa de Sol en Andalucía, por ejemplo, se estableció un 60 por ciento de los salarios de los gerentes como fijo y un 40 por ciento variable de acuerdo con el cumplimiento con una serie de objetivos relacionados con la eficiencia y calidad en la prestación de servicios.

Con la excepción de los cambios en los sistemas retributivos, una ventaja de estos sistemas de gestión es que la mayoría de los países los pueden iniciar sin cambios legislativos, y además establecen un marco importante para implantar los cambios sistémicos identificados en relación con las reformas mediante la introducción de cambios culturales que promueven una cultura de gestión.

## CONCLUSIONES

La evidencia de las experiencias de reformas en Europa y los EE.UU. presenta demostración convincente en relación con

los méritos de la separación entre las funciones de financiador, comprador y proveedor y la implantación de instrumentos operativos como los mecanismos de asignación de recursos. En este documento hemos analizado las experiencias de reforma y sus mecanismos con el propósito de rescatar su importancia dentro del actual proceso de modernización por el que transita la C.C.S.S.

El diseño de reformas en el sector salud es un proceso continuo en que se deberían tomar unas cuantas decisiones básicas en relación con la estructura de organización y los instrumentos de financiamiento y luego ir ajustando el sistema de acuerdo con los resultados.

Las opciones presentadas en este documento no pretenden ser definitivas o excluyentes, sino buscan la introducción de diversos mecanismos para mejorar la eficiencia y calidad de los servicios y garantizar una cobertura básica a toda la población. En general estos mecanismos concuerdan con la nueva visión que se está conformando en diversos países para el sector público. Como se señaló en la introducción, todo el mundo coincide en que el sector salud será menos monolítico, más empresarial, menos basado en procedimientos administrativos, operando en una red de contratos, más orientado al usuario, y con un cierto nivel de competencia entre proveedores de servicios y, en algunos casos, entre financiadores. El presente artículo ha presentado algunos de los instrumentos básicos para llegar a este fin y los resultados que se podría esperar con su implantación en cuanto a la contención de gastos, mejoras en la calidad de los servicios y en la satisfacción de los usuarios.

## BIBLIOGRAFÍA

- Abel-Smith, B., «Contención de costos y reforma del sector salud en países miembros de la OCDE». Estudios Públicos, 58, otoño, 1995.
- Cercone, J., «Internal markets in Latin American health care systems», Paper prepared for the 2nd Canadian Conference on International Health. November 1995.
- Ham, C. y M. Brommels, «Health care reform in the Netherlands, Sweden and the United Kingdom». Health Affairs, Winter 1994.
- Kutzin, J. «Incentive payments and providers». World Bank Working Paper No. 173. 1995.
- Maynard, A. y K. Bloor. «Introducing a market to the United Kingdoms National Health Service». The New England Journal of Medicine, 29 de febrero, 1996.