

Estudios Mayores de
Investigación
Aplicada 2, Documento
de Trabajo 2

**Mecanismos de pago
a prestadores en el
sistema de salud:
incentivos,
resultados e impacto
organizacional en
países en desarrollo**

Agosto de 1998

Preparado por:

**Daniel Maceira, M.S.
Consultor
Abt Associates Inc**



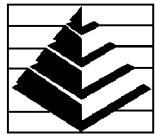
Partnerships
for Health
Reform

PHR

 Abt Associates Inc. # 4800 Montgomery Lane, Suite 600
Bethesda, Maryland 20814 # Tel: 301/913-0500 # Fax: 301/652-3916

In collaboration with:

Development Associates, Inc. # Harvard School of Public Health #
Howard University International Affairs Center # University Research Corporation



Partnerships
for Health
Reform

PHR

Misión

El Proyecto Colaboración para la Reforma de la Salud (Partnerships for Health Reform, PHR) se dedica a mejorar la salud de la población en países de ingresos bajos y medios por apoyar reformas del sector salud que garanticen acceso equitativo a servicios de atención de salud eficientes, sostenibles y de calidad. En asociación con colaboradores locales, PHR promueve un enfoque integrado para la reforma del sector salud y desarrolla habilidades locales en las siguientes áreas clave:

- ▲ *Promover el diálogo y la participación en la formulación de las políticas de reforma en el sector salud*
- ▲ *Desarrollar sistemas financieros equitativos y viables*
- ▲ *Mejorar la organización y gestión de sistemas de salud*
- ▲ *Desarrollar incentivos para promover servicios de atención médica eficaces y de calidad*

PHR avanza el conocimiento y las metodologías para desarrollar, implementar y vigilar las reformas del sector salud y su impacto, e informa y guía el intercambio de conocimientos sobre cuestiones vitales de la reforma del sector salud.

Agosto de 1998

Cita sugerida

Maceira, Daniel. Agosto de 1998. *Mecanismos de pago a prestadores en el sistema de salud: incentivos, resultados e impacto organizacional en países en desarrollo*. Estudios Mayores de Investigación Aplicada 2, Documento de Trabajo 2. Bethesda, MD: Partnerships for Health Reform Project, Abt Associates Inc.

Para obtener copias adicionales de este informe, comuníquese con PHR Resource Center at PHR-InfoCenter@abtassoc.com o visite nuestro punto en la Web www.phrproject.com.

Contrato No.: HRN-C-00-95-00024
Proyecto No.: 936-5974.13

Presentado a: Robert Emrey, COTR
Health Policy and Sector Reform Division
Office of Health and Nutrition
Center for Population, Health and Nutrition
Bureau for Global Programs, Field Support and Research
United States Agency for International Development

Extracto

El objetivo de este trabajo es contribuir al desarrollo de un modelo de investigación que analice el impacto que producen métodos alternativos de pago a prestadores de servicios de salud en países en desarrollo. El presente trabajo considera la estructura de pago a prestadores como una forma de contrato entre éstos y los compradores, y a fin de abordar el problema acerca de cuál es la mejor manera de desarrollar mecanismos de pago adecuados, se recurre a la literatura económica sobre contratos de agencia. Además, en el trabajo se sugiere la necesidad de estudiar cómo influyen los mecanismos de pago en la organización del sistema de salud, no sólo en términos de la estructura del mercado, sino también de la organización interna de los prestadores. Se argumenta que los cambios en los mecanismos de pago causan reestructuraciones en la modalidad de prestación de los servicios, ya sea por transferencia de riesgo, especialización, competencia, integración, etc. que, a su vez, influyen sobre el rendimiento de la asistencia médica. Al mismo tiempo, distintas condiciones básicas en el sector salud pueden afectar la magnitud del impacto provocado por nuevos mecanismos de incentivos. En este trabajo se tratan los principales métodos de pago y los incentivos inherentes a ellos.

También se ofrece una perspectiva general de las principales estructuras de pago en los países de la OCDE. Luego, se debate la influencia que ejercen las reformas en el pago a prestadores sobre la estructura del mercado de la asistencia médica y la organización interna de los prestadores. Asimismo, se presentan diversos ejemplos basados en investigaciones empíricas que sirven para explicar el efecto de estas reformas en los resultados intermedios (tales como la organización de la prestación médica) y finales (tales como niveles de gasto, utilización, calidad y resultados en el área de salud). Para finalizar, se propone una lista de temas que deberían ser tomados en cuenta en el momento de desarrollar un modelo de investigación sobre sistemas de pago a prestadores.

Índice

Siglas	v
Agradecimientos	vii
1. Introducción	1
2. Pago a prestadores: debate metodológico a partir de la literatura económica	3
2.1 Métodos de pago a prestadores: un contrato entre múltiples actores	3
2.2 Opciones del contrato económico: métodos de pago e incentivos inherentes a ellos	4
2.3 Investigación empírica: ejemplo de los efectos producidos por el pago a prestadores sobre el rendimiento de la asistencia médica en los países de la OCDE	6
3. Interacción entre sistemas de pago, estructura del mercado y organización interna de los prestadores	11
3.1 Tópicos para un programa de investigación sobre pago a prestadores en los países en desarrollo	11
3.2 Pago a prestadores y la estructura de los mercados de asistencia médica	12
4. Sugerencias para una agenda de investigación aplicada	21
Anexo A: Cuadros	23
Anexo B: Referencias	27

Lista de Tablas

Cuadro 1: Seis métodos de pago y los principales incentivos que crean	5
Cuadro A-1: Financiación y pago de servicios hospitalarios en Europa a pacientes internados	23
Cuadro A-2: Principal método de pago a médicos que brindan atención primaria, en países de Europa Occidental	24
Tabla A-3: Trabajos empíricos revisados: métodos y resultados	25

Lista de Figuras

Figura 1:	Paradigma estructura-conducta-rendimiento en los mercados de Cuidado de la salud	14
-----------	---	----

Siglas

GRD	Grupo Relacionado con el Diagnóstico
HMO	<i>Health Maintenance Organization</i>
IMS	Institución de Mantenimiento de la Salud
NGR	Número de Grupos Refinados
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organización No Gubernamentales
OPP	Organización de Prestadores Preferidos
SPA	Sistema de Pago Anticipado

Agradecimientos

Deseo expresar mi agradecimiento a Sara Bennett, Ricardo Bitrán y Annemarie Wouters por sus valiosos comentarios y sugerencias.

1. Introducción

En los últimos años, la cuestión concerniente a la manera prestar los servicios de salud que resulten más eficaces en función de los costos incurridos ha adquirido cada vez mayor interés entre los encargados del manejo de la asistencia médica, los seguros de salud, los prestadores, los pacientes y los gobiernos. Los sistemas de pago a prestadores han sido uno de los puntos clave en este debate. Estos mecanismos se definen como la forma en que se asigna al prestador del servicio de salud el dinero proveniente del gobierno, la compañía de seguros u otro organismo financiador. Distintos sistemas de pago generan distintos incentivos para la eficacia, la calidad y la utilización de la infraestructura de salud, y estos incentivos pueden variar según se trate del prestador, el paciente o el pagador.

Hasta la fecha, poco se sabe acerca del efecto producido por las reformas en los sistemas de pago a prestadores en los países en vías de desarrollo (Bitrán y Wouters, 1997). Para remediar esto, el Programa de Investigación Aplicada del Proyecto Colaboración para las Reforma de la Salud (*Applied Research Program of the Partnerships for Health Reform Project*) prevé evaluar cómo influyen estas reformas en un grupo seleccionado de países en desarrollo. En este trabajo se señalan algunos temas importantes que deben considerarse al diseñar un modelo de investigación. También se pasa revista a la literatura sobre la organización industrial y la economía de salud con el propósito de confeccionar una lista de los potenciales efectos intermedios y finales de la reforma en el pago que podrían monitorearse como parte de este proyecto de evaluación. Esta revisión no pretende ser exhaustiva, sino que apunta a presentar datos suficientes para justificar la consideración de diversos tópicos en el diseño de investigación. Específicamente, se propone que se estudien los efectos de los mecanismos de pago en la organización de los sistemas de salud en términos de la estructura del mercado y de la organización interna de los prestadores. El argumento principal es que los cambios en los mecanismos de pago provocan reestructuraciones en la modalidad de prestación—es decir, desplazamiento del riesgo entre proveedores; especialización médica y hospitalaria; competencia, integración o acuerdos contractuales entre prestadores—que influyen en el rendimiento del servicio. Estos cambios son particularmente importantes en los países en desarrollo, donde los sistemas mixtos público-privado interactúan, se afectan mutuamente y generan diferencias en la calidad y en la asignación de recursos entre los países y dentro de ellos.

La sección 2 se ocupa principalmente del análisis de los mecanismos de pago a prestadores. En la sección 2.1., se introduce la noción de que estos mecanismos pueden verse como contratos entre varios actores que no cuentan con la misma información y cuyos objetivos no siempre son coincidentes. En la sección 2.2., se pasa revista a los incentivos creados mediante diversos métodos de pago y la manera en que estos incentivos pueden utilizarse para mitigar problemas reales. En la sección 2.3., se dan algunos ejemplos de ejercicios empíricos destinados a medir el efecto de los esquemas de pago en el rendimiento de la asistencia médica. En la sección 3, se analiza la interacción entre sistemas de pago, estructura del mercado y organización interna de los prestadores. En la sección 3.1., se describe el uso de este enfoque para los países en desarrollo, mientras que en la sección 3.2., se pasa revista a la literatura sobre el campo de la organización industrial. En esta misma sección, se explica cómo los incentivos de pago pueden modificar la organización interna de los prestadores y reformar—o verse afectados por—la estructura del mercado del sistema de salud, utilizando algunos ejemplos de la investigación empírica acerca de

esta relación. Por último, en la sección 4, el trabajo concluye con un resumen de los temas clave que deben tenerse en cuenta al diseñar una investigación destinada a evaluar el efecto de las reformas en el pago en los países en desarrollo.

2. Pago a prestadores: debate metodológico a partir de la literatura económica

2.1 Métodos de pago a prestadores: un contrato entre múltiples actores

Todo contacto entre médico y paciente implica un problema de información asimétrica, para desventaja de este último. El paciente depende del médico para conocer la naturaleza de su enfermedad pero no sabe si la cantidad y calidad de la asistencia recibida son las correctas. Sólo los resultados pueden (a veces) evaluarse. Además, si el paciente no paga directamente sino a través de un seguro médico, no tiene que preocuparse por el costo del tratamiento, con lo cual mucho más queda librado al criterio del médico. Por lo tanto, el problema de información se plantea entre el profesional y la compañía aseguradora. Asimismo, las aseguradoras y los pacientes no siempre tienen las mismas ideas acerca del tratamiento “correcto”. El problema es cómo alinear las preferencias de todas las partes.

Los mecanismos de pago a prestadores son una de las herramientas con las que se puede abordar este problema. Un mecanismo de pago puede definirse como un tipo de contrato entre dos o más actores—pacientes, prestadores y pagadores—que crea incentivos específicos para la prestación médica y minimiza el riesgo de que se manifieste una conducta oportunista. En el caso de los mecanismos de pago a prestadores, éstos sirven para ocuparse de algunos de los aspectos derivados de la falta de información simétrica entre actores, al definir reglas como el precio por paciente o grupo de pacientes, el reintegro de los costos y los criterios para el traslado o rechazo de pacientes. Si bien este tema se encuentra en el programa de cualquier sistema de salud, resulta de suma importancia en el caso de los países en vías de desarrollo, en los cuales la escasez de recursos disponibles para la asistencia médica requiere que se obtenga el mayor provecho posible de la inversión en esta área.

La literatura económica se refiere a este tipo de contratos que crean incentivos en base a información imperfecta como teoría de la agencia. Esta teoría analiza la relación contractual entre dos actores: un *principal* y un *agente*, donde el primero contrata al segundo para que realice una tarea o servicio. Si los objetivos de ambos actores no necesariamente concuerdan, entonces el agente—sabiendo de la imposibilidad de que se supervisen/conozcan perfectamente sus acciones—no cumple con los objetivos del principal si existe una contradicción entre éstos y los propios. Según la teoría del principal-agente, no existe el contrato perfecto pero se puede llegar al mejor acuerdo posible si el principal genera incentivos de manera que la mejor opción para el agente sea alinear lo más posible sus metas con las del principal. Esos incentivos se relacionan especialmente con los mecanismos de pago.

Las reformas en el pago a prestadores afectan principalmente a cuatro actores: la infraestructura sanitaria (por ej. hospitales), los profesionales de la salud (por ej. médicos y enfermeros), los pacientes y los aseguradores/pagadores. Cada actor tiene su propio conjunto de

objetivos que pueden o no coincidir con los de los demás. Dependiendo de la manera en que se los utilice, los mecanismos de pago a prestadores pueden aumentar las diferencias entre estos objetivos o pueden constituir un medio para conciliar los objetivos de cada actor con el resto. Los pagadores son las instituciones que aseguran y pagan los servicios de salud. Sus ingresos provienen de los pacientes directamente, o indirectamente a través de los impuestos, como en el caso del sistema público de salud. Los pagadores privados (por ej. las compañías de seguros médicos) tienden a maximizar una función de beneficio, mientras que los pagadores públicos buscan minimizar el costo. Los hospitales pueden ser instituciones con o sin fines de lucro. Las primeras buscan obtener beneficios, mientras que las segundas buscan combinar beneficios y maximización de cantidad de pacientes atendidos (Dranove, 1988b). La intención de los pacientes es maximizar su propio conjunto de preferencias, de las cuales invertir en asistencia médica es sólo una de entre las muchas maneras que eligen para gastar sus recursos. Finalmente, los profesionales de la salud tienden a maximizar los beneficios, aunque su conducta varía de acuerdo con sus preferencias por el altruismo hacia los consumidores de servicios de salud.

Las relaciones entre los actores en la prestación médica están determinadas por las diferencias/similitudes en cuanto a sus objetivos y al grado de precisión con que se puede controlar el desempeño vía acuerdos/contratos negociados. Los médicos, como mandatarios (agentes) de los pacientes, de las instituciones sanitarias y de las aseguradoras, a menudo se encuentran atrapados entre conjuntos de objetivos contrapuestos. En la medida en que su desempeño como agentes no se puede controlar, podrían perseguir sus propios objetivos y no los del principal con el que tienen un contrato. Los investigadores suelen utilizar esto como explicación para la demanda inducida de servicios de salud (Dranove, 1988a).

Una solución parcial para ese problema sería elegir métodos de pago que alineen (o sirvan para alcanzar un término medio entre) los objetivos del principal y del agente. En otras palabras, los métodos de pago a prestadores pueden constituir un mecanismo que permita llegar a un término medio entre actores que tienen distintos objetivos, así como también pueden ofrecer incentivos financieros para alentar a los actores a alcanzar esos objetivos acordados. Por ejemplo, Ellis y McGuire (1986), en un ejercicio de modelización económica, comprobaron que, en una situación en la que un médico que busca obtener beneficios actúa como agente tanto del paciente como del hospital, un método de reintegro total de costos tiende a dar como resultado una oferta excesiva de servicios, mientras que, en un sistema de pago anticipado, el resultado dependerá de las “preferencias” del médico entre sus dos principales (el hospital y el paciente). Suponiendo que el hospital tiene más influencia sobre la facultad para recetar del médico, los autores sugieren que existe una tendencia hacia la oferta insuficiente de servicios de salud en un mecanismo de pago anticipado. Señalan que un método mixto de reintegro que combina elementos de los sistemas de pago anticipado y retroactivo puede ser la mejor alternativa para llegar a un término medio entre los objetivos de los tres actores.

2.2 Opciones del contrato económico: métodos de pago e incentivos inherentes a ellos

Si los métodos de pago a prestadores pueden servir para conciliar los objetivos de los diferentes actores en el mercado de salud, entonces resulta importante definir las opciones de pago a prestadores y los incentivos que éstas crean. Existen seis métodos de pago principales a tener en cuenta, los cuales se definen brevemente en el Cuadro 1. Estos incluyen: presupuestos por

partidas, presupuestos totales, capitación, pago basado en el caso (módulo), *per diem* (arancel diario) y arancel por servicio (Wouters et al., 1998: Organización Mundial de la Salud, 1996; Swartz y Brennan, 1996; Lave y Frank, 1990).

Cuadro 1. Seis métodos de pago y los principales incentivos que crean			
Método de pago	Unidad de servicio	Anticipado o retroactivo	Principales incentivos creados (Nota: cada uno de estos métodos deben de estar acompañados por mecanismos que aseguren la calidad del servicio)
Presupuesto por partida	Categorías presupuestarias funcionales	Uno u otro	Poca flexibilidad en la utilización de recursos, control de los costos totales, pocos incentivos para mejorar la productividad, a veces se traduce en racionamiento
Presupuesto global	Unidad sanitaria (hospital, sanatorio, puesto sanitario)	Anticipado	Los gastos se fijan artificialmente y no según las fuerzas del mercado, no siempre relacionados con los indicadores de desempeño, posible desplazamiento de costos si el presupuesto global cubre servicios limitados, puede haber racionamiento
Capitación	Por persona a un prestador de asistencia médica que actúa como tenedor de fondos	Anticipado	Incentivos para la oferta insuficiente, fuertes incentivos para mejorar la eficacia, aunque pueden causar que los prestadores sacrifiquen calidad, puede haber racionamiento, mejora la continuidad de la atención
Pago por caso (módulo)	Por caso o episodio	Anticipado	Incentivos para reducir los servicios por caso pero aumento en el número de casos (si la tasa por caso es superior a los costos marginales), incentivos para mejorar la eficacia por caso
Per diem (pago diario)	Por día	Anticipado	Incentivos para reducir los servicios por día pero aumento en el tiempo de internación (si la tasa <i>per diem</i> está por encima de los costos marginales)
Arancel por servicio (pago por prestación)	Por unidad de servicio	Retroactivo	Incentivos para aumentar las unidades de servicio

Al definir un método de pago a prestadores, es importante especificar cuándo se establecen las tasas de pago. Cuando la tasa de pago por un paquete de servicios de asistencia médica se negocia y se acuerda antes de que se lleve a cabo el tratamiento, se la denomina pago anticipado. Las tasas de pago establecidas por anticipado—incluido el pago por caso (módulo) y el pago *per capita*—incentivan más la eficacia pues el prestador enfrenta un riesgo financiero mayor. Cuando la tasa de pago se fija durante o después de la prestación del servicio, se la denomina pago

retroactivo, o a veces, reintegro basado en el costo, y se caracteriza por aumentar los costos en vez de reducirlos.

El arancel por servicio, o pago por prestación, es una forma típica de reintegro retroactivo. Si bien el precio de cada servicio puede fijarse de antemano, los prestadores no se ven limitados por un acuerdo predeterminado sobre el tipo y número de servicios prestados.

Los métodos de pago destinados a mejorar los incentivos para lograr eficiencia deben poder diferenciar entre los prestadores que tienen un costo alto porque son ineficaces de los que tienen un costo alto porque atienden a pacientes gravemente enfermos o enfrentan precios de insumos locales más altos.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 1996) sugiere que los objetivos de los contratos de seguro entre prestadores y pacientes, establecidos por medio de métodos de pago, deben servir para mejorar la eficacia y la calidad, aumentar la disponibilidad, permitir que el paciente elija al médico y deben ser fáciles de implementar. A menudo, las comunidades europeas han optado por combinar diversos métodos de pago para así incrementar la productividad sin dejar de mantener satisfecho al paciente y ejercer un control adecuado de los costos. Además, en los países de Europa Occidental existe una perspectiva compartida de que todos los miembros de la sociedad tienen la responsabilidad de garantizar, a través de la acción colectiva, un nivel adecuado de bienestar para todos (Graf von der Schulenberg, 1994). Muchos países europeos tienen mecanismos de precios para proteger a los pobres y a los ancianos. En los Cuadros 1 y 2 del Anexo se resumen los esquemas de pago para la atención ambulatoria y de internación en los países de Europa Occidental, según informes elaborados por la Oficina Europea de la OMS (OMS, 1996). En los cuadros se muestra que 10 de los 16 países europeos considerados utilizan presupuestos anticipados para pagar los costos de explotación de los servicios hospitalarios de internación. El resto utiliza alguna forma de pago que se relacione con la cantidad de servicios prestados. De ellos, tres países relacionan los pagos con los días-paciente. En términos de los servicios de atención primaria, 11 de 17 países usan médicos contratados. De éstos 11 países, cinco pagan a esos médicos por medio de aranceles por servicio—o pago por prestación—(Austria, Bélgica, Alemania, Luxemburgo, Suiza), cinco utilizan algún tipo de diferenciación por edad o por ingreso y cinco emplean algún tipo de sistema de control.

2.3 Investigación empírica: ejemplo de los efectos producidos por el pago a prestadores sobre el rendimiento de la asistencia médica en los países de la OCDE

En esta sección, se presentan algunos ejemplos tomados de los países de la OCDE y se investiga la manera en que el pago a prestadores incide en ciertos rendimientos de los sistemas de salud, como tiempo de internación, gastos, número de consultas y calidad. Esta revisión no intenta ser un trabajo exhaustivo sino que busca destacar las características de los estudios empíricos realizados en naciones industrializadas y ocuparse, en particular, de los mecanismos de pago para diseñar un modelo de investigación.

Uno tipo de estudio trata de aislar la estructura de pago y medir su impacto en los resultados de la atención médica. Por ejemplo, Cole et al. (1994) analiza los efectos que ocasionó pasar de un mecanismo de pago de arancel por servicio a un sistema de pago por capitación en los servicios de

salud mental en un centro psiquiátrico. Las hipótesis son que el nuevo sistema de capitación reduce la tasa de hospitalización y mejora el funcionamiento y los síntomas en los casos de adultos con enfermedades mentales graves y persistentes, sin aumentar los costos. El estudio, un ejercicio experimental controlado, se llevó a cabo en dos grupos de pacientes. El primer grupo—experimental—estaba cubierto por un sistema basado en capitación mientras el segundo—de control—estaba financiado bajo un esquema de arancel por servicio. El artículo demuestra que, durante el período de seguimiento de dos años, los pacientes que estaban sometidos a un tratamiento continuo y pertenecían al grupo experimental pasaron menos días en el hospital que aquellos que formaban parte del grupo de control. Sin embargo, el estudio no pudo detectar cambios significativos en los otros dos resultados seleccionados: los síntomas y la recuperación de los pacientes.

Un segundo tipo de análisis empírico aún intenta prever la influencia que puede ejercer un mecanismo de pago en el rendimiento de la asistencia médica. McCrone et al. (1994) y Wellock (1995) ejemplifican este enfoque. En el primer caso, los autores analizan las implicaciones que tendría una futura aplicación de un mecanismo del tipo “Grupos de Diagnósticos Relacionados” (GRD) o pago por caso para el reintegro de servicios de salud en el Reino Unido. Ese estudio busca establecer correlaciones entre el tiempo de internación y el diagnóstico que justifican la aplicación de dicho sistema. La hipótesis postula que la capacidad de los grupos de diagnóstico para explicar variaciones en el tiempo de internación puede demostrar la eficacia que representa usar esa estructura de pago. Se reunió información de cada paciente y se la distribuyó en 43 categorías de diagnóstico, definidas específicamente para el ejercicio. Usando estadísticas comparativas básicas, los autores calculan un indicador de homogeneidad en el tiempo de internación dentro de cada categoría de diagnóstico, y realizan correcciones de acuerdo con la edad del paciente. El ejercicio demuestra que sólo un 3% de la variación en el tiempo de internación se explica gracias a los grupos de diagnóstico armados.

Siguiendo la misma metodología, Wellock evalúa si es apropiado utilizar un sistema de clasificación del Número de Grupos Refinados (NGR) para financiar altas psiquiátricas en Alberta, Canadá, mediante la comparación con un estudio previo con la clasificación de GRD utilizada en los Estados Unidos. Para este autor, si bien el rendimiento de la metodología de NGR es mejor que el de los GRD de los Estados Unidos, el sistema todavía es bastante débil y sigue generando inequidad en los fondos asignados para tratar altas psiquiátricas.

Los dos artículos llegan a la conclusión de que los grupos de diagnóstico no son buenos indicadores del tiempo de internación y la utilización de recursos. Sin embargo, esas conclusiones no están fuertemente justificadas porque los autores no evalúan los incentivos que ofrece el método de pago actual sino hipotética, y por lo tanto no necesariamente miden la reacción del prestador a una nueva forma de pago. Miller y Sulvetta (1995) proponen una alternativa para analizar los efectos que tienen los cambios en los mecanismos de pago sobre los gastos. En su artículo, señalan el éxito de Medicare en los Estados Unidos para contener la cantidad de servicios a pacientes internados, que experimentarían un crecimiento anual del 6,3% del PBI entre los años 1985 y 1992, al mismo tiempo que los servicios a pacientes ambulatorios aumentaron a una tasa de 15,5% anual. El éxito de controlar los gastos de los pacientes internados puede atribuirse a la aplicación de un Sistema de Pago Anticipado (SPA) por internación. Sobre esta base, el Congreso de los Estados Unidos solicitó a la Administración de Financiamiento de Salud que extienda los SPA a los servicios ambulatorios.

El argumento básico planteado en el artículo es que un pago anticipado por consulta en los servicios ambulatorios será eficaz en términos de reducción de costos sólo en el rango de gastos ocasionados por la conducta del médico (es decir, la cantidad y la complejidad de los servicios brindados por consulta). No obstante, si los gastos ambulatorios de Medicare están impulsados por los precios de los insumos o el número de consultas por beneficiario, el aumento en los gastos no se verá afectado. Con la información sobre pacientes ambulatorios proporcionada por la Administración de Financiamiento de Salud, se seleccionó una muestra de consultas y se pudo comprobar un 21% de incremento en las cuentas a pagar por pacientes ambulatorios entre 1988 y 1990. El cambio total por año se dividió en distintos componentes que están fuera del control del prestador, tales como crecimiento de beneficiarios, precios de insumos y combinación de casos, que representan el 42% del cambio.

La conclusión derivada de este ejercicio es que un SPA basado en las consultas no crea incentivos para reducir la cantidad de consultas por beneficiario y, de hecho, produce la reacción contraria. Sobre la base de la suma de las consultas por beneficiarios y las variables exógenas del prestador, los autores concluyen que casi el 69% del crecimiento observado en las tarifas de Medicare no se resuelve mediante la aplicación de una política del tipo SPA por consulta.

Un tercer tipo de investigación relaciona la calidad de los servicios de salud con los mecanismos de pago. Hsia y Ahern (1992) verifican la validez de la creencia de que el pago anticipado recompensa el *skimping*¹ para una muestra de altas de Medicare. Si la hipótesis se confirma, el reintegro anticipado ofrece a los hospitales una motivación financiera para reducir no sólo los servicios innecesarios sino también los necesarios. De la muestra original de pacientes, el 5,5 % no alcanzó el nivel de atención de calidad reconocido profesionalmente, y casi todos eran casos de *skimping*, que se clasificaron según el tipo de servicio omitido (pruebas de laboratorio, radiología, terapia física, etc.). En algunos casos, la omisión de algunos servicios terapéuticos cambia el GRD y, por lo tanto, el pago. Sin embargo, en otros casos, la omisión de servicios no ocasiona cambios en la remuneración y crea una falta de incentivos económicos para su prestación. A fin de verificar el efecto de SPA en la calidad de la atención, los autores comparan pares de procedimientos, multiplicados por la probabilidad de incidencia del episodio cubierto por un cierto GRD.

De acuerdo con Hsia et al., cuando se detectaban casos de *skimping*, la mejor respuesta del hospital hubiera sido brindar buena calidad de atención. Esto hubiera incrementado las ganancias del hospital en un 7,9% ya que hubiera hecho que el paciente fuera considerado bajo otro GRD diferente y mejor remunerado. Como conclusión, la prestación de una buena calidad de atención está sustentada por el hecho de que la diferencia entre los pagos a GRD y los servicios estándar indicados por el médico aumentan más rápidamente cuando el nivel de especificidad del diagnóstico y la intensidad de la atención es más alto. Además, al separar el análisis por grupos de instituciones de acuerdo con la capacidad de camas y la edad del paciente, se descubrió que hospitales más pequeños tuvieron mucho más problemas de calidad que los hospitales más grandes. Sin embargo, los casos de *skimping* no presentan variaciones significativas según el tamaño del hospital.

Por último, Lave y Frank (1990) también estudiaron los efectos de los diferentes métodos de pago sobre el rendimiento de la asistencia médica, pero su análisis se desarrolla dentro de un

¹ Término utilizado para describir la presión ejercida por los hospitales sobre los médicos para omitir terapias y pruebas indicadas médicamente. Esto reduce los costos mientras el hospital recibe un pago de GRD destinado a cubrir todos los servicios necesarios.

contexto más amplio, que incluye los distintos servicios hospitalarios, diferenciación por ubicación geográfica, y otras características del paciente además del diagnóstico clínico. El artículo específicamente analiza los efectos que producen los cambios en los esquemas de remuneración a prestadores en el tiempo de internación, en este caso, para pacientes de Medicaid. Los resultados demuestran que la variación en el tiempo de internación para casos quirúrgicos es mucho más grande que para casos psiquiátricos y médicos. De acuerdo con Frank y Lave (1985), esto se debe a una mejor clasificación de GRD para pacientes quirúrgicos. En su estudio, las características de los pacientes están constantemente correlacionadas con el tiempo de internación: se asocia a las mujeres mayores afroamericanas con un tiempo de hospitalización más prolongado y a los ancianos, con estadías más cortas. Las variables relacionadas con las dependencias psiquiátricas arrojan el resultado esperado y extienden el tiempo de internación. Los hospitales más grandes y los hospitales de clínicas también están vinculados positivamente con la variable a explicar. En consecuencia, los casos anticipados y los contratos negociados siempre reducen el tiempo de internación a la vez que los pagos *per diem* tienen resultados diferentes según el tipo y la especialidad de la institución. De acuerdo con los autores, esa diferencia se debe a las variaciones en la relación entre tasas diarias y costos marginales entre los distintos tipos de pacientes y hospitales.

Los ejemplos presentados en esta sección demuestran cuán grandes son las posibilidades de analizar el impacto de los mecanismos de pago sobre el rendimiento de la asistencia médica así como también lo importantes que son los requisitos de información para realizar esos mecanismos. Por otro lado, estos estudios también buscan la manera de aislar el efecto que tiene el mecanismo de pago en el rendimiento de la atención médica debido a otras influencias—tales como características demográficas y disponibilidad de la infraestructura sanitaria—o la manera de incorporar adecuadamente el marco dentro del cual se desarrolla el vínculo entre pago y rendimiento. Este tema adquiere importancia para el diseño de un programa de investigación en los sistemas de salud de los países en desarrollo, con diversidad y disparidad—dentro y entre ellos—más amplia que los sistemas de salud europeos. Entender estas diferencias es el punto de partida para llevar a cabo y evaluar los efectos de las reformas de la asistencia médica en los países en desarrollo.

3. Interacción entre sistemas de pago, estructura del mercado y organización interna de los prestadores

3.1 Tópicos para un programa de investigación sobre pago a prestadores en los países en desarrollo

Para planificar un programa de investigación sobre los mecanismos de pago a prestadores en los países en desarrollo, y determinar los efectos que producen en los servicios de asistencia médica es necesario considerar dos grupos de elementos. El primero incluye conocer las reacciones típicas en el rendimiento que desencadena cada esquema de remuneración así como también el tipo de estudios empíricos realizados para medir esas reacciones (resumidas en la sección anterior). El segundo tiene en cuenta las limitaciones y restricciones que surgen del estudio de los sistemas de asistencia médica en los países en desarrollo, que podrían determinar no sólo los efectos de los incentivos de pago sino también sus posibilidades de investigación. Existen tres principales tipos de limitaciones: (1) no poder contar con información adecuada, (2) no conocer las condiciones básicas que existen antes de que comience la reforma de pago y (3) no conocer la manera en que la diversidad dentro y entre los países en desarrollo—en términos de situación de la salud, ubicación de la infraestructura, distribución de ingresos y recursos sanitarios, reglamentación, estructura del sistema de salud, etc.—afecta la relación entre los incentivos monetarios y los servicios de asistencia médica.

En los países en desarrollo, las fuentes de información son escasas y existen pocas posibilidades de llevar a cabo un estudio que explique las condiciones antes y después del cambio en los mecanismos de pago en la infraestructura, así como el diagnóstico y tratamiento de los pacientes. Se deben explorar otros medios alternativos de evaluación, por ejemplo, medir el impacto de los mecanismos de pago a prestadores en un nivel más general u ocuparse, en particular, de los resultados intermedios específicos que podrían ayudar a comprender cómo reacciona el sistema de salud frente a nuevos estímulos de pago.

Los países en desarrollo son mucho más diversos que los desarrollados, en términos de cuestiones no sólo sanitarias sino también de la organización de sus mercados de salud. Los cuadros 1 y 2 del Anexo muestran los países de Europa Occidental como un grupo de naciones con recursos, estrategias y estructuras de asistencia médica similares. En contraste, las naciones en desarrollo difieren en sus necesidades de asistencia médica y asignación de recursos aunque, en general, las poblaciones rurales dispersas tienen una cobertura escasa mientras que las zonas urbanas tienen una oferta relativamente excesiva. Los actores que participan de la prestación médica también difieren, al igual que sus interacciones. Además, la presencia de organizaciones no gubernamentales (ONG), de una estructura privada que se basa en la atomización de médicos que persiguen beneficios, en oposición a los esquemas de seguro organizados, o de una cobertura comunitaria basada en seguro social en oposición a sistemas de seguridad social formales, pueden

modificar la eficacia de toda reforma en mecanismos de pago. La razón es que los sistemas mixtos provocan interacciones que contrarrestan o aumentan el efecto de toda política que se aplica a uno de sus componentes. Como consecuencia del nivel de ingresos y la estructura del servicio de asistencia médica de cada país, los resultados de la asistencia médica difieren no sólo entre los países de una misma región sino incluso dentro de una misma nación². Por lo tanto, la aplicación de un sistema de pago por capitación a nivel hospitalario en un país principalmente rural con una población dispersa, con cuadros epidemiológicos pobres y una baja concurrencia a los centros de salud tendrá un efecto menor que si esa misma reforma se implementa en un país con alta concentración urbana, con una población educada y altos índices de concurrencia a los servicios sanitarios.

La próxima sección discutirá la necesidad de encontrar formas alternativas para medir el impacto de las reformas de pago a prestadores, sumada al requerimiento de explicar las reacciones entre y dentro de los prestadores que asocian el incentivo de pago con el efecto que produce en los servicios. Esta discusión incorpora varios principios que provienen del campo de la organización industrial, aplicados al análisis de mecanismos de pago a prestadores de servicios de salud. A lo largo de esta sección, se ilustrará el tema con ejemplos de investigación empírica realizada en economía de la salud que describen la relación entre los incentivos de pago, la estructura del mercado y la organización de prestadores de asistencia médica.

3.2 Pago a prestadores y la estructura de los mercados de asistencia médica

En secciones anteriores, se presentaron los mecanismos de pago como contratos entre dos o más actores: pacientes, pagadores/aseguradores, profesionales e instituciones de asistencia médica. Sin embargo, estos contratos no están aislados: se aplican en contextos con diferentes características de pacientes y prestadores así como también diferentes reglamentaciones institucionales y dotaciones de recursos. Por lo tanto, las distintas estructuras contractuales podrían tener impactos diferentes en los mercados de asistencia médica. Asimismo, un contexto distinto podría modificar la eficacia de un mismo contrato.

En consecuencia, los mecanismos de pago son sólo un ingrediente importante del sistema de prestación médica, que junto con otras condiciones básicas—a saber, infraestructura, cuadros epidemiológicos, niveles educativos, concentración urbana—redefinen los incentivos para los prestadores. Los hospitales y los profesionales responden a nuevos mecanismos de pago de maneras diferentes, reformando la estructura de los mercados de asistencia médica e influyendo sobre la prestación del servicio. A su vez, los incentivos modifican las estrategias y los

² Por ejemplo, en América Latina en 1992, el índice de mortalidad infantil en Uruguay era de 20 por 1000 mientras que en Bolivia el mismo indicador era de 75 por 1000. Para el mismo período, la esperanza de vida en Costa Rica y Haití era 76 y 57 años, respectivamente (fuente: banco de datos del Banco Interamericano de Desarrollo). Estas diferencias pueden existir dentro de un mismo país: en Perú, el índice de mortalidad infantil de Inka es el doble del de El Callao (102,8 y 52,4 por 1000) mientras que la esperanza de vida es 52,9 y 70,2 respectivamente. Las diferencias son todavía más marcadas en el caso del índice de mortalidad infantil en Colombia (Sucre, 25,7 por 1000 y Choco, 78,2 por 1000) a pesar de que la distribución de la esperanza de vida es similar (70,91 y 54,78 respectivamente). Fuente: para Perú, The Development Group.1991. "Peru health care assessment"; para Colombia, Florez y Mendez. 1995. "Estimaciones de Mortalidad Infantil en Colombia", mimeo.

rendimientos de los actores en términos de cantidad y calidad de atención ambulatoria y tiempo de internación, entre otros³.

Esta noción constituye el paradigma de *estructura-conducta-rendimiento*, sustentada por la perspectiva tradicional de la teoría de la organización industrial³, que se ha utilizado como marco de referencia para estudiar la conducta del mercado en un sentido amplio. De acuerdo con este enfoque, la *estructura del mercado* (es decir, la cantidad de prestadores y su participación en el mercado, el grado de diferenciación de producto y la subcontratación, así como las características del sector privado) determina una *conducta* de los oferentes del mercado (estrategias de fijación de precios, inversiones en capital e investigación y desarrollo, métodos publicitarios), que, a su vez, afectan el *rendimiento* del mercado (efectividad, eficacia en función de los costos, ganancias, equidad en la prestación de servicios). Las condiciones básicas, tales como los patrones epidemiológicos y la ubicación geográfica de los insumos, influyen simultáneamente en la estructura del mercado y la conducta del proveedor. Sin embargo, se sabe que la influencia de un solo elemento sobre los demás no es siempre unidireccional: el rendimiento retroalimenta la estructura, y los cambios introducidos en la conducta afectan las condiciones básicas que se vinculan con la estructura del mercado. La figura 1 muestra la organización típica de un paradigma estructura-conducta-rendimiento, que ha sido modificado para poder ilustrar el caso de los mercados de asistencia médica.

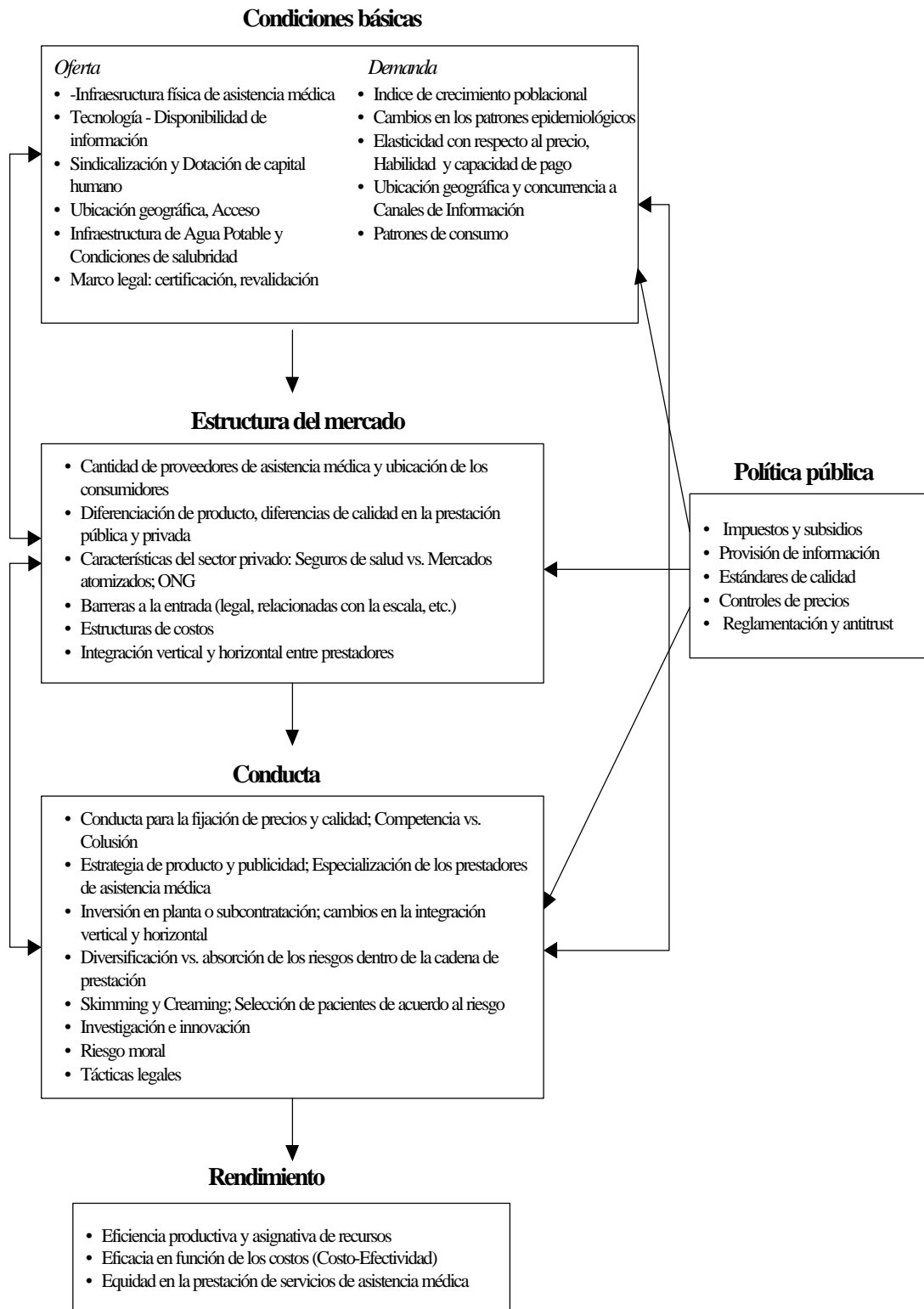
Staten et al. (1980) demuestra que, dada la amplia aceptación de organizaciones de prestadores preferidas (OPP) e instituciones de mantenimiento de la salud (IMS, conocidas como HMOs) en los Estados Unidos durante los años ochenta, las fuertes diferencias de precios pueden atribuirse al nivel de competitividad y a las diferencias en la capacidad de negociación de los actores entre los distintos mercados. Estos hechos confirman que no sólo las estructuras de pago sino también las características del mercado resultan relevantes al definir estrategias de fijación de precios en la asistencia médica.

La conducta de los prestadores médicos se relaciona no sólo con las reacciones frente a los pagadores y aseguradores sino también con el relativo impacto de las políticas de precios entre proveedores. De ahí que un aspecto adicional a incluir en la investigación sobre mecanismos de pago y rendimiento hospitalario sea la influencia de los esquemas de remuneración sobre diferentes tipos de instituciones hospitalarias, en términos de tamaño y tipos de servicios ofrecidos. Los costos hospitalarios varían considerablemente, incluso después de que se estandaricen las diferencias observables en los precios de los insumos y en la combinación de diagnósticos de los pacientes tratados. Según Pope (1990), “cuando se calcularon las tasas de pago de los Grupos de Diagnósticos Relacionados (GRD) para un Sistema de Pago Anticipado (SPA) de Medicare, se pasaron por alto estas enormes variaciones de costos”. De acuerdo con la fundamentación de

³ Los ejemplos abundan: el éxito de toda reforma de pago a prestadores será más profunda en las comunidades, cuyas población esté mejor educada o más avanzada en cuestiones epidemiológicas. Con el tiempo, todo sistema de pago por capitación, al promover la medicina preventiva en los prestadores de asistencia médica, tendería a ser más eficaz en las comunidades jóvenes que en las viejas. La cantidad de médicos por población podría afectar el rendimiento de un método de pago, creando competencia y modificando la calidad de la asistencia médica. Como ya se dijo, en los países con sistemas de asistencia médica mixta pública y privada, los incentivos que se generan en un solo sector pueden afectar al otro, compensar o aumentar la reforma en mecanismos de pago aplicada en uno de ellos. Incluso cuando el sistema de capitación crea incentivos para la asistencia médica preventiva y de bajo costo, es posible que no resulten eficaces en las zonas rurales, donde la población dispersa requiere una política de incentivos que esté más orientada a la demanda.

⁴ Sherer y Ross, 1990.

Figura 1: Paradigma estructura-conducta-rendimiento en los mercados de Cuidado de la salud



Basado en Scherer & Ross (1990)

establecer un costo “eficiente” por caso, se fijó un promedio nacional, que implicó una fuerte redistribución desde hospitales con altos costos hacia aquellos con bajos costos. Es posible que la divergencia de costos refleje diferencias legítimas en el tratamiento hospitalario y no ineficiencia, es decir, que ciertas diferencias en gravedad de pacientes “dentro de cada GRD” no sean capturadas por los grupos de diagnóstico utilizados por Medicare. Teniendo en cuenta este argumento, el SPA provoca una redistribución que no necesariamente crea incentivos para la eficiencia y la contención de costos. Pope (1990) demuestra que la solución radica en una combinación de SPA con un reintegro basado en costos, que permita la corrección tanto por la gravedad de los pacientes como por los costos hospitalarios históricos estandarizados por ubicación y tipo de casos tratados. Esta propuesta se asemeja a la respuesta general—aunque con costos incurridos en lugar del costo histórico—presentada por Ellis y McGuire (1986) sobre los mecanismos de pago en salud. En este ejemplo, se puede considerar que los cambios en la estructura del mercado son un resultado “intermedio” provocado por la definición de mecanismos de pago en la prestación médica. Desde una perspectiva de políticas públicas, el método sugerido en el artículo de Pope puede ayudar a diseñar mecanismos de pago a prestadores como una forma de coordinación entre la infraestructura pública y privada en los países en desarrollo y así “reformular” la oferta de servicios de asistencia médica de acuerdo con los requisitos de la población.

Existen muchas alternativas para cambiar las estrategias de los prestadores. Siempre dependiendo de las necesidades del paciente y las características de la infraestructura, los prestadores médicos pueden decidir especializarse en algunas actividades médicas o expandir los tipos de servicios que ofrecen. Es posible que prefieran mantener cierto tipo de pacientes y transferir el resto a otros prestadores. También podrían elegir evitar riesgos o costos inesperados y subcontratar ciertos servicios o, por el contrario, mejorar su reputación incorporando nuevos servicios de alta calidad en sus planes de atención.

Además, los prestadores suelen ofrecer servicios a pacientes que pertenecen a diferentes pagadores/aseguradores. Así, es factible que los cambios en los esquemas de pago realizados por un solo pagador puedan generar desplazamientos de costos entre pacientes por dos razones: primero, y dependiendo de lo competitivo que sea el mercado, el prestador puede efectuar descuentos en los precios entre consumidores según el método de pago que empleen. Segundo, un pagador que representa una gran parte de la clientela del hospital tiene mayores posibilidades de hacer rebajas en su estructura de remuneración (poder oligopsónico), forzando al prestador a hacer compensaciones por las pérdidas incurridas vía la imposición de precios más altos a otros consumidores. Es más probable que el prestador opte por esta alternativa frente a reducciones de pago originados por un pagador público, si dicha institución es sin fines de lucro, tal que maximice una combinación de ganancias y cantidad de servicios prestados⁵. Este argumento está sustentado por Dranove (1988b), que evalúa el desplazamiento de costos entre hospitales como respuesta a los descuentos en los pagos de Medicaid efectuados a principios de los años ochenta. El análisis empírico mide la correlación entre cambios en los precios cobrados a los pagadores públicos y los cambios en las ganancias por los recortes en los fondos recaudados por las internaciones de Medicaid. Este ejercicio demuestra que la correlación es negativa, lo que implica un desplazamiento de costos, una vez controlado por cambios en la estructura de costos y el nivel de concentración del mercado.

⁵ El argumento que sostiene que los prestadores sin fines de lucro maximizan una combinación de cantidades y ganancias se basa en la idea de que este tipo de institución tiene objetivos no sólo monetarios sino también altruistas. Considerando que el pagador público financia la asistencia médica de los pobres, ante un descuento en su remuneración por parte del gobierno, es más probable que el hospital sin fines de lucro transfiera los costos a otros pacientes que un prestatador comercial, cuyas metas son estrictamente monetarias.

Este análisis tiene implicaciones directas en un programa de investigación aplicada sobre mecanismos de pago a prestadores en los países en desarrollo, caracterizados por una estructura de asistencia médica mixta pública y privada. Un estudio de este tipo podría resultar especialmente útil en los países donde el sector público juega un doble papel como fuente de financiamiento y prestador sin fines de lucro de servicios de asistencia médica, que compiten en la prestación de servicios con prestadores privados con fines de lucro. Dicho análisis ayudaría a medir la eficacia de los mecanismos de pago bajo diferentes modelos de propiedad, o bien la eficacia de los diferentes esquemas de pago bajo estructuras de propiedad similares.

Se pueden distinguir dos temas principales a partir del enfoque estructura-conducta-rendimiento en el diseño de un plan de investigación sobre los mecanismos de pago. En primer lugar, el impacto de las reformas en el pago a prestadores no se pueden considerar en forma aislada: el mecanismo de pago puede indicar la dirección del cambio pero no su intensidad; otros factores definen una parte significativa del impacto. Esto es esencial cuando se llevan a cabo estudios comparativos, que requieren considerar las condiciones básicas de cada caso para evitar que se sobreestimen o subestimen los efectos de las políticas.

Como se vio en la sección 2.3, Lave y Frank (1990) reconocen que las características del sistema de pago de Medicaid representan sólo un grupo de factores que influyen en el tiempo de internación del paciente. Por lo tanto, los autores incluyen en el análisis otras variables que afectan el servicio hospitalario, entre ellas, las características del paciente y del hospital. Las características del paciente tienen en cuenta las diferencias en la población que busca asistencia médica en cada hospital, lo que constituye una “condición básica” que influye en la conducta del prestador y los resultados del mercado. Aún cuando el GRD mide la condición de la salud del paciente, sólo refleja los aspectos clínicos de la población. A fin de que el ejercicio sea más preciso, se deben incluir rasgos socio-demográficos, tales como sexo, raza y edad.

En cuanto a la oferta de servicios de salud, Lave and Frank incluyen dentro de las características del hospital: la presencia o ausencia de programas de internación parcial, la existencia de camas de largo plazo, la cantidad de salas de emergencia psiquiátrica y la cantidad de camas en la unidad psiquiátrica. Se espera que las primeras dos variables tengan signos positivos y negativos, respectivamente, ya que de alguna manera explican la estrategia de internación de cada institución. Estas variables, junto con la capacidad de camas de hospital y el nivel de intensidad de la enseñanza, representan las características de poder y diferenciación del mercado, y completan el grupo de variables explicativas desde el lado de la oferta. Ellas reflejan la “estructura” del paradigma estructura-conducta-rendimiento. Además, se consideran aspectos específicos relacionados con la “disponibilidad” de asistencia médica por región, mediante el uso de médicos *per capita*, camas de corto plazo *per capita*, y variables específicas por región.

En segundo lugar, el impacto de un mecanismo de pago a prestadores por servicios de asistencia médica sobre los resultados del sistema de salud es consecuencia de una secuencia de reacciones asociadas, provocadas por las políticas aplicadas a lo largo del sistema de cuidado de la salud. Esto permite medir los resultados intermedios de la reforma de pago a prestadores, tales como cambios en la asistencia preventiva-curativa, el aumento o la disminución en la transferencia de pacientes entre prestadores, así como también sus efectos en la organización interna de los proveedores de servicios de salud y en la estructura del mercado.

A fin de identificar medidas de resultados intermedios, se debería prestar especial atención a la organización interna de los prestadores y a su interacción con la estructura de pago y las condiciones del mercado. Por ejemplo, varios autores (Swartz y Brennam, 1996; Whitesell y Whitesell, 1995) señalan que los hospitales de los Estados Unidos han sufrido cambios sorprendentes durante los últimos 15 años en respuesta al marco regulatorio y a los métodos de pago que aplican los organismos gubernamentales y la industria de seguros. Estos cambios en el mercado hospitalario son vistos como mejoras en las medidas de reducción de la relación eficacia/costos, e incluyen fusiones, los cambios en la estructura de integración vertical y los métodos de subcontratación.

De acuerdo con Swartz y Brennan (1996), se puede considerar que la estrategia organizacional seguida por los prestadores médicos en los Estados Unidos es la respuesta a los incentivos financieros a lo largo del tiempo. Durante los años setenta y principios de los ochenta, “la toma de decisión de los médicos en las instituciones de mantenimiento de la salud (HMOs) debían ser eficaces en función de los costos porque peligraban debido a los costos de atención (pero)... los ahorros de los costos generados por las técnicas de revisión de uso tradicional habían empezado a estancarse para mediados de los años ochenta y los aseguradores comenzaban a buscar formas alternativas para reducir costos”. En consecuencia, las organizaciones de prestadores preferidas evolucionaron con rapidez. A principios de los noventa, y “a medida que el gerenciamiento de la asistencia madura, se buscan menos servicios por parte de especialistas y se hace necesario que los hospitales cuenten con centros de primeros auxilios más grandes para transferir sus sistemas existentes de atención secundaria y terciaria situados dentro del hospital. Esta situación originó una mayor integración vertical y horizontal de la asistencia médica con los hospitales, médicos y (en algunos casos) organizaciones de atención gerenciada (*managed care*) convergiendo en una sola estructura cohesiva dentro de una cantidad cada vez más numerosa de zonas metropolitanas”⁶.

El proceso de *integración/desintegración vertical*⁶, uno de los principales temas que forman parte del análisis de la estructura del mercado, tiene una aplicación directa en la infraestructura de servicios de salud. Es posible que los hospitales respondan a los cambios en los mecanismos de pago a prestadores reformando su organización interna o reacomodando sus relaciones contractuales con el personal. La integración vertical también constituye una decisión acerca de cómo se pueden asignar los recursos, manejar la incertidumbre y el riesgo o reaccionar ante la

⁶ “...sistemas de pago a terceros basados en costos generosos incrementaron la demanda de servicios médicos y así alentaron al sector con fines de lucro del mercado hospitalario, en particular en las grandes corporaciones de distribución de asistencia médica, que tuvieron un crecimiento explosivo durante los años setenta y principios de los ochenta. Los hospitales que eran propiedad de inversores, incluidos los sistemas multihospitalarios crecieron en gran medida gracias a las fusiones y ganaron poder a partir de su habilidad para recaudar capitales con el fin de reestructurar sus empresas y responder a las cambiantes condiciones del mercado. Los sistemas multihospitalarios y las cadenas de administración hospitalaria también beneficiadas por las importantes economías de escala para la compra, el gerenciamiento y el cumplimiento con los requisitos reguladores, ganaron poder del mercado al negociar con la industria de seguros (Whitesell y Whitesell, 1995).

⁷ En términos generales, se denomina integración vertical cuando una empresa compra / obtiene el control o firma un contrato específico con una segunda compañía, que es la prestadora de insumos para el proceso productivo o la compradora de sus productos como insumos para la producción de la segunda compañía. En los mercados de asistencia médica, un hospital puede contratar/comprar, por ejemplo, un centro de diagnóstico, e integrarlo verticalmente. Las razones pueden ser: reducir costos, asegurar calidad y entrega a tiempo de servicios, o reducir riesgo, entre otros factores. La literatura económica trata en profundidad los tipos y las oportunidades de integración vertical (Asanuma y Kikutani, 1992; Perry, 1989, entre otros).

⁸ Como señala Asanuma y Kikutani (1992), y Kawasaki y McMillan (1987), los procesos de integración vertical pueden estar asociados con las estrategias de absorción o transferencia del riesgo entre la primera empresa, es decir, el hospital, y sus prestadores. La absorción del riesgo se produce cuando el hospital prefiere mantener una red de calidad de prestadores, que buscan diferenciar sus productos de los de la competencia, incluso con el riesgo de sufrir pérdidas financieras. Por otro lado, el prestador podría tomar la decisión de transferir riesgo a los prestadores, contratándolos sólo durante períodos de mucha demanda y transfiriendo el riesgo financiero, es decir, deteniendo los acuerdos contractuales, cuando la demanda baja (Carlton, 1979). En ambos casos, el número de hospitales y contratadores eventuales así como también su capacidad de competencia, juega un papel decisivo.

competencia⁸. Es más, la integración vertical brinda a la empresa la posibilidad de eliminar el pago de márgenes de ganancia a proveedores y las eventuales ineficacias en la producción de insumos para el cuidado de la salud, lo que afecta su estructura de costos. Esto conduce a la introducción de cambios en competitividad y obtención de beneficios, dadas ciertas características de mercado y demanda. Es el instrumento que fija los límites de la empresa, ya que define la línea divisoria entre costos internos y transaccionales.

Melnick et al. (1992) demuestra la interacción entre los precios y la organización interna. En su artículo, investiga la importancia de los cambios del mercado en la definición de precios a nivel hospitalario. Se explican los precios *per diem* negociados entre una aseguradora de California Blue Cross y sus prestadores, mediante una serie de variables que representan la estructura del mercado, las características del prestador y los acuerdos contractuales entre ambas partes. La investigación confirma que la integración—conducta colusoria, fusión—de los dos prestadores llevaría a un incremento del 9% en los precios cuando la contratación selectiva es la estrategia que utilizan los pagadores para reducir los precios mientras conservan la calidad de la prestación.

Siguiendo el *enfoque de costos transaccionales* de Williamson (1979), los procesos del estilo de la integración vertical se desprenden de la idea de que cada bien o servicio requiere un cierto nivel de especificidad para su producción. La especificidad se define como requisitos en tecnología, calidad en resultados e insumos, así como también ubicación geográfica. Para cada nivel de especificidad, existen costos asociados con la producción de un bien o servicio dentro de la empresa—en este caso, la prestación de asistencia médica dentro de la unidad sanitaria—que difieren de los costos relacionados con la compra del mismo bien en el mercado o mediante la subcontratación. Esto se denomina la elección de “producir adentro o comprar afuera”. Cuanto más alto es el nivel de especificidad, tanto menor es la posibilidad de encontrarla en el mercado a un precio razonable o en las condiciones deseadas. Por ello, los requisitos de especificidad más altos están asociados a una producción interna y viceversa. Al igual que en el caso de los prestadores médicos antes de que se generen cambios en los mecanismos de pago, la probabilidad de contratar un servicio a terceros o producirlo dentro de la infraestructura sanitarias depende de la duración y las características de los contratos entre los pagadores y prestadores, así como también de la manera en que esos contratos ayudan a que los actores manejen el riesgo y la incertidumbre. En esta dirección, la literatura empírica sobre costos transaccionales podría contribuir a analizar los aspectos relacionados con el impacto de los cambios en los mecanismos de pago en los resultados intermedios de la atención de la salud⁹.

La aplicación de estos conceptos provenientes del campo de la organización industrial ofrece la oportunidad de desarrollar investigaciones de interés acerca de los mecanismos de pago, en especial en países en desarrollo. La falta de competencia entre prestadores de salud en algunos mercados, la volatilidad en los precios y los vínculos contractuales entre actores, así como las limitaciones en los sistemas de seguros en ciertos países, podrían requerir de estudios profundos de la secuencia de reacciones desencadenadas por una reforma en el sector salud. La literatura citada

⁹ Por lo general, los estudios empíricos de costos transaccionales toman en consideración una variable dependiente dicotómica—la elección de producir o comprar—explicada por una serie de variables independientes relacionadas, por ejemplo, con la especificidad del capital, de la ubicación geográfica o de la calidad. Alternativamente, se utiliza una serie de variables que caracterizan la “especificidad” a fin de explicar la duración del contrato entre prestadores y pagadores. Como los mecanismos de pago a prestadores determinan las cláusulas específicas en los contratos entre pagadores y prestadores, es posible utilizarlos como variables adicionales para explicar la organización interna de los prestadores de salud. Este tipo de ejercicio no se ha aplicado antes en los mercados de asistencia médica. Sin embargo, se lo empleó considerablemente en el campo de la organización industrial. Para mayores referencias, véase Joskow (1987) sobre duración de contratos, Monteverde y Teece (1982) sobre subcontratación y capacidades específicas, y Lyons (1994) que trata una serie de variables relacionadas con la confianza entre partes contratantes como una forma de medir la especificidad, que puede resultar de gran ayuda en el análisis de los esquemas contractuales de asistencia médica.

en esta sección podría resultar útil para identificar resultados intermedios del sistema a monitorear en diferentes niveles de la cadena de prestación de asistencia médica, ayudando a los encargados de elaborar políticas en el proceso de toma de decisión.

4. Sugerencias para una agenda de investigación aplicada

Los artículos analizados (y resumido en el cuadro 3 del Anexo) ofrecen algunas consideraciones útiles para diseñar un programa de investigación aplicada acerca de los mecanismos de pago en países en desarrollo. Ellos refieren a la necesidad de entender los incentivos generados por las diferentes estructuras de pago y sus reacciones en términos de contención de precios, tiempo de internación y calidad de servicios. Sin embargo, también es pertinente entender la respuesta interna de la organización del prestador. Como se ha dicho en la sección 2, los cambios en la estructura de pago desencadenan cambios en cada modalidad de prestación, que implica modificaciones en la organización de la oferta, tales como estructuras de integración vertical, respuestas al riesgo, definición de estrategias de gerenciamiento, especialización y subcontratación. A su vez, estas respuestas organizacionales generan cambios en el rendimiento de la asistencia médica.

Este proceso de ajuste secuencial permite estudiar—en un sentido más amplio—los cambios generados por los patrones de remuneración como una cadena de hechos, donde resultados intermedios son señal de la manera en que los prestadores reaccionan ante los incentivos monetarios. Desde el punto de vista del Proyecto Colaboración para las Reforma de la Salud, este enfoque podría resultar útil en tanto representa los fundamentos para estudiar los resultados intermedios del sistema, y las relaciones contractuales entre aseguradores y prestadores como una manera de conocer los efectos que producen los mecanismos de pago en la prestación de servicios de salud.

Como un ejemplo de la revisión de la literatura sobre costos transaccionales, “la duración del contrato” entre prestador y asegurador es un resultado intermedio del sistema, en términos de la organización interna de la prestación, donde la estructura de pago podría ser un tipo de especificidad. Es posible que la duración de un contrato resulte clave para entender el rendimiento de la asistencia médica (es decir, cambios en los modelos de consumo por paciente, que pueden estar asociados con la demanda inducida) o determinar las reacciones del mercado ante los mecanismos de pago, que es una señal de eficacia del método de remuneración.

La necesidad de tener una visión más amplia cuando se estudian los efectos de los cambios en los métodos de pago está sustentada por Dranove (1988b), que evalúa el desplazamiento de costos hospitalarios como respuesta a los descuentos en los pagos de Medicaid a principios de los años ochenta. Muchos de los conceptos presentados en ese trabajo pueden aplicarse en la investigación empírica sobre mecanismos de pago. Uno de ellos es llevar a cabo un análisis comparativo de los cambios en el rendimiento de asistencia médica en un contexto donde coexistan dos o más estructuras de propiedad en la prestación, o dos o más esquemas de pago. Un ejemplo del primer caso es el sector público que subcontrata diferentes prestadores privados (es decir, con y sin fines de lucro) para brindar servicio a los pobres cuando estos prestadores también sirven a otros pacientes privados. Un análisis alternativo es elegir dos mercados con estructuras similares, pero con distintos mecanismos públicos de pago. En este caso, se puede comparar un típico hospital

público financiado con un presupuesto fijo con un prestador privado subcontratado por la autoridad de salud pública.

En ambos casos (el controlado por el prestador y la alternativa controlada por la estructura de pago), el uso de características demográficas y médicas ejercerán control sobre las diferencias entre pacientes. Estos tipos de experimentos dan indicios acerca de la eficacia de los mecanismos de pago que se aplican bajo distintos modelos de propiedad. Por otro lado, Hsia y Ahern (1992) proponen un mecanismo para evaluar el *skimping*, un indicador de calidad en los servicios de asistencia médica. Aún cuando la información requerida es un tanto ambiciosa, se pueden emplear otras variables para medir la calidad en los servicios. Una de ellas es el índice de derivación de pacientes, el que puede considerarse como un resultado intermedio del sistema, que al mismo tiempo informa sobre la calidad del servicio y la eficacia en la asignación de recursos.

En todos los casos, el uso de un análisis transversal en un sentido amplio—por departamentos dentro de un hospital, por hospitales, por regiones, por estructura de propiedad, incluso por países—parece ser un enfoque interesante e informativo que podría arrojar resultados más exactos. La ventaja de este método es que provee de una serie de variables que representan el marco donde se produce el esquema de remuneración. Love et al. (1990) constituye un ejemplo de esta metodología.

Los temas aquí tratados ofrecieron algunas propuestas para debatir acerca de cuáles son las cuestiones que se deberían considerar al definir un estudio de investigación empírica sobre los mecanismos de pago a prestadores. Dependiendo de la información disponible, la investigación se podría ocupar de la relación característica entre pago y resultados de la asistencia médica, tal como se encuentra en la literatura de los países industrializados, o es posible de complementarse con el estudio de aspectos asociados específicamente con la estructura del mercado y las respuestas organizacionales ante los diferentes esquemas de pago.

Anexo A: Cuadros

Cuadro A-1: Financiación y pago de servicios hospitalarios en Europa a pacientes internados

País	Fuente de financiación predominante para servicios hospitalarios a pacientes internados con cuadros agudos	Enfoque predominante para el pago de costos de explotación por servicios hospitalarios a pacientes internados con cuadros agudos	
		Presupuesto anticipado	Financiación basada en los servicios
Alemania	Financiación por seguro social	Presupuestos flexibles anticipados	
Austria	Financiación por seguro social		Financiación por seguro social basada en el tiempo de internación con subsidios únicos del Ministerio de Salud
Dinamarca	Descentralizada, financiación Basada en impuestos	Presupuestos totales anticipados	
Eslovaquia	Seguro nacional de salud		Pago por día/día de cama
Eslovenia	Seguro de salud obligatorio		Anual, financiación anticipada basada en contratos que incorporan pago/día de cama y pago relacionado con el servicio
Finlandia	Descentralizada, financiación Basada en impuestos		Reintegro de la municipalidad basado en el servicio
Hungría	Financiación por seguro social		Sistema de pago relacionado con desempeño, basado en GRD
Inglaterra	Centralizada, financiación Basada en impuestos		Pago basado en la actividad determinado por contratos comprador/prestador
Irlanda	Centralizada, financiación Basada en impuestos	Presupuestos totales anticipados	
Italia	Centralizada, financiación Basada en impuestos	Presupuestos totales anticipados	
Letonia	Impuestos		Pago por día y relacionado con el servicio
Noruega	Descentralizada, financiación Basada en impuestos	Presupuestos totales anticipados	
Países Bajos	Financiación por seguro social	Presupuestos funcionales anticipados En parte basados en la actividad	
Polonia	Impuestos	Presupuestos totales anuales	
Suecia	Descentralizada, financiación Basada en impuestos	Presupuestos departamentales anticipados combinados con pago basado en la actividad	

Fuente: OMS, Oficina Regional para Europa (1996), European Health Care Reforms, pág. 154, Copenhague.

Cuadro A-2: Principal método de pago a médicos que brindan atención primaria, en países de Europa Occidental

Países	Tipo de pago	Consultas anuales <i>per capita</i> hacia 1992	Control	Distribución del gasto
Prestación Indirecta (contratada)				
Alemania	Arancel por servicio	12,8 (e)	no	ninguna
Austria	Arancel por servicio	5,1 (f)	no	20% población paga el 10% o 20%
Bélgica	Arancel por servicio	8,0 (f)	no	autónomos pagan el costo total
Dinamarca	28% capitación (arancel fijo) 63% arancel por servicio 9% complementos	4,4 (d)	sí	ninguna
Francia	Arancel por servicio Sueldo en Centros de Salud	6,3 (f)	no	25% incluyendo gastos extra
Irlanda	Arancel por servicio si el ingreso es alto Capitación (arancel diferenciado por edad) si el ingreso es bajo	6,6 (b)	sí	ninguna si son pacientes de bajos ingresos
Italia	Capitación (arancel diferenciado por edad)	11,0 (b)	sí	ninguna
Luxemburgo	Arancel por servicio	-	no	5%
Países Bajos	Arancel por servicio si el ingreso es alto Capitación (arancel diferenciado por edad) si el ingreso es bajo	5,8 (g)	sí	ninguna si son pacientes de bajos ingresos
Suiza	Arancel por servicio	11,0 (e)	no	10% del costo
Reino Unido	Capitación (arancel diferenciado por edad) Arancel por servicio Complementos y pagos específicos	5,8 (e)	sí	ninguna
Prestación Directa (empleada)				
España	Sueldo/Capitación (diferenciada por edad)	6,2 (c)	sí	ninguna
Finlandia	Sueldo	3,3 (d)	sí	US \$ 0,17
Grecia	Sueldo	5,3 (a)	no	ninguna
Noruega	35% sueldo 65% arancel por servicio	-	sí	30% costos de ítems seleccionados
Portugal	Sueldo	3,1 (f)	sí	ninguna
Suecia	Sueldo	3,0 (f)	no	US \$6–US \$ 9

(a) 1982, (b) 1988, (c) 1989, (d) 1991, (e) 1992, (f) 1993, (g) 1994.

Fuente: OMS, Oficina Regional para Europa (1996), *European Health Care Reforms*, pág. 145, Copenhague.

Cuadro A-3: Trabajos empíricos revisados: métodos y resultados

Autor (tema)	Indicador estudiado	VARIABLES explicativas	Método	Interés en el Proyecto PHR
Cole et al. (94) (Pagos y resultados en la asistencia médica)	tiempo de internación síntomas de los pacientes	métodos de pago por capitación vs. arancel por servicio	estadísticas descriptivas	efectos de pagos sobre rendimientos de la asistencia médica
Dranove (88b) (Estructura del mercado)	cambios en el precio por ingreso por paciente que paga en forma privada	cambios en las ganancias del gobierno (Medicare y Medicaid) cambios en los costos de ingreso cantidad de camas	mínimos cuadrados ordinarios	externalidades entre pacientes cuando ocurren cambios en el método de pago
Hsia et al. (92) (pagos para la calidad de la asistencia médica)	omisión de los servicios indicados por el médicos (<i>skimping</i>) y oferta de servicios innecesarios	estructura de pago por grupos de diagnóstico relacionados (GRD)	estadísticas descriptivas	mecanismo para evaluar la calidad en los servicios de asistencia médica
Joskow (87) (Economía de costos transaccionales)	duración de los contratos en la industria del carbón en los EE.UU.	sitio, activo físico, rendimiento, especificidad - volumen comercializado	mínimo cuadrados ordinarios	resultados intermedios
Lave et al. (90) (Pagos y resultados en la asistencia médica)	(registros del) tiempo de internación para hospitales públicos y no públicos y para servicios médicos, quirúrgicos y psiquiátricos	información demográfica y sobre pacientes clínicos diferencias en las características de pago características de hospitales y mercados	mínimo cuadrados ordinarios	estudio completo efectos de la estructura de pago sobre el rendimiento de la asistencia médica
Lyons (94) (Economía de los costos transaccionales)	existencia de contrato (variable dicótoma) entre a industria de la ingeniería y los pequeños subcontratistas	medición de ubicación geográfica vulnerabilidad (riesgo de conducta opuesta) complejidad (esfuerzo requerido) duración de la relación contractual años de relación contractual producción interna	modelos <i>probit</i>	resultados intermedios
McCrone et al. (94) (Pagos y resultados en la asistencia médica)	tiempo de internación	clasificación por tipo de grupos diagnósticos relacionados	estadísticas descriptivas + regresión	problemas para determinar incentivos
Melnick et al. (92) (Estructura del mercado)	precios <i>per diem</i> pagados por OPP	medición de: caract. del prestador (costo-propiedad) caract. del mercado (index de concentración) combinación de pagadores, relación específica entre contratistas	mínimos cuadrados en dos etapas	interacción precio-mercado y alcance de la definición de mercado
Miller et al. (95)	componentes de costos de pacientes ambulatorios (dependiente o no de la decisión del médico)	n.a.	estadísticas descriptivas	impacto sobre costos de los cambios en el pago a prestadores
Monteverde et al. (82b) (Economía de costos transaccionales)	dicotomía entre producir o comprar industria automotriz en los EE.UU.	dummy para la parte contratada dummy para el contratista esfuerzo de ingeniería, requerido/ part.	modelo <i>probit</i>	resultados intermedios
Wellock (95) (Pagos y resultados en la asistencia médica)	tiempo de internación	clasificación por tipo de grupo relacionado con el diagnóstico	estadísticas descriptivas + regresión	problemas para identificar incentivos

Anexo B: Referencias

- Asanuma, B. y Kikutani, T. 1992. "Risk Absorption in Japanese Subcontracting: A Microeconomic Study of the Automobile Industry". *Journal of the Japanese and International Economies* 6.
- Banco Mundial. 1993. *World Development Report. Investing in Health*.
- Bitran, R. y Wouters, A. 1997. "Impact of Alternative Provider Payment Systems: Concept Paper". Mimeo, Bethesda, Maryland: Partnerships for Health Reform Project Major Applied Research, Abt Associates Inc.
- Carlton, D. 1979. "Vertical Integration in Competitive Markets Under Uncertainty". *The Journal of Industrial Economics* 27.
- Cole, R.; Reed, S.; Babigian, H.; Brown, S. y Fray, J. 1994. "A Mental Health Capitation Program: Inpatient Outcomes". *Hospital and Community Psychiatry* 45: 11.
- Contandriopoulos, A.; Champagne, F. y Baris, E. 1990. "Physician Compensation and Health Care System Objectives: An Appraisal of International Experiences". Mimeo.
- Dranove, D. 1988 a. "Demand Inducement and the Physician/Patient Relationship". *Economic Inquire* 26.
- Dranove, D. 1988b. "Pricing by Non-Profit Institutions. The Case of Hospital Cost-Shifting". *Journal of Health Economics* 7: 47-57.
- Eastaugh, S. 1992 a. "Economic Models of Physician and Hospital Behaviour". Capítulo 3 en *Health Economics. Efficiency, Quality and Equality*.
- Eastaugh, S. 1992b. "Physician Payment Options for the 1990s". Capítulo 4 en *Health Economics. Efficiency, Quality and Equality*.
- Eisenberg, J. 1986. "Doctors' Decisions and the Cost of Medical Care". *Health Administration Press Perspectives*.
- Ellis, R. y McGuire, T. 1986. "Provider Behaviour under Prospective Reimbursement". *Journal of Health Economics* 6.
- Ellis, R. y McGuire, T. 1988. "Insurance Principles and the Design of Prospective Payment Systems". *Journal of Health Economics* 7.
- Organización Mundial de la Salud. 1996. *European Health Care Reforms: Analysis of Current Strategies*. Copenhagen: Oficina Regional para Europa.

- Pope, G. 1990. "Using Hospital-Specific Costs to Improve the Fairness of Prospective Reimbursement". *Journal of Health Economics* 9: 237-51.
- Sherer, F. y Ross, d. 1990. *Industrial Market Structure and Economic Performance* 3ra. Edición. Houghton Mifflin.
- Shimmura, K. 1988. "Effects of Different Remuneration Methods on General Medical Practice: A Comparison of Capitation and Fee-for-Service Payment". *International Journal of Health Planning and Management* 3: 245-58.
- Sloan, F., Valvona, J., Hassan, M. y Morrisey, M. 1988. "Cost of Capital to the Hospital Sector". *Journal of Health Economics* 7: 25-45.
- Staten, M., Umbeck, J. y Dunkelberg, W. 1988. "Market Share/Market Power Revisited: A New Test for an Old Theory". *Journal of Health Economics* 7: 73-83.
- Swartz, K. y Brennan, T. 1996. "Integrated Health Care, Capitated Payment, and Quality: The Role of Regulation". *Annals of Internal Medicine* 124 (4): 442-48.
- Wellock, M. 1995. "Is a diagnosis-based classification system appropriate for funding psychiatric care in Alberta?" *Canadian Journal of Psychiatry* 40 (9).
- Whitesell, S. y Whitesell, W. 1995. "Hospital Mergers and Antitrust. Some Economic and Legal Issues". *American Journal of Economics and Sociology* 54 (3).
- Williamson, O. 1979. "Transaction Cost Economics: The Governance of Contractual Relations". *Journal of Law and Economics* 22.
- Wiley, M. 1992. "Hospital Financing Reform and Case-Mix Measurement: An International Review". *Health Care Financing Review* 13 (4).
- Wiley, M.; Laschober, M. y Gelband, H. 1995. "Hospital Financing in Seven Countries". *International Differences in Health Care Technology and Costs*, Informe OTA-BP-H-148.
- Wouters, A. et al. 1998. *Alternative Provider Payment Methods: Incentives for Improving Health Care Delivery*. PHR Primers for Policymaking. Bethesda, Maryland: Partnerships in Health Reform Project, Abt Associates Inc.
- Zuckerman, S. 1987. "Commercial Insurers and All-Payer Regulation". *Journal of Health Economics* 6: 165-87.