



Revista de Salud Pública

ISSN: 0124-0064

revistasp\_fmbog@unal.edu.co

Universidad Nacional de Colombia

Colombia

Morales-Sánchez, Luis G.; García-Ubaque, Juan C.  
Remuneración a los proveedores de servicios de salud en Bogotá  
Revista de Salud Pública, vol. 19, núm. 2, abril, 2017, pp. 219-226  
Universidad Nacional de Colombia  
Bogotá, Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=42253255014>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org

# Remuneración a los proveedores de servicios de salud en Bogotá

## Payment to providers of health services in Bogotá

Luis G. Morales-Sánchez y Juan C. García-Ubaque

Recibido 25 febrero 2017 / Enviado para modificación 4 marzo 2017 / Aceptado 16 abril 2017

### RESUMEN

**Objetivo** Revisar los conceptos, desarrollos y efectos de los mecanismos de pago utilizados en diversos países, con el fin de proponer una metodología de pago aplicable para los hospitales de Bogotá.

**Método** Se efectuó una revisión bibliográfica de tres aspectos de interés: conceptos esenciales, desarrollos alcanzados y efectos derivados de los mecanismos de pago utilizados en diversos países. Luego se efectuaron sesiones de trabajo entre los autores y con diversos grupos y equipos de la secretaría de salud de Bogotá, los hospitales, la academia y las autoridades nacionales en salud, para el diseño metodológico de un esquema de pago aplicable a los hospitales de la red adscrita de salud en Bogotá.

**Resultados** La revisión bibliográfica permitió establecer los ejes de trabajo para un esquema de pago prospectivo por red con incentivos de desempeño, basado en optimización de la eficiencia técnica (provisión de servicios de salud a menor costo) y locativa (optimización de la mezcla de los servicios de salud) y en mejores resultados de atención.

**Discusión** El esquema de reconocimiento planteado debe ser un factor integrador del proceso de atención al paciente y redundar en una mejor operación del aseguramiento, la prestación de servicios y la gobernanza de la atención en salud, al tiempo que optimiza el flujo de recursos y la sostenibilidad local del sistema.

**Palabras Clave:** Economía en atención de salud y organizaciones, remuneración, sistema de pago prospectivo, compra basada en calidad, precios de hospital (*fuente: DeCS, BIREME*).

### ABSTRACT

**Objective** To review the concepts, developments and effects of the payment mechanisms used in different countries to propose a payment methodology applicable to hospitals in Bogotá.

**Method** Literature review in which essential concepts, developments and effects derived from payment mechanisms used in different countries were analyzed. The authors and various groups and teams of the Bogotá Health Department participated, hospitals, academia and national health authorities held work sessions with the intention of creating a methodological design for a payment scheme that could be applied to the hospitals attached to the health network in Bogotá.

**Results** The literature review allowed establishing work axes for a prospective payment scheme per network that included performance bonuses based on the optimization of technical efficiency (provision of health services at lower cost, locative efficiency (optimization of the mix of health services), and on better care outcomes.

**Discussion** The proposed payment scheme should be an integrating factor in the patient care process, and should also result in a better operation, service delivery and health care governance, while optimizing the flow of resources and local sustainability.

**Key Words:** Health care economics and organizations, remuneration, prospective payment system, health insurance reimbursement (*source: MeSH, NLM*).

L.M.: MD. M. Sc. Secretario Distrital de Salud de Bogotá, Colombia.  
*l.gmorales@saludcapital.gov.co*  
JG: MD. Ph.D., M.Sc. Asesor Despacho Secretaría Distrital de Salud de Bogotá. Professor titular, Departamento de Salud Pública, Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, Colombia. *jcgarciau@unal.edu.co*

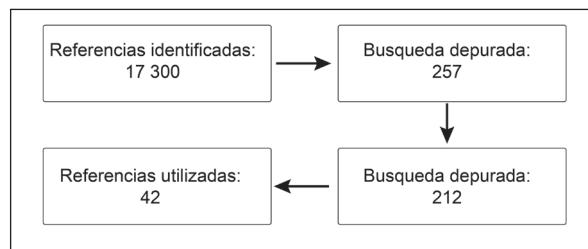
**L**a cobertura universal en salud se entiende como la garantía de acceso de toda la población a las intervenciones relevantes de promoción de la salud y de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad. Lograrla demanda un costo asequible y una distribución equitativa del mismo (1). En este contexto, las relaciones operativas, económicas y financieras establecidas entre los participantes del sistema resultan relevantes, ya que los incentivos que se derivan de ellas tienen el potencial de modificar el comportamiento de cada uno de ellos. Siendo fundamental para el caso de los proveedores de los servicios, quienes con sus actuaciones u omisiones, determinan el nivel de uso y calidad de la atención, al tiempo que, según el relacionamiento, pueden reportar que el ejercicio profesional, el trato al paciente y la ética, están siendo condicionadas de manera inapropiada por el esquema tarifario (2).

Ante esto, la mayoría de países ha introducido arreglos financieros orientados a optimizar la colaboración entre proveedores y a promover mayor integración de la atención. Esto abarca desde estímulos para la reciprocidad en la gestión de los riesgos financieros y la participación en las utilidades, hasta la integración total entre la financiación, la gestión y la provisión, pasando por diversos niveles de control público de objetivos y presupuestos de administradores y proveedores (3). El propósito de esta investigación fue realizar una revisión bibliográfica acerca de los conceptos, desarrollos y efectos de los mecanismos de pago utilizados en diversos países, con el fin de proponer una metodología de pago aplicable para los hospitales de Bogotá.

## METODOLOGÍA

El trabajo se desarrolló en dos fases. Primero, se efectuó una revisión bibliográfica (publicaciones posteriores al año 2000) por medio de una búsqueda sistemática, utilizando las bases de datos de Ovid, Pubmed, Scielo y Science Direct®. Se empleó como términos de búsqueda: health system & insurance & budgets & hospitals. Posteriormente, con los resultados preliminares de la búsqueda, se realizó un tamizado y la selección de los estudios, como se indica en la Figura 1.

**Figura 1.** Diagrama de flujo para la tamización y selección de evidencia



Los textos incluidos en la presente investigación fueron escogidos por su pertinencia y relevancia en la comprensión de tres aspectos de interés: conceptos esenciales, desarrollos alcanzados y efectos derivados de los mecanismos de pago de diversos países. Entonces, se llevaron a una matriz resumen en Word®, para construir el análisis.

Después se diseñó la propuesta –octubre de 2015 a febrero de 2016- y entre febrero y julio de 2016 se presentó a la academia, diversos grupos y equipos de la Secretaría de Salud de Bogotá y hospitales, y a las autoridades nacionales en salud, quienes la enriquecieron con sus aportes y contribuciones.

## RESULTADOS

La esperanza de vida aumenta según las posibilidades de tratamiento médico, sin embargo, los sobrevivientes de las anteriores enfermedades incurables suelen sufrir de otras patologías que incrementan los costos subsiguientes de la atención de la salud, haciendo indispensable introducir mecanismos para evitar desbordamiento del gasto (4).

La eficiencia técnica (provisión de servicios de salud a menor costo) y locativa (optimización de la mezcla de los servicios de salud), es un punto crítico de cualquier sistema de salud. Pero dadas las distorsiones intrínsecas (limitada respuesta de los proveedores y pobre capacidad de los pacientes para expresar sus preferencias), el mercado de servicios de salud por sí mismo no logra corregirlas, por tanto es necesario promover la educación de los pacientes (empoderamiento) y de los médicos (uso de guías de práctica clínica) y facilitar las condiciones para estimular el mejor uso de los recursos y para eliminar incentivos perversos (5).

El concepto central de los artículos examinados es que no existe un arreglo financiero que pueda definirse de manera irrevocable como apropiado y que en su lugar hay unas condiciones, altamente dependientes del contexto y las experiencias del entorno, que hacen que un momento determinado el arreglo establecido sea más o menos aceptado por los agentes del sistema (3).

Entre las condiciones que se destacan hay cuatro elementos indispensables para el funcionamiento de cualquier forma de contratación: primero, el enfoque en relación con la función de regulación del sistema; segundo, las condiciones de operación de los sistemas de información; tercero, la capacidad de gestión de los administradores y proveedores, y cuarto, el impacto de la tecnología en los costos (2).

En el primer aspecto se resaltan como políticas acertadas: acceso a servicios “convenientes” en términos tanto

de las necesidades específicas de atención para las personas, como de la calidad y seguridad del servicio y respeto por la autonomía profesional; financiación equitativa según la capacidad de pago individual; y apoyo gubernamental en términos de resultados en salud y niveles de satisfacción. En este último se destaca que acciones como aplicación de precios eficientes a los servicios hospitalarios y variaciones de la tarifa por costo-efectividad tienen el potencial de lograr mayor eficiencia en el sistema (6).

Otro aspecto a considerar, cuando hay un esquema de seguro de salud financiado con recursos públicos, es que hay un riesgo inminente de corrupción, ante el cual se deben introducir cambios sistémicos que provean incentivos adecuados para prevenir, controlar y eliminar este tipo de prácticas (7).

## Desarrollos

Hay diversos mecanismos para mejorar las relaciones financieras entre aseguradores y proveedores de servicios de salud, entre los más relevantes están:

- Reembolso de los servicios ofrecidos a la población asegurada atendida en hospitales auto gestionados, además porque conducirá a un aumento de los ingresos institucionales, así como una mejora en la equidad del sistema de financiamiento de la salud (8).
- Pagar a los médicos para la coordinación de la atención de determinadas enfermedades de interés (Austria, Francia, Alemania, Dinamarca y Bélgica).
- Agrupación de pagos por episodio o enfermedad, para que además de los procedimientos complejos se incluyan a los proveedores de atención primaria y las acciones de rehabilitación o aspectos como la readmisión de los pacientes (Estados Unidos, Países Bajos y Suecia).
- Modelos contractuales de riesgo y utilidad compartida entre proveedores y pagadores con acuerdos más o menos formales de ahorro compartido, participación en las ganancias y pérdidas y alianzas bajo el enfoque de “alta confianza y baja burocracia” (Estados Unidos, Nueva Zelanda, Alemania) (3).

El modelo de reembolso por actividad, condujo en países como Austria a un incremento sustancial en la demanda inducida por el proveedor y un vertiginoso aumento de los costos y déficits hospitalarios. Por esto, cambió el sistema de pago basado en días de estancia a un sistema basado en casos, en el cual se modificaron las normas para cubrir déficits hospitalarios, pasando de un sistema retrospectivo a uno prospectivo, argumentando la importancia de: 1. Sustituir la atención hospitalaria por atención ambulatoria; 2. Reducir los servicios hospitalarios innecesarios; 3. Aumentar la transparencia de los costos y servicios; 4. Mejorar la calidad de los datos;

5. Mantener la calidad de los servicios médicos, y; 6. Asegurar una atención médica basada en métodos científicos modernos (9).

En Alemania (1972–1992), se utilizaron diversas formas de reembolso de gastos; sin embargo, considerando que se carecía de incentivos para un uso eficiente de los recursos y que los gastos de los aseguradores aumentaron considerablemente en atención hospitalaria, el gobierno obtuvo apoyo multipartidista para introducir presupuestos hospitalarios prospectivos fijos (limitados), fijando como base la ejecución 1991 y limitando su crecimiento al incremento anual de cotizaciones del seguro de salud de los empleados y empleadores durante el período presupuestario anterior (4).

En Dinamarca, los hospitales son financiados por presupuestos globales, mientras que, los médicos generales son pagados por un sistema de remuneración mixta, que incluye tasas de capitación y pago por servicio. Pese a que en repetidas ocasiones el gobierno ha impuesto límites presupuestarios para controlar el crecimiento del gasto en salud, el aumento de los costos ha sido relativamente grande para los productos farmacéuticos (10).

En Holanda desde 1998, se modificó el modelo en cascada que se utilizaba para distribuir los recursos para la salud del nivel central a las entidades locales. El enfoque fue disminuir intermediarios y conformar fondos específicos a partir de indicadores del estado de salud y las características de las personas (edad, género, raza, ingresos, educación, empleo, enfermedades crónicas y discapacidad), además hicieron comités para evaluar la situación económica de los fondos y definir criterios más estrictos de asignación y redistribución, para así regular los recursos dinámicamente (11).

En Europa central y oriental, como parte de las reformas a los sistemas de financiación y asistencia sanitaria, se enfrentó el problema de la prestación de servicios, enfocándose en la necesidad de disminuir la capacidad hospitalaria mediante incentivos explícitos (12), sin embargo en Rumanía, la implementación de un esquema de pago por grupos de diagnóstico relacionado (DRG) facilitó que aparecieran firmas de “consultoría de DRG” que ofrecían software para “mejorar la auditoria y el recaudo”, así que la falta de regulación explícita para estas actividades favoreció cambios en las prácticas de registro hospitalario para aumentar los ingresos hospitalarios (13).

En Hungría, durante la reforma de 1993, se buscó generar un método financiero separado para diferentes servicios (atención primaria, atención ambulatoria, atención hospitalaria, apoyo diagnóstico, etc.), diez años después se cambió a contratos globales de volumen, que entremezclan la atención ambulatoria y hospitalaria (14).

En Taiwán, el pago a los hospitales mediante el reconocimiento de actividades individuales desequilibró el costo médico y la eficacia, ya que los hospitales ampliaron su portafolio e invirtieron en equipos costosos para aumentar sus ventas. Esto condujo a crisis financiera y a la implementación de un mecanismo de presupuesto global, encontrando que aunque la productividad mostró deterioro el primer año, luego tuvo un crecimiento significativo por la mejora de la eficiencia técnica (17), sin embargo, aún no es clara la razón de la variabilidad en la efectividad para afrontar la situación financiera, señalando la eventual existencia de comportamientos oportunistas para maximizar ingresos, por lo que se propone invertir tiempo, esfuerzos y recursos para monitorizar, supervisar y restringir los comportamientos inadecuados de los prestadores del servicio de salud (18).

En Tailandia, los presupuestos hospitalarios cubrían esencialmente gastos de nómina de los funcionarios públicos, por lo que históricamente algunos hospitales ubicados en provincias más ricas, eran más grandes. La situación se agravó cuando las restricciones presupuestales redujeron el crecimiento de las plantas de personal y cuando por ascenso profesional o razones familiares, había flujo de trabajadores de zonas más apartadas a regiones más prosperas. Para corregirlo, cambió el método de asignación de financiamiento de los hospitales. Esto ha contribuido a una mejor distribución de profesionales de la salud en sectores más necesitados, sin embargo, aún existe renuencia de las autoridades centrales para trasladar el personal hacia áreas remotas (19).

Canadá adoptó el control de precios como principal mecanismo para la contención de los costos en salud, acción ejercida a nivel provincial y centrada en la revisión prospectiva de los presupuestos individuales de los hospitales y la negociación de tarifas con los médicos. Ante la insuficiencia de estos mecanismos, se agregó la revisión de la utilización, considerando los diagnósticos y la duración media de la hospitalización, así como la negociación con los médicos de un grado de riesgo financiero, con el fin de incentivar la sustitución de artículos de alta remuneración por otros servicios. Luego se optó por limitarla oferta de camas y especialistas: la inmigración de médicos extranjeros fue deliberadamente restringida mediante cuotas regionales y la meta de planificación de 5,5 camas agudas por cada mil habitantes se llevó a cuatro e incluso a tres en algunas provincias; simultáneamente, hubo incentivos para llevar la práctica médica a áreas desatendidas, incrementar la práctica familiar y controlar todas las residencias hospitalarias. También hubo mayor control de los gastos en suministros e instalaciones, así como en la calidad médica y el fraude en las reclamaciones (20).

En Estados Unidos, aunque las reformas han permitido un mejor acceso a los servicios de atención primaria y preventiva para las personas de bajos ingresos y sin seguro, han obligado a los proveedores a adecuarse, por lo cual la mayoría racionalizó sus operaciones para tener costos e incrementar ingresos mediante reducciones de personal, desarrollo de funciones administrativas compartidas o reorganizaron de procesos operativos. Otros, para fortalecerse financieramente, han desarrollado procesos de integración horizontal mediante fusiones con otros hospitales, consolidando redes de atención. Algunos han hecho esfuerzos de integración vertical mediante la compra o afiliación a planes de salud, y otros incrementaron el portafolio hacia diferentes aseguradoras para lograr subsidios cruzados para las atenciones no compensadas. Prácticamente todos, intensificaron las actividades de divulgación para inscribir a los pacientes no asegurados en los programas, al tiempo que los directivos gestionan recursos de todos los niveles de gobierno y de las fundaciones privadas (21).

También allí, la Ley de Protección al Paciente y Asistencia Asequible señaló como objetivos ampliar la cobertura, restringir el crecimiento de los costos de atención y mejorar la prestación mediante sistemas de salud más eficientes e integrados. Entonces, se planteó reducir el crecimiento en el gasto de Medicare a través de una junta independiente de revisión de pagos, con el fin de evitar el desperdicio, el fraude y el abuso, así como ejecutar un programa ampliado de Investigación de efectividad comparada (CER, por sus siglas en inglés), mediante el cual se debe evaluar las opciones alternativas de tratamiento, evidencia para seleccionar las estrategias de atención clínica que mejoren la calidad y contengan los costos (22).

## Efectos

Hasta la fecha, hay poca evidencia rigurosa del impacto en la salud de los diferentes arreglos financieros del sistema. Desentrañar los beneficios o efectos secundarios de un modelo financiero per se, dentro de la complejidad de una reestructuración de la salud es a menudo difícil y como las recompensas financieras pueden crear fuertes incentivos, la consideración y la evaluación de cómo inciden en el comportamiento y el desempeño de los agentes debe monitorizarse durante y después de su implementación (3).

Al comparar en Europa Central y Asia los pagos por servicio con los pagos por paciente, ninguno de los dos disminuyó el gasto global en salud, sin embargo, el primero aumentó el número de hospitalizaciones y mantuvo estable el promedio de días de estancia, mientras que, el segundo mantuvo estable el número de hospitalizaciones, pero redujo las estancias y solo el pago por paciente

tuvo efecto beneficioso en la mortalidad en algunas causas específicas (23).

Se puntualizan varios aprendizajes y dificultades:

- No es posible trasladar la responsabilidad a los pacientes, pues se caracterizan por diferencias en el riesgo, en la capacidad económica y en sus percepciones de calidad. Esto implica que tienen diferentes estrategias según los parámetros individuales y la estructura económica (25).
- Los incentivos financieros, además de las necesidades clínicas y las preferencias individuales, juegan un papel importante en el uso de los servicios (26).
- Es esencial fomentar la cooperación entre los diferentes tipos de atención, y así establecer, a largo plazo, un sistema integrado de planificación y gestión de capacidades complementarias, de tal manera que exista un financiamiento de la atención médica que abarque todos los aspectos, incluyendo la atención hospitalaria, ambulatoria y la de largo plazo (9).
- Como los proveedores pueden tener objetivos financieros diferentes, la capitación puede ser difícil si no hay adecuada integración
- Las reformas pueden ser difíciles de implementar, a menos que las estructuras de incentivos se aborden y consideren adecuadamente.
- Es probable que nuevos sistemas de pago aumenten costos de transacción
- Se debe ser realista sobre el tiempo y costos necesarios para desarrollar las capacidades requeridas para administrar los modelos de pago integral,
- Se requiere flexibilidad y adaptación a contextos locales, a los pacientes y a otras partes interesadas (3)
- La diferencia esencial entre los sistemas de salud radica en cómo los riesgos financieros se distribuyen entre el usuario de la atención en la salud, el proveedor del cuidado y el asegurador. En este sentido, y aunque el sistema de presupuesto global reduce el uso excesivo o ineficiente de los servicios, puede perpetuar la asignación histórica de recursos y desestimular los cambios hacia niveles de servicio más altos (27).
- Al eliminar la regulación en los precios para los servicios, se pueden mejorar los ingresos y recursos institucionales públicos, sin embargo, esta decisión puede tener un efecto ambiguo en la calidad, ya que dependiendo de la concentración de proveedores en la zona mejora la productividad, pero el riesgo de quiebra aumenta por los precios más bajos (28).
- Es necesaria una implementación lenta, especialmente frente a la interfaz entre la hospitalización y el cuidado en comunidad, aceptando la existencia de ciertos grados de ineficiencia financiera, pero limitando la po-

sibilidad de relacionar la adecuada atención de los pacientes con el valor de los pagos, es decir, promoviendo la igualdad de acceso a servicios de buena calidad y eliminando variaciones injustificadas, de tal manera que los pagos lleguen a reflejar una buena atención de manera constante y consistente (29).

- La implementación de ajustes en las tarifas, que implican una disminución menor del 4 % en el presupuesto, no evidencia resultados negativos en las tasas de mortalidad, ni siquiera en los pacientes más vulnerables (30).
- La industria farmacéutica ha crecido un 50 % en los últimos años, gracias al lanzamiento de nuevos tratamientos, muchas veces a precios desmedidos y sin protocolos de seguridad adecuados (31).
- Se estima que un tercio de los exámenes, tratamientos, fármacos e internaciones prescritos pueden no estar indicados, ya sea porque son superfluos o innecesarios o porque el análisis de costo-efectividad o los efectos secundarios los contraindican. La mayor dificultad para afrontar esta situación radica en la variabilidad de la práctica clínica, particularmente aquella que está determinada por las preferencias no argumentadas del equipo de salud. Se considera que la mejor opción entonces es el trabajo colaborativo entre proveedores y aseguradores, mezclando guías de práctica derivadas del análisis científico participativo, esquemas consistentes de retroalimentación y uso adecuado de múltiples tipos de incentivos (32).
- El reto en tecnología, particularmente en medicamentos, es reducir el gasto sin dejar de invertir en aquellos idóneos para el manejo de las enfermedades, las herramientas desarrolladas se centran en revisiones de literatura económica, análisis de costo efectividad y cálculos del impacto previsible sobre los presupuestos (33).
- Es fundamental una mezcla de controles regionales y locales para racionalizar el gasto en medicamentos (34). Finalmente, unos autores señalan que herramientas como la evaluación de tecnologías, el uso de precios de referencia y el control del presupuesto de los hospitales tienen sentido solo cuando el gasto en salud ha cubierto las necesidades de la población y está empezando a desbordarse, lo anterior porque usarlas prematuramente puede tener un impacto negativo en la equidad del sistema (35).

## DISCUSIÓN

En Bogotá, y como parte de la reorganización del sistema de salud es necesario trabajar en un esquema que privilegie la gestión compartida del riesgo en salud entre el principal asegurador distrital del régimen subsidiado (capital salud EPS) y los hospitales adscritos a la Secretaría

Distrital de Salud (en la actualidad cuatro subredes de atención integrada, fruto de la reorganización del sector que está en curso).

Este esquema incluye una redefinición de los mecanismos de pago, los cuales son pagos prospectivos por red con incentivos de desempeño, para lo cual se desarrolla una tarifa eficiente para el desarrollo de cuatro actividades tipo, así como la definición de incentivos por calidad y cobertura y un plan de ajuste progresivo.

Este esfuerzo está justificado por los altos costos de transacción generados en los procesos de autorización, auditoría, facturación, cartera y glosas, por evidentes problemas en el flujo de los recursos financieros entre el territorio, los aseguradores y los prestadores. Igual que en las dificultades para la consecución de nuevas fuentes de financiación, la segmentación en la atención derivada de los esquemas de contratación actuales (cápita y evento), las barreras administrativas para el paciente y el prestador, que limitan la oportunidad de acceso a los servicios, la debilidad de los sistemas de información (centrados en el evento y no en los usuarios), y finalmente, en la necesidad de avanzar en el esquema denominado pago fijo global prospectivo por actividad final, el cual fue desarrollado hace más de quince años en la ciudad (36,37).

### Tarifa eficiente

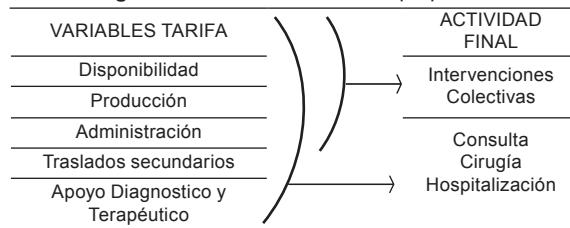
Para el cálculo de la tarifa eficiente y una vez definidas las cuatro actividades básicas de atención en los hospitales del distrito –consulta, cirugía y atención del parto, egreso hospitalario y acciones de promoción y prevención– y sus subtipos, se desarrollan las siguientes acciones:

1. Con base en la ejecución presupuestal, el estado de resultados, los análisis de costos y los informes de producción y calidad del último año, entre otras herramientas, se establece el costo actual de cada una de las actividades y se compara entre los diferentes centros hospitalarios para establecer el más eficiente, por medio de indicadores como reingresos, infecciones, mortalidad, etc. Esto permite establecer el costo al cual se obtienen los resultados y proceder a comparar sus costos directos e indirectos y establecer el óptimo deseable. El costo se fija considerando cargos por disponibilidad, volumen de producción, apoyo diagnóstico y terapéutico, traslado secundario (referencia del paciente) y administración (Figura 2). Este esquema considera que la tarifa debe ser igual al costo y que el control de racionalidad sobre las actividades intermedias, requeridas para la atención de los pacientes, es responsabilidad del prestador.
2. Después se establecen los rendimientos óptimos según el análisis de la capacidad de producción institucional

para las cuatro actividades básicas, considerando la capacidad instalada y su uso potencial en condiciones de eficiencia. Con este potencial se establece un porcentaje esperable de uso.

3. Luego se hace una proyección de ingresos económicos potenciales para cada uno de los hospitales, calculado a partir del uso eficiente de la capacidad instalada y de la tarifa eficiente, con esta información se establecen las brechas en producción y costos, lo que permite trazar la senda de ajuste institucional.
4. Finalmente, se proyectan las necesidades de atención de los usuarios de la EPS distrital basados en las frecuencias de uso históricas, la capacidad instalada y el área de referencia que cubre cada hospital. De esta manera se fija la capacidad de “compra” de la aseguradora, dejando un exceso de oferta y de demanda, que debe ser acordado con los demás prestadores y administradores de planes de servicios de salud de la ciudad y que implica optimización en la gestión administrativa de los hospitales y la EPS.

**Figura 2. Estructura de la tarifa propuesta**



Fuente: Grupo técnico nuevo modelo de remuneración – PIRID

La forma de pago debe realizarse de manera prospectiva, basado en un plan de desembolsos, calculado a partir del conjunto de servicios comprometidos por el hospital, en el que el presupuesto aceptado en el contrato se constituye en tope de pago para el hospital, que asume un riesgo, derivado de la demanda potencialmente incierta del año correspondiente.

### Incentivos y plan de ajuste

Además de la eficiencia, implícito en el mecanismo y la tarifa, se definen incentivos adicionales y progresivos sobre la generación de valor agregado en la atención; es decir, mayor cumplimiento de metas de calidad, mejor impacto en la salud de las personas y mayor satisfacción de los usuarios. El propósito de este reconocimiento es mantener los más altos estándares de servicio.

El plan de ajuste establece una senda para cada una de las subredes para alcanzar eficiencia en producción y costos, en un lapso máximo de cuatro años. Para ello, hace una proyección de mejoras en la producción y los costos con la metodología de tasa compuesta de crecimiento anual.

La implementación de este tipo de pago no solo privilegia la eficiencia del prestador y mejora las relaciones con el asegurador al racionalizar los costos de transacción de los procesos de autorización, facturación y auditoria, sino que estimula el mejoramiento continuo de la atención y el aumento de coberturas de protección específica, detección temprana y tratamiento oportuno.

Para Bogotá, este nuevo esquema de reconocimiento del desempeño de los prestadores de servicios de salud, que ya se encuentra calculado y está en fase de implementación, debe ser factor integrador del proceso de atención al usuario a través de las cuatro subredes y de las rutas de atención en salud, planteadas por la política pública y debe mejorar la operación del aseguramiento, la prestación de servicios y la gobernanza de la atención en salud, al tiempo que optimiza el flujo de recursos y la sostenibilidad del sistema ♣

**Agradecimientos:** A los doctores Carlos Ariel Rodríguez Suarez, Diego Felipe Rengifo Velásquez, Jesús Augusto Vizcaíno Bejarano, Manuel Alexander Blanco Roa, Sandra Yaneth Urueña Lozano, Sandro Guio Contreras (Secretaría de Salud), David Bardey, Giancarlo Buitrago, Oscar Bernal (Universidad de los Andes) por su trabajo y aportes en la construcción del esquema tarifario del modelo.

## REFERENCIAS

1. World Health Organization. Social health insurance: sustainable health financing, universal coverage and social health insurance. Ginebra, Suiza; 2005.
2. García-Ubaque J, Agudelo C. Algunas relaciones entre las finanzas, los sistemas de pago y la prestación de servicios, en hospitales de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá. *Rev. Salud Pública* (Bogotá). 2002; 4(2): p. 128-148.
3. Kasteng F, Magnusson J, Borgermans L, Kalseth J. An overview of payment mechanisms and contractual models to support patient-centred care integration. *International Journal of Integrated Care*. 2016; 16(6): p. A337-338.
4. Ernst C, Szczesny A. Capped hospital budgets, risk-influencing activities and financial consequences. *Journal of Accounting and Public Policy*. 2008; 27(1): p. 38-61.
5. Segal L. Health funding: the nature of distortions and implications for the health service mix. *Australian and New Zealand journal of public health*. 1998; 22(2): p. 271-273.
6. Podger A. Federalism and Australia's national health and health insurance system. *Asia Pacific Journal of Health Management*. 2016; 11(3): p. 28-37.
7. Bhau mik S. Misplaced priorities in the union health budget 2015. *Journal of family medicine and primary care*. 2015; 4(2): p. 174-176.
8. Cavagnero E. Health sector reforms in Argentina and the performance of the health financing system. *Health Policy*. 2008; 88(1): p. 88-99.
9. Theurl E, Hannes W. The impact of hospital financing on the length of stay: evidence from Austria. *Health Policy*. 2007; 82(3): p. 375-389.
10. Christiansen T. Organization and financing of the Danish health care system. *Health Policy*. 2002; 59(2): p. 107-118.
11. Okma K, Poelert J. Implementing prospective budgeting for Dutch sickness funds. *The European Journal of Public Health*. 2001; 11(2): p. 178-181.
12. Jack W. Institutional design and the closure of public facilities in transition economies. *Economics of Transition*. 2002; 10(3): p. 619-635.
13. Radu C, Chiriac D, Vladescu C. Changing patient classification system for hospital reimbursement in Romania. *Croatian medical journal*. 2010; 51(3): p. 251-258.
14. Boncz I, Nagy J, Sebestyén A, Körösi L. Financing of health care services in Hungary. *The European Journal of Health Economics*. 2004; 5(3): p. 252-258.
15. Ensor T, Amanniyazova B. Use of business planning methods to monitor global health budgets in Turkmenistan. *Bulletin of the World Health Organization*. 2000; 78(8): p. 1045-1053.
16. Jakovljevic M, Vukovic M, Chen C, Antunovic M, Dragojevic-Simic V, Velickovic-Radovanovic R, et al. Do health reforms impact cost consciousness of Health care professionals? Results from a nation-wide survey in the Balkans. *Balkan Medical Journal*. 2016; 33(1): p. 7-17.
17. Wei C. Measuring efficiency and productivity change in Taiwan hospitals: a nonparametric frontier approach. *Journal of American Academy of Business*. 2006; 10(1): p. 317-323.
18. Yan Y, Yang C, Fang S. Agency problems of global budget system in Taiwan's National Health Insurance. *Health policy*. 2017; 116(1): p. 37-50.
19. Ruangratanaatrakul W, Lertmaharit S, Hanvoravongchai P. Equity in health personnel financing after Universal Coverage: evidence from Thai Ministry of Public Health's hospitals from 2008–2012. *Human resources for health*. 2015; 13(1): p. 59-66.
20. Hatcher G. Canadian approaches to health policy decisions—national health insurance. *American journal of public health*. 1978; 68(9): p. 881-889.
21. Felland L, Lesser C, Benoit-Staiti A, Katz A, Lichiello P. The resilience of the health care safety net, 1996–2001. *Health Services Research*. 2003; 38(1): p. 489-502.
22. Axelrod D, Millman D, Abecassis M. US Health Care Reform and Transplantation, Part II: impact on the public sector and novel health care delivery systems. *American Journal of Transplantation*. 2010; 10(10): p. 2203-2207.
23. Moreno-Serra R, Wagstaff A. System-wide impacts of hospital payment reforms: evidence from Central and Eastern Europe and Central Asia. *Journal of Health Economics*. 2010; 29(4): p. 585-602.
24. Halvorson G. Understanding the trade-offs of the Canadian health system: Canada spends less money on health care than the United States does. But should the United States embrace a single-payer system? *Healthcare Financial Management*. 2007; 61(10): p. 82-85.
25. Franc C, Abadie L. Opting Out of Public Insurance: Is It Socially Acceptable? *The Geneva Papers on Risk and Insurance Theory*. 2004; 29(2): p. 115-136.
26. Lin W, Kane R, Mehr D, Madsen R, Petroski G. Changes in the use of postacute care during the initial Medicare payment reforms. *Health services research*. 2006; 41(4): p. 1338-1356.
27. Chen G, Feldman S. Economic aspect of health care systems: advantage and disadvantage incentives in different systems. *Dermatologic clinics*. 2000; 18(2): p. 211-214.
28. Kankaanpää E, Linnosmaa I, Valtonen H. Public health care providers and market competition: the case of Finnish occupational health services. *The European Journal of Health Economics*. 2011; 12(1): p. 3-16.
29. Mason A, Goddard M, Myers L, Verzulli R. Navigating uncharted waters? How international experience can inform the funding of mental health care in England. *Journal of Mental Health*. 2011; 20(3): p. 234-248.

30. Seshamani M, Schwartz J, Volpp K. The effect of cuts in Medicare reimbursement on hospital mortality. *Health services research*. 2006; 41(3): p. 683-700.
31. Campbell S, Godman B, Diogene E, Fürst J, Gustafsson L, MacBride-Stewart S, et al. Quality indicators as a tool in improving the introduction of new medicines. *Basic & Clinical Pharmacology & Toxicology*. 2015; 116(2): p. 146-157.
32. Oever R. Supporting High Technology Medicine Through Insurer-Provider Partnership. *Pacing and clinical electrophysiology*. 1999; 22(2): p. 363-368.
33. Coyle D, Lee K, Mamdani M, Sabarre K, Tingley K. Reimbursement-Based Economics—What Is It and How Can We Use It to Inform Drug Policy Reform? *Headache: The Journal of Head and Face Pain*. 2015; 55(S4): p. 239-247.
34. Jankovic S, Milivojevic N. National-level purchasing of expensive drugs is increasing pressure on the hospital drug budget. *Pharmacoeconomics*. 2006; 24(8): p. 831-832.
35. Koh L, Glaetzer C, Li S, Zhang M. Health Technology Assessment, International Reference Pricing, and Budget Control Tools from China's Perspective: What Are the Current Developments and Future Considerations? *Value in Health Regional Issues*. 2016; 9(May): p. 15-21.
36. Mora H, Morales-Sánchez L. Consideraciones sobre la evaluación de la eficiencia relativa de los hospitales colombianos. *Universitas Económica*, 9(3), 21-39. 1997; 9(3): p. 21-39.
37. Morales-Sánchez L. Aproximación a la medición de eficiencia económica y de gestión en los hospitales públicos del distrito capital Bogotá: Secretaría Distrital de Salud; 1999.