



**LAS FORMAS DE CONTRATACION ENTRE
PRESTADORAS Y ADMINISTRADORAS DE SALUD**
- Sus perspectivas en el nuevo marco de la Seguridad Social-

Estudio elaborado para el Programa para el
Mejoramiento de la Gestión Hospitalaria -GEHOS- y
para la Fundación Social
(Informe final)

FEDESARROLLO
Catalina Gutiérrez
Carlos Gerardo Molina
Andrea Willner
Asesora: Ursula Giedion

Santafé de Bogotá, Septiembre de 1994

PRESENTACION

Esta investigación fue realizada para el Grupo GEHOS -Fundación Corona, Fundación FES y Fundación Restrepo Barco- y para la Fundación Social, y se constituye en un eslabón más de la larga cadena de esfuerzos que estas instituciones han realizado en beneficio de la mejora de la gestión de la salud del país.

El tema de este estudio se encontró particularmente relevante pues el éxito de la reforma a la seguridad social, planteada en la ley 100 de 1993, depende de manera significativa de la forma como se relacionen las empresas administradoras y las prestadoras de la salud. Esto es, de la forma de contratación que se establezca entre ellas.

El interés de este estudio radica, entonces, en ofrecer tanto una revisión teórica de las ventajas y desventajas de las distintas formas de contratación, como una visión de las condiciones actuales y de las posibilidades y medidas complementarias que deben realizarse en el país para que ellas sean exitosas.

Este estudio contó con el apoyo del grupo técnico de GEHOS, en particular de los doctores Guillermo Olano y Margareth Flórez, Marcela Cárdenas de la Fundación Corona, y de la doctora Elsa Patricia Manrique de la Fundación Social, quienes con sus comentarios ayudaron de manera significativa a la orientación de este estudio. Se destaca también, la colaboración decidida de todas las instituciones encuestadas, tanto públicas como privadas. Su actitud positiva frente al deseo de mejorar, y su conocimiento de los temas en cuestión, dejan ver que hay un buen terreno abonado para avanzar en el difícil camino de modernizar la organización de la salud en el país.

TABLA DE CONTENIDO

PRESENTACION	1
I. INTRODUCCIÓN	1
II. LAS DISTINTAS FORMAS DE CONTRATACION ENTRE EMPRESAS ADMINISTRADORAS Y EMPRESAS PRESTADORAS DE SERVICIOS . .	7
A. Las distintas formas de contratación	9
1. Pago por servicio prestado	9
2. Capitación	12
3. Pago por caso	13
4. Pago por salario	15
5. Presupuesto	16
B. Las Formas de Contratación en Colombia	17
III. FACTORES ADICIONALES QUE INCIDEN SOBRE EL FUNCIONAMIENTO DE LOS SISTEMAS DE CONTRATACIÓN	23
A. Elementos indispensables para el buen funcionamiento de las formas de contratación .	23
1. Papel del Estado	23
2. Sistemas de Información	29
3. La Capacidad de Gestión	31
4. Control al Uso de Tecnología	32

B.	Mecanismos Complementarios a las Formas de Contratación	33
1.	Algunas Generalidades	33
a.	¿Quién paga el médico, como se le paga a la prestadora y cuándo?	33
b.	Riesgo y formas de contratación	37
c.	Fijación de precios ex-ante o ex-post	39
2.	Algunos mecanismos complementarios encontrados en Colombia	40
a.	Mecanismos de control de costos y uso	40
b.	Sistemas de Remuneración de Médicos especialistas	48
c.	Control sobre la calidad de los servicios médicos	50
IV.	LAS FORMAS DE CONTRATACIÓN: TAN SOLO UNO DE LOS MECANISMOS PARA LOGRAR LOS OBJETIVOS DE LA REFORMA	54
A.	Control de costos	54
B.	Eficiencia	59
C.	Cobertura	63
V.	CONCLUSIONES	71
VI.	BIBLIOGRAFÍA	79

GLOSARIO

1. **Agentes involucrados en el nuevo sistema de seguridad social en salud:**
 - **Individuos**, contribuyentes, usuarios de los servicios y beneficiarios de los recursos.
 - **Empresas Promotoras de Salud (EPS):** Son empresas administradoras o aseguradoras, encargadas de recibir las afiliaciones de los usuarios y contratar a las IPS para que les presten los servicios de salud. Funcionan como un intermediario financiero. Reciben una UPC por afiliado. Pueden ofrecer planes complementarios a los servicios incluidos en el FOS.
 - **Instituciones Prestadoras de Salud (IPS):** Son médicos, hospitales, centros y puestos de salud, centros de diagnóstico técnico y en general cualquier tipo de institución que preste servicios médicos. Deben tener algún tipo de contrato formal o informal con una o varias EPS, donde se comprometen a prestar sus servicios a cambio de una retribución acordada previamente.
 - **Asociaciones Solidarias de Salud (ASS) u Organizaciones Solidarias de Salud (OSS):** son asociaciones de usuarios con características similares (como asociaciones de padres de familia,

asociaciones de profesionales, etc), cuyo papel es indicarle a sus afiliados las ventajas y desventajas de afiliarse a una EPS determinada. No es claro si deben o no tener funciones similares a las que tienen las EPS.

- **Estado:** es el encargado de regular el sistema. Dentro de la ley 100 se contempla que ciertas instituciones de salud del gobierno deben pasar a convertirse en **Empresas Sociales de Salud (ESS)**, las cuales deben prestar el servicio público de salud.

2. Modelos de interacción de los agentes:

- **Modelo integrado:** Este tipo de modelo es el que se utiliza actualmente en el ISS en la mayoría de los casos, en donde el proveedor del servicio es el mismo que recibe las cuotas o afiliaciones de los individuos.

- **Modelo de contrato:** En este caso existe una separación entre el prestador del servicio y el que recauda las cuotas de los individuos, donde el individuo no realiza pagos directos (a excepción de copagos o cuotas moderadoras). Se ha utilizado en Colombia en las compañías de medicina prepagada como Colmena.

- **Modelo de reembolso:** En este caso también existe una separación entre el prestador del servicio y el que recauda las

cuotas de los individuos, pero en este caso el individuo es el que paga el servicio médico recibido y posteriormente es reembolsado por el recaudador. Tal es el caso de las compañías de seguros.

3. Formas de contratación:

- **Pago por servicio prestado:** Esta forma de contratación supone que el pagador del servicio debe desembolsar una suma fija por cada servicio prestado por la IPS. El precio que se paga puede ser concertado o no con anterioridad.

- **Pago por caso:** El servicio que se paga en este caso es un tratamiento completo, como sería el caso de la atención por una apendicitis. Se asume que cada patología tiene en promedio unos costos estándar. También se conocen como DRG (diagnosis related groups).

- **Pago por capitación:** Este tipo de contrato se da cuando la EPS se compromete a pagarle a la IPS un monto fijo por cada paciente cubierto, sin importar el número de veces que el paciente acuda donde el médico o cualquier institución contratada.

- **Pago por presupuesto:** Este tipo de pago se utiliza únicamente en instituciones hospitalarias de cualquier nivel. Puede ser de dos formas. La primera es por presupuesto histórico y es la que

tradicionalmente se ha utilizado en los hospitales públicos en Colombia. Esta forma de pago valida los gastos que se han producido en el pasado, corrigiéndolos por algún indicador, como sería el índice de precios al consumidor. La segunda forma es el **presupuesto proyectado**, la cual se basa en los volúmenes de atención y las patologías esperadas en un período dado de tiempo.

- **Pago por Salario:** Pago periódico de una suma fija independientemente del tipo o cantidad de servicios prestados. Predominantemente utilizado para el pago a los médicos generales o especialidades básicas.

4. Otros términos importantes:

- **Plan Obligatorio de Salud (POS):** Según la ley 100 de 1993 todas las EPS deben ofrecer en igualdad de condiciones los mismos servicios médicos a toda la población cubierta, donde el POS es el que indica que tipo de servicios van a ser financiados por la UPC.

- **Unidad de Pago por Capitación (UPC):** Es el pago que recibe cada EPS por afiliado. El origen de la UPC son las contribuciones obligatorias que deben realizar los beneficiarios del sistema y los recursos fiscales determinados en la constitución.

- **Régimen Contributivo:** Dentro del régimen contributivo se incluyen todas las personas que por sus características socioeconómicas están en disposición de contribuir, mediante cotizaciones salariales o contribuciones voluntarias, a un fondo para financiar sus servicios de salud.

- **Régimen Subsidiado:** Dentro del régimen subsidiado se incluyen todas aquellas personas que por sus características socioeconómicas no pueden acceder al régimen contributivo, en cuyo caso reciben un subsidio. El origen de este subsidio puede ser la redistribución de los aportes o ingresos fiscales.

- **Pagos moderadores:** son pagos que deben realizar los individuos en el momento en que deseen recibir atención médica. Su fin es controlar la demanda de los servicios y evitar que se presente **Moral Hazard**.

- **Tarifas:** Por tarifas se entiende el pago de un monto fijo en el momento de acceder a un servicio, independientemente del valor del servicio prestado. Su función es controlar el uso de los servicios.

- **Franquicia:** Corresponde a un monto que el asegurado debe pagar por los servicios recibidos. Usualmente es un porcentaje fijo sobre el costo total del lo servicio recibido.

- **Copago:** Corresponde al un pago de que los pacientes deben realizar en el momento de recibir la consulta. El monto es un porcentaje del valor total de los servicios y varia de acuerdo al origen socio-económico del beneficiario y al servicio recibido.

- **Aseguradoras = administradoras:** empresas encargadas del recaudo de las cotizaciones que realizan los individuos al sistema de seguridad social. Las aseguradoras puede únicamente administrar los recursos o involucrarse en proceso de contratación y control de los servicios médicos.

- **Prestadoras:** instituciones que prestan servicios de salud. Por lo general son instituciones que prestan servicios de diagnóstico técnico, hospitales, puestos y centros de salud. También se incluyen, en algunos casos, médicos y asociaciones de médicos.

5. Problemas de los mercados de salud:

- **Asimetrías en la información:** Se presentan cuando los agentes que interactúan en un mercado poseen información diferente sobre un mismo problema, lo que los lleva a tomar decisiones distintas. Un ejemplo en los mercados de la salud es el tipo de información que posee el médico y la que posee un paciente que no es un profesional de la salud sobre el tipo de servicios que se van a transar. Por lo general el paciente tan sólo puede juzgar la empatía que existe con

el médico, pero no puede juzgar el diagnóstico que éste le da, quedando el paciente sujeto a las decisiones del médico.

- **Mercados segmentados:** Son los mercados en los cuales se transan productos diferenciados. En este caso se pueden tomar los servicios que prestan diferentes instituciones de tercer nivel en una misma ciudad, las cuales aunque prestan los mismos servicios, atienden a diferentes segmentos de la población.

- **Selección adversa:** Se presenta cuando una de las partes involucradas en una transacción es excluida por alguna característica predominante. Tal es el caso de los individuos que han tenido enfermedades con anterioridad a la fecha de afiliación a una aseguradora de salud, donde esta última se compromete a ofrecerle un número de servicios que no incluye las posibles repitencias o consecuencias de su enfermedad anterior. Es importante tener en cuenta que esta no sólo se da de los aseguradores hacia los pacientes, sino que se puede presentar en el sentido contrario.

- **Moral Hazard:** Es el comportamiento en que incurre un individuo cuando no tiene costos de acceso al sistema o barreras para entrar, resultante en un sobre-uso de los servicios.

- **Externalidades Positivas:** Se presentan cuando el beneficio público de consumir un bien es superior al beneficio privado.

- **Economías de Escala:** Se presentan cuando el costo promedio de producir un bien disminuye con el aumento en el volumen producido. Resulta entonces rentable producir bajo una misma planta el mayor volumen posible.

- **Demanda inducida por el oferente:** Se presenta cuando el oferente tiene información que el paciente no posee y puede ordenar tratamiento, medicamentos o procesos diagnósticos innecesarios con el fin de incrementar sus ingresos.

- **RVG (Related Value Groups):** Es un sistema de estratificación de las especialidades médicas que permite remunerar a los médicos de acuerdo a una jerarquía preestablecida manteniendo constantes las remuneraciones relativas. Los incrementos en los ingresos médicos se realizan aumentando el valor de la unidad RVG.

- **Gate Keepers:** Son los médicos que controlan la entrada a los servicios de salud, se encargan de remitir a los pacientes al nivel de atención correspondiente a la patología presentada o de atenderlos en caso de que no sea necesaria la remisión a un nivel superior de atención. Usualmente son médicos generales o con

especialidades básicas (internistas, ginecólogos, cirugía y pediatría).

I. INTRODUCCION

Este trabajo analiza las formas de contratación en salud entre administradoras de salud -EPS- (encargadas de realizar una labor de intermediación financiera y administrativa)¹ y prestadoras de la salud -IPS- (médicos, hospitales, etc.), y sus implicaciones sobre los servicios prestados. Igualmente, destaca algunos de los riesgos a los que se enfrentará la implementación de la reforma a la seguridad social introducida con la ley 100/93.

El que la ley 100 logre un adecuado control de costos, dependerá en gran medida de la reglamentación de las formas de contratación entre IPS y EPS, de cómo éstas se organicen, del papel que el Estado asuma como ente regulador del mercado y, como se verá a lo largo de este trabajo, de los mecanismos de control complementarios a las formas de contratación que se desarrollen. Esa es la justificación de este estudio que busca analizar los posibles efectos de las formas de contratación sobre calidad, cubrimiento, costos, nivel de uso, tecnología utilizada, organización y cobertura, entre otros.

El estudio de los efectos de las formas de contratación en los países desarrollados y especialmente en los Estados Unidos, dadas sus implicaciones especialmente en la contención de costos y dado el crecimiento desbordado de los gastos en salud que se ha presentado en ellos², ha sido tema recurrente en los últimos años.

¹Las cuales aún no se han desarrollado con toda su fuerza e identidad en Colombia como sí lo han hecho en otros países. Es el caso de los Estados Unidos con las Health Maintenance Organizations y de Chile con las ISAPRES. En la literatura sobre el tema, estos agentes se conocen como *terceras partes pagadoras*.

² En 1970 el gasto en salud en los Estados Unidos era el 8% del PNB, en 1980 había aumentado hasta el 9% y en 1991 al 13%. Se espera que si la tendencia se mantiene, el gasto suba al 18% en el año 2000 y al 32% del PNB en el año 2030. Estas participaciones son muy altas, sobre todo si se tiene en cuenta que en 1991 el promedio de gasto sobre el PNB de los países de la OECD era del 7.5%

La revisión de diversos estudios sobre el tema permitió identificar puntos de interés que fortalecen y completan las afirmaciones que, basadas en los estudios de caso colombianos, aquí se presentan.

Tanto del estudio de las experiencias internacionales, como nacionales, se desprende de ellos que si bien existen relativamente pocas formas de contratación, hay una gran cantidad de maneras de implementarlas y, sobre todo, mecanismos colaterales que afectan directamente el adecuado funcionamiento de las mismas. En efecto, en un estudio de la OECD [Sandier, 1990] se considera que es demasiado simplista definir las formas de contratación solamente en función de la unidad de medida (por caso, por servicio, por persona) y que es de primordial importancia tener en cuenta otros parámetros, como por ejemplo si es el Estado o una entidad privada quien efectúa el pago, cuál es el monto de la remuneración, cuándo se hace el pago o si existen mecanismos de control sobre el uso que acompañan las formas de contratación.

Hay que advertir, también, que no existe una forma de contratación óptima para todo tipo de servicios médicos, para todas las categorías de morbilidad, ni para todo sitio donde se presta el servicio. El éxito de cada forma de contratación está íntimamente relacionado con el nivel de desarrollo y organización del sistema al que pertenece. Por ende, no se puede identificar un sistema de contratación que sea superior a los demás en todos los casos. Interesa mucho más entender las razones que explican la preeminencia de uno u otro en diferentes circunstancias y los instrumentos complementarios que dicho sistema requiere.

Cabe observar que por la novedad del tema es poco lo que se conoce en Colombia sobre la relación entre las EPS y las IPS -que por lo general han cumplido integralmente sus funciones de administración

[Sandier, 1990; OECD, 1993].

y prestación de servicios- o sobre sus formas de contratación. Además, la separación de funciones de salud en unas entidades encargadas de la afiliación de la población y en otras encargadas de la prestación de los servicios de salud, establecida por el nuevo régimen de seguridad social en salud, no fue fruto de una evolución natural del sector en Colombia, sino más bien de una necesidad sentida en muchos países desarrollados, en donde se ha observado que la mayor especialización de los actores, promovida por esta separación de funciones, conlleva una mayor eficiencia del sistema.

En dichos países, el estudio del impacto de las formas de contratación nace como respuesta a los continuos incrementos en los costos de los servicios sufridos en las décadas del setenta y del ochenta, debidos principalmente al uso excesivo de los servicios de salud y a la adopción de las nuevas y costosas tecnologías. Basta recordar que para las décadas de los 70 y de los 80, el crecimiento real de los gastos en salud de los países de la OECD se desagregaba así: 66.7% a aumentos en la utilización per-cápita; 21.4% a excesos de inflación en el sector médico; y 11.9% al crecimiento demográfico [Cichon, 1992; OECD, 1992].

No sólo la novedad y la complejidad inherentes a la nueva forma de organización propuesta en Colombia dificultan y ponen en peligro la viabilidad de las reformas, sino que también, como se verá a lo largo del trabajo, el mercado de la salud presenta problemas de información y asimetrías entre los entes participantes, que obliga a que existan importantes mecanismos reguladores.

En respuesta a la obligación impuesta sobre el Estado por la Constitución Nacional, de garantizar salud a toda la población y de favorecer el proceso de descentralización, en 1993 se desarrolló el marco legal que puede llegar a significar una de las reformas más ambiciosas de las últimas décadas: la ley 100 de 1993 y la ley 60

del mismo año. La ley 100 si bien está aún por reglamentarse, define el marco organizacional de la seguridad social en salud y apunta a resolver los aspectos más críticos del sistema: su baja cobertura, la inequidad en el acceso a los servicios y la ineficiencia en su uso, puntos en los que concuerdan los diagnósticos sobre salud en Colombia. La ley 60 define las competencias y transferencias de recursos en el marco de la descentralización. El proceso acelerado de descentralización que vive el país, hace que la capacidad administrativa y ejecutoria de los municipios sea un elemento central y un reto adicional para los reformadores.

El punto central de los planteamientos oficiales en las reformas recientes es la búsqueda de una mejora en la eficiencia en la entrega de los servicios de salud. Con ello probablemente se han subestimado otros preceptos que deben orientar al sistema de seguridad social en salud, tales como la búsqueda de una cobertura universal con un nivel de calidad aceptable, que garantice la equidad del sistema. Para ello necesariamente se debe ahondar en los aspectos solidarios del actual sistema.

Los planteamientos oficiales sobre mejora de la eficiencia se han centrado alrededor de dos temas: el cambio en la organización, tanto por una redefinición de roles de los actores principales -lo que influye y es influido directamente por las formas de contratación- como por el fomento de la descentralización, y la introducción de criterios de desempeño para la asignación de recursos públicos para salud².

²La ley 60/93 establece, por ejemplo, criterios explícitos de asignación de recursos en función del volumen de servicios médicos prestados y no en función de los presupuestos históricos. La ley 100, por su parte, reemplaza los subsidios a la oferta por subsidios a la demanda, con los que se pretende fomentar la competencia.

La ley 100, en particular, establece un nuevo concepto de orientar la salud, al buscar un aseguramiento como esquema dominante, dejando de lado los subsidios a la oferta, enfatizando en los subsidios a la demanda y en la competencia entre prestadoras (IPS) y administradoras (EPS), estas últimas asumiendo unos roles y unas funciones antes difusos. Plantea un paquete básico POS (Paquete Obligatorio de Salud)⁴ que debe ser financiado con los recaudos por cotizaciones salariales, otras cotizaciones voluntarias de los no asalariados del país y los recursos fiscales para la salud. Cada persona tiene asignado un monto de recursos, denominado Unidad de Pago por Capitación (UPC), cuya estimación está en función de algunas de sus características socio-económicas. Toda la población debe afiliarse a alguna Empresa Promotora de Salud (EPS), la que recibirá por cada afiliado su correspondiente UPC. Con estos recursos debe garantizar la prestación de servicios médicos incluidos en el POS, contratándolos con alguna Institución Prestadora de Salud (IPS). Los servicios no incluidos en el POS serán ofrecidos en paquetes complementarios y su financiación estará a cargo del usuario, bien sea a través de mecanismos de prepago, aseguramiento u otros.

Se espera que este sistema garantice una mayor eficiencia en la asignación de los recursos al introducir algunos elementos de competencia en el mercado, ya que las diferentes IPS y EPS tendrán que competir por atraer usuarios y poder financiarse. También puede aumentar la cobertura a través de la afiliación familiar, la universalidad en el acceso, la obligatoriedad y la solidaridad en

⁴El POS será diferente durante los primeros años de vigencia de la ley. Existirá un POS para la población que pertenece al régimen contributivo, es decir que cotiza el 12% de su salario para salud y otro paquete, de menor cobertura, para el régimen subsidiado, es decir aquellas personas que no pueden cubrir su gasto en salud y que no cotizan. En un futuro, ambos paquetes deben ser iguales para toda la población beneficiada.

el sistema de afiliación. En la figura 1 se encuentra un esquema de la estructura del sistema que ha sido introducido con la reforma.

Este estudio se estructura de la siguiente manera: la presente introducción corresponde al capítulo primero. En el segundo capítulo, con base en una revisión teórica, se presentan las ventajas y desventajas de las distintas formas puras de contratación. Así mismo, se hace una descripción de las formas de contratación dominantes encontradas en los estudios de caso en Colombia.

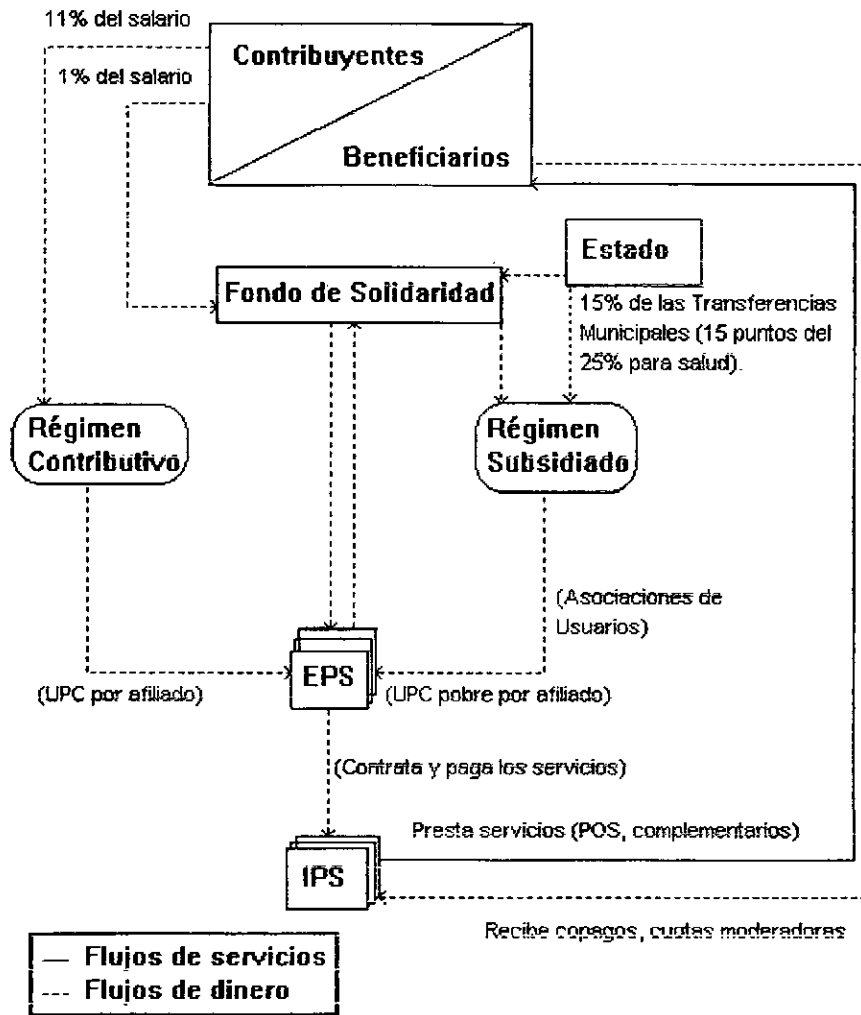
En el tercer capítulo se analizan algunos elementos externos a las formas de contratación que contribuyen a alterar, canalizar o reforzar los resultados con que teóricamente están asociadas las distintas formas de contratación.

En el cuarto capítulo se incluyen algunas conclusiones y recomendaciones, de cara a los mecanismos que plantea la ley 100, para lograr sus objetivos de universalidad, eficiencia y control de costos. Las sugerencias y advertencias finales se resumen en el quinto y último capítulo.

Los anexos 1 y 2 detallan las reformas introducidas en los países de la OECD y las principales características de los estudios de caso, respectivamente. El anexo 3 presenta la encuesta que sirvió de base para realizar estos estudios.

FIGURA 1.

ESQUEMA DE FUNCIONAMIENTO DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD, LEY 100 DE 1993.



II. LAS DISTINTAS FORMAS DE CONTRATACION ENTRE EMPRESAS ADMINISTRADORAS Y EMPRESAS PRESTADORAS DE SERVICIOS

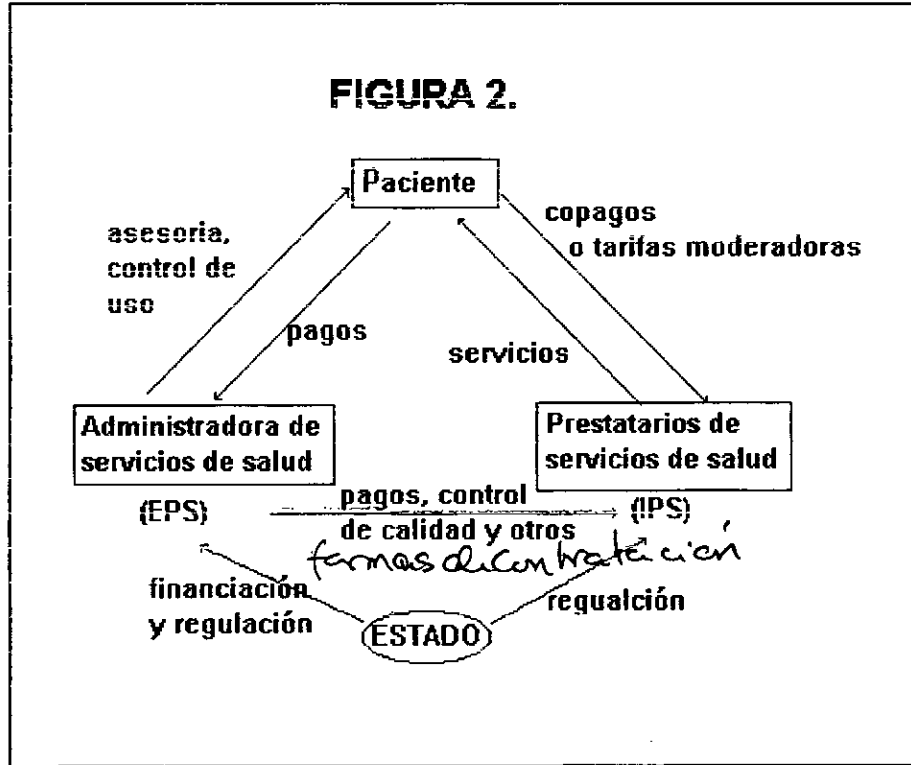
Un sistema de contratación en salud representa, principalmente, la forma como se relaciona al proveedor del servicio con la tercera parte pagadora. En un sistema de salud como el que plantea la Ley 100/93, los principales actores son: los consumidores (pacientes) o asegurados; los proveedores de servicios -IPS- (que corresponden a médicos, grupos de médicos, instituciones hospitalarias de primer segundo y tercer nivel, y los centros de diagnóstico técnico); y las administradoras de salud (EPS), que actúan como intermediarios entre los primeros y los segundos (pueden ser aseguradoras, cajas de compensación, etc.). Por último está el Estado, que si bien no participa directamente en el sistema de prestación, tiene una influencia fundamental en la orientación, funcionamiento y financiación del mismo.

Las interacciones básicas entre los agentes pueden ser representadas por la forma piramidal de la figura 2, donde el Estado representa el telón de fondo.

El sistema de contratación que se adopte tiene claras incidencias sobre la calidad y el costo de los servicios. En efecto, las experiencias internacionales muestran que el control de costos es un requisito indispensable para garantizar la viabilidad económica del sistema. Los países de la OECD se han visto obligados a regular y controlar tanto la oferta como la demanda para garantizar una asignación eficiente del gasto.

Por el lado de la demanda se tiene que la mayoría de los países han introducido mecanismos de pagos moderadores. Han extendido dichos pagos a servicios no cubiertos (como era el caso de hospitalización y atención médica especializada) y han aumentado los pagos en los casos en que ya existían. Los mecanismos adoptados han tenido como

FIGURA 2.



principal objetivo la moderación en el uso de los servicios y no la transferencia del costo al usuario, pues el costo social de esto puede ser muy alto⁵. Una forma que se ha utilizado para evitar los posibles costos sociales es la diferenciación de los pagos moderadores de acuerdo al origen socioeconómico del demandante de los servicios.

En dichos países se ha observado que los mecanismos para controlar el costo recaen predominantemente sobre los oferentes de servicios. Así, se observa claramente una tendencia general hacia el abandono de sistemas de reembolso (como los que se presentan en los Estados Unidos) que parecen ser menos efectivos que los sistemas de contrato público y de los sistemas integrados públicos en controlar costos. Estos sistemas han sido reemplazados mediante la adopción de mecanismos de contrato con terceros. En los sistemas de contrato se separa la función de prestación de los servicios de la de aseguramiento de la población, presentándose una relación directa entre el prestatario y la administradora (aseguradora). En los sistemas integrados, predominantes en los países europeos, el aseguramiento de la población están en cabeza de una sola institución.

Entre los controles de los costos que recaen sobre la oferta, se destaca en primer lugar, el sistema de contrato que ha permitido que las aseguradoras controlen con mayor fuerza a las prestadoras de servicios, a través de *mecanismos especiales de contratación* (como pago por caso o capitación). Por ejemplo, con los hospitales se han desarrollado pagos a través de presupuestos, generalmente proyectados, en vez de los pagos por caso o por servicio prestado.

⁵ Se ha observado que en países como Francia esto hizo que se restringiera el uso de estos servicios a los grupos sociales más ricos, pues se le permitió a los médicos especialistas cobrar un excedente directamente a los pacientes sobre los honorarios que ya estaban cobrando a las instituciones de salud.

En efecto, se ha demostrado mediante estudios econométricos que si todo lo demás permanece constante la adopción de presupuestos globales en el pago a los hospitales hace que el gasto per cápita en salud se reduzca en un 13% [Gerdtham et al., 1990]. Debe anotarse, sin embargo, que adoptar presupuestos globales no garantiza por sí solo un mayor control de costos. A los médicos y demás profesionales médicos se les han impuesto fuertes restricciones sobre los salarios y honorarios. En varios países como Irlanda, España, Holanda y el Reino Unido, los servicios ambulatorios de primer nivel se contratan bajo sistemas de capitación.

A. Las distintas formas de contratación

Las ventajas y desventajas teóricas de las diferentes formas de contratación entre administradoras y prestadoras se presentan de manera esquemática en los cuadros 1.a. (médicos) y 1.b. (hospitales). Es importante resaltar que aquí se presentan las formas "puras" de contratación, las cuales pocas veces se encuentran aisladas en un sistema de salud.

1. Pago por servicio prestado

La contratación por servicio prestado se define como un pago por la totalidad del servicio recibido. La remuneración incluye los honorarios médicos, los suministros, medicamentos y los gastos por arriendo o servicios quirúrgicos. El precio final es específico y diferente para cada paciente y por cada servicio.

En algunos casos la totalidad o una parte del precio puede ser concertado⁶ entre las partes contratantes. Dependiendo del poder de

⁶ Se entiende por concertación la negociación de un precio entre dos agentes con el mismo poder de mercado.

Cuadro 14
SERVICIOS MEDICOS

FORMA DE CONTRATACION	DEFINICION	CAMPO PRIVILEGIADO DE USO	CONTROL DE COSTOS POR LA ADMINISTRADORA	IMPACTO SOBRE VOLUMEN DE SERVICIOS (OFERTA)	DIFICULTAD DE IMPLEMENTACION Y DE ADMINISTRACION	IMPACTO SOBRE TECNOLOGIA
PAGO POR SERVICIO PRESTADO CON CONCERTACION DE PRECIO	Pago por servicio prestado según unos precios negociados entre médicos y la administradora	Consultas especializadas y hospitalizaciones. Servicios de diagnósticos técnicos	Buen control por el vínculo entre la administradora y el prestador. Sin embargo este vínculo depende del poder de mercado de las partes (p. ej. asociaciones de médicos, etc.)	Estimula la demanda por el estrecho vínculo entre el ingreso del prestador y el volumen de servicios prestados ("supplier induced demand"). Incentiva tratamientos excesivos e innecesarios. El costo del sobre-uso recae sobre el paciente.	Es de fácil implementación, pero requiere de un trabajo administrativo permanente e importante. Existe la posibilidad de concertación que depende del poder de mercado de los agentes.	Estimula la adquisición de tecnología de punta
PAGO POR SERVICIO PRESTADO SIN CONCERTACION DE PRECIO	Pago por servicio prestado. Precios fijados unilateralmente por quien tiene poder de mercado (pueden ser los EPS o las IPS)	Consultas especializadas y hospitalizaciones. Servicios de diagnósticos técnicos.	La aseguradora no tiene ningún poder de negociación frente al prestador ("Bargaining Power") Existen incentivos para la sobrefacturación	Estimula la demanda por el estrecho vínculo entre el ingreso del prestador y el volumen de servicios prestados ("supplier induced demand"). Incentiva tratamientos excesivos e innecesarios. Es la que más incentiva el uso y el costo que ello acarrea sobre el paciente.	Es de fácil implementación, pero requiere de un trabajo administrativo permanente e importante.	Estimula la adquisición de tecnología de punta.
PAGO POR CAPITACION	Pago de una suma fija por cada persona o familia inscrita en una lista	Servicios de primer nivel de atención	Presentan el mejor control por el vínculo entre la administradora y el prestador. El riesgo lo asume el médico, por lo tanto fomenta la prevención.	Incentiva a minimizar el costo por servicio prestado, lo cual puede tener impactos sobre la calidad del servicio.	Dificultad reside en el establecimiento de la UPC, pero a largo plazo es de fácil manejo.	Estimula la adquisición de tecnología con buena relación como beneficio.

PAGO POR SALARIO	Pago de un salario a los prestadores de salud.	Sistemas de salud de integración vertical. Se utiliza para "porteros", especializaciones básicas y Centros y Puestos de Salud. No se aplica a hospitales.	Buen control en la medida que los médicos se mantienen copados.	No existe ningún estímulo para inflar el volumen de servicios. Pero pueden existir incentivos a prestar servicios colaterales. Dependiendo de cómo se fijan los salarios puede llegar a tener implicaciones negativas sobre calidad	De fácil manejo e implementación.	No incentiva la adquisición de tecnología de punta
PAGO POR CASO	Pago por el valor total de un tratamiento estimado con base en todas las consultas que puede requerir. El ejemplo más representativo son los DRG (Grupos homogéneos de diagnóstico).	Tratamiento estandarizados (p.ej. embarazo, apendicitis, etc.) También se encuentran las Unidades Intermedias.	Buen control por el vínculo entre la administradora y el prestador. Sin embargo, se pueden presentar desfiguraciones en los diagnósticos, de tal forma que la administradora debe pagar más por enfermedades más complejas.	Desestimula un uso excesivo de recursos por caso, pero estimula diagnósticos desfigurados para beneficiarse de ingresos más altos. Además se ha observado un desplazamiento hacia aquellos servicios remunerados con base en el servicio prestado.	Dificultad reside en el establecimiento del pago por caso. A largo plazo requiere de un esfuerzo administrativo permanente. Se necesita un ajuste permanente de los DRG.	No fomenta la adquisición de tecnología de punta.
PAGO POR PRESUPUESTO HISTORICO	Pago de una suma global anual con base en el comportamiento histórico del gasto. Se aplica ante todo a hospitales					
PRESUPUESTO PROSPECTIVO	Pago de una suma global estimada con base en el gasto esperado de la entidad. se aplica ante todo a hospitales.					

Cuadro 1b
SERVICIOS HOSPITALARIOS

FORMA DE CONTRATACION	DEFINICION	CAMPO PRIVILEGIADO DE USO	CONTROL DE COSTOS POR LA ADMINISTRADORA	IMPACTO SOBRE VOLUMEN DE SERVICIOS (OFERTA)	DIFICULTAD DE IMPLEMENTACION Y DE ADMINISTRACION	IMPACTO SOBRE TECNOLOGIA
PAGO POR SERVICIO PRESTADO CON CONCERTACION DE PRECIO	Pago por servicio prestado según unos precios negociados entre médicos y la administradora	Consultas especializadas y hospitalizaciones. Servicios de diagnósticos técnicos	Buen control por el vínculo entre la administradora y el prestador. Sin embargo este vínculo depende del poder de mercado de las partes (p. ej. asociaciones de médicos, etc.)	Estimula la demanda por el estrecho vínculo entre el ingreso del prestador y el volumen de servicios prestados ("supplier induced demand"). Incentiva tratamientos excesivos e innecesarios. El costo del sobre-uso recae sobre el paciente.	Es de fácil implementación, pero requiere de un trabajo administrativo permanente e importante. Existe la posibilidad de concertación que depende del poder de mercado de los agentes.	Estimula la adquisición de tecnología de punta
PAGO POR SERVICIO PRESTADO SIN CONCERTACION DE PRECIO	Pago por servicio prestado. Precios fijados unilateralmente por quien tiene poder de mercado (pueden ser los EPS o las IPS)	Consultas especializadas y hospitalizaciones. Servicios de diagnósticos técnicos.	Si la aseguradora no tiene ningún poder de negociación frente al prestador ("Bargaining Power") Existen incentivos para la sobrefacturación	Estimula la demanda por el estrecho vínculo entre el ingreso del prestador y el volumen de servicios prestados ("supplier induced demand"). Incentiva tratamientos excesivos e innecesarios. Es la que más incentiva el uso y el costo que ello acarrea sobre el paciente.	Es de fácil implementación, pero requiere de un trabajo administrativo permanente e importante.	Estimula la adquisición de tecnología de punta
PAGO POR CAPITACION	Pago de una suma fija por cada persona o familia inscrita en una lista de un médico o centro de salud. No se utiliza para svcios hospitalario					

mercado de cada actor, el resultado final beneficia a uno o a otro. Si la empresa que presta los servicios es un monopolio entonces los precios no serán concertados y el riesgo⁷ será asumido por quien paga el servicio. Si la empresa administradora es monopolio entonces el precio puede ser impuesto y la prestadora de servicios asumirá parte del riesgo en aquellos casos en los cuales el costo del servicio prestado supere el precio establecido.

El pago por servicio prestado es la forma más utilizada para efectuar la remuneración a los médicos especialistas, para el pago de medicamentos y para los servicios de diagnóstico técnico, aunque esto no implica que no se utilice también para el pago a los hospitales. En algunos países esta forma de contratación constituye casi la única forma de pago a los médicos (p.ej. Alemania), mientras que en otros es la forma privilegiada para los servicios de médicos especialistas (p.ej. Italia).

La implementación del pago por servicio prestado es relativamente fácil y es la preferida por médicos y hospitales pues su remuneración depende directamente del volumen de los servicios prestados. Ello ha hecho que se haya generalizado y que en varios países se haya empleado para promover algunos servicios, por ejemplo los preventivos. Sin embargo, puede resultar muy costosa si no se utilizan controles complementarios, ya que no existe ningún incentivo para reducir costos o desincentivar la frecuencia de uso y el empleo de tecnología de punta.

Esta forma de contratación favorece lo que se conoce como demanda inducida por el oferente, por el estrecho vínculo entre el ingreso del médico y el volumen de servicios prestados. Adicionalmente, facilita que los médicos y entidades que prestan servicios de salud

⁷Se entiende como riesgo la probabilidad de que el precio recibido por un servicio no cubra el costo del mismo.

Continuación Cuadro 1B

PAGO POR SALARIO	Pago de un salario a los prestadores de salud.	Sistemas de salud de integración vertical. Se utiliza para "porteros", especialidades básicas y Centros y Puestos de Salud. No se aplica a hospitales.	Buen control en la medida que los médicos se mantienen copados.	No existe ningún estímulo para inflar el volumen de svcios. Pero puede existir tendencia a prestar servicios colaterales. Dependiendo de cómo se fijan los salarios puede llegar a tener implicaciones negativas sobre calidad.	De fácil manejo e implementación.	No incentiva la adquisición de tecnología de punta.
PAGO POR CASO	Pago por el valor total de un tratamiento estimado con base en todas las consultas que puede requerir. El ejemplo más representativo son los DRG (Grupos homogéneos de diagnóstico).	Tratamiento estandarizados (p.ej. embarazo), apendicitis, etc.) También se encuentran las Unidades Intermedias.	Buen control por el vínculo entre la administradora y el prestador. Sin embargo, se pueden presentar desfiguraciones en los diagnósticos, de tal forma que la administradora debe pagar más por enfermedades más complejas.	Desestimula un uso excesivo de recursos por caso, pero estimula diagnósticos desfigurados para beneficiarse de ingresos más altos. Además se ha observado un desplazamiento hacia aquellos servicios remunerados con base en el servicio prestado.	Dificultad reside en el establecimiento del pago por caso. A largo plazo requiere de un esfuerzo administrativo permanente. Se necesita un ajuste permanente de los DRG.	No fomenta la adquisición de tecnología de punta.
PAGO POR PRESUPUESTO HISTORICO	Pago de una suma global anual con base en el comportamiento histórico del gasto. Se aplica ante todo a hospitales	Generalmente en Hospitales asistenciales públicos de salud de integración vertical.	Poco control de costos. Premia la ineficiencia.	No existe ningún estímulo para inflar el volumen de servicios. Se puede afectar la calidad del servicio.	De fácil manejo e implementación.	No Incentiva la adquisición de tecnología de punta
PRESUPUESTO PROSPECTIVO	Pago de una suma global estimada con base en el gasto esperado de la entidad. se aplica ante todo a hospitales.	Generalmente en Hospitales de sistemas de salud de integración vertical.	En teoría buen control pero en ausencia de buenos indicadores de necesidades y desempeño tendrá el mismo impacto que el ppto. histórico	El pago está en función del volumen previsto llegando a una concientización sobre el costo por paciente.	Implementación muy difícil. Depende directamente de la asistencia de un gran número de indicadores.	Estimula la adquisición de tecnología con buena relación costo-beneficio.

Fuente: Los autores y Tono (1993). Banco Mundial (1993), Health Policy Studies (1992)

utilicen tecnologías de punta, lo que puede traducirse en altos costos para el sistema en conjunto, con un incremento en la calidad tecnológica de los servicios que no necesariamente es proporcional a la variación en los costos.

Existen modalidades para implementar esta forma de contratación que pueden ayudar a controlar su efecto "inflacionario". En Francia, por ejemplo, los usuarios controlan el exceso de visitas que se realizan al médico, pues deben pagar una parte del costo del servicio en el momento que lo reciben; en Alemania los controles se basan en que el servicio se paga a posteriori y en función de un presupuesto global, lo que introduce una relación inversa entre el volumen de servicios prestados y la remuneración unitaria; el control en Quebec es tal que la remuneración unitaria disminuye a partir de un cierto volumen de servicios prestados.

Todas estas consideraciones llevan a pensar que si bien el pago por servicio prestado teóricamente implica un sobre uso de los servicios, éste se puede corregir mediante otros mecanismos de seguimiento y control.

El pago de este tipo de servicios tiene, según quien remunere a la IPS, consecuencias diferentes sobre la calidad. En primer lugar, cuando el pago es realizado por el paciente directamente (bien sea que el paciente cuente o no con mecanismos de reembolsos a través de seguros), el médico tendrá incentivos para prestarle un buen servicio y para garantizar su satisfacción y permanencia en la IPS. Cuando el pago es realizado en su totalidad por un tercer agente (seguro, administradora de salud, etc.), sin un vínculo claro entre el servicio que recibe el paciente y la tercera parte, no se dan incentivos para que el prestador del servicio lo haga con la calidad y atención requeridas. Cuando una parte del servicio lo paga el paciente a través de un copago o una cuota moderadora, el

paciente puede también ejercer algún control de la calidad sobre el prestador de los servicios.

2. Capitación

A diferencia de la contratación por servicio prestado, este sistema está basado en el concepto de enfermo potencial y no en el de enfermedad sentida. Cada médico (o prestadora de servicios de salud) tiene a su cargo la atención de un conjunto de personas determinado. Por cada persona inscrita, el médico recibe un giro periódico (mensual, trimestral o anual), sin importar el número de veces que estos individuos acudan al servicio médico.

Este sistema demanda un amplio conocimiento de las características de la población atendida pues para poder calcular el pago por usuario, es necesario que se conozca de manera aproximada cual es el volumen de servicios que requerirá dicha población (perfil de morbilidad). Esto hace que este sistema sea aplicado, ante todo, a los servicios médicos de primer nivel, correspondiente a los casos en que se conocen esos patrones de comportamiento y se quiere garantizar la cobertura universal de los mismos.

Esta forma de contratación funciona ante todo en los países en que el sistema de salud asegura grandes volúmenes de usuarios potenciales, lo que permite imponer a los prestadores los montos de la capitación, y establecer las reglas generales tendientes a evitar una mala calidad de los servicios prestados o el envío demasiado rápido a instituciones médicas de mayor nivel con el objetivo de delegar la prestación del servicio. Adicionalmente, garantiza un adecuado control de los costos de los servicios prestados, ya que el riesgo lo asume directamente la IPS. También se utiliza en el caso de la prestación de servicios a poblaciones dispersas, a las que difícilmente se les puede hacer seguimiento, como es el caso de las áreas rurales ya que este sistema hace

recaer el control (de calidad y uso) sobre el prestador del servicio, facilitando con ello la labor de vigilancia de la administradora.

Una de las mayores ventajas de este sistema es que dado que los riesgos los asumen los prestadores de los servicios, éstos se ven obligados a enfatizar en la prevención de enfermedades, con el objetivo de reducir los riesgos asociados a enfermedades más complejas. Aunque el monto de la capitación determina en gran medida la calidad del servicio y la adquisición de tecnología, el hecho de que el riesgo recaiga sobre el prestador del servicios, favorece la adquisición de tecnología con buena relación costo beneficio.

La debilidad de este sistema de contratación radica en puede darse una tendencia a aplazar los tratamientos y a diluir las responsabilidades remitiendo innecesariamente a niveles superiores de atención, neutralizando con ello los efectos de la atención preventiva y tornando crítico el manejo de las remisiones.

3. Pago por caso

Esta forma de contratación constituye un caso intermedio entre el pago por servicio prestado y el pago por capitación, dependiendo de la amplitud de servicios que incluya cada caso. Por ejemplo si el caso incluye todos los servicios de educación y prevención, el sistema se asemejaría a la capitación -aunque no hay el concepto de población potencial- y a la institución prestadora se le pagaría por cada persona a la que prestara estos servicios. Si por el contrario, el caso incluye sólo un tratamiento muy específico, entonces sería muy similar al pago por servicio prestado.

La unidad de medida es el tratamiento global de una dolencia específica. La necesidad de tener una definición clara de los

protocolos que se deben seguir y de los riesgos de cada intervención, hace que dicho sistema se aplique, sobre todo, a tratamientos estandarizados, como el caso de embarazo normal y la apendicitis.

Esta forma de contratación no ha tenido una larga trayectoria salvo, recientemente, en los Estados Unidos, donde se ha utilizado para el pago de algunos servicios en las instituciones públicas de salud^e. Este tipo de pago se puede aplicar con mayor facilidad a los sistemas de salud de integración vertical, o en instituciones hospitalarias, donde se puede conocer de una forma muy exacta cuáles son los costos y las posibles complicaciones que puede implicar cada enfermedad o tratamiento.

La mayor parte del costo y la totalidad del riesgo en que se puede incurrir los asume completamente la institución encargada de prestar el servicio, lo cual puede incidir directamente en la calidad del mismo. Por un lado se puede estimular que los médicos diagnostiquen patologías más complejas que las que realmente se presentan, para obtener de esta forma mayores ingresos. Por otro, se genera un incentivo a que el servicio prestado sea de menor calidad, pues las empresas prestadoras buscarán obtener un excedente reduciendo los costos del servicio, por debajo del precio promedio con el cual se paga el caso.

En general, se tiene que este tipo de remuneración no incentiva la adquisición de tecnología de punta, pero sí disminuye el excedente de las IPS. Finalmente, la complejidad en definir el costo de cada caso, hace que este sistema sea difícil de poner en ejecución.

^eEn los Estados Unidos se conocen como DRG, "Diagnosis Related Groups".

4. Pago por salario

Esta forma de contratación se utiliza únicamente para el pago de personal médico y paramédico. La unidad de medida es el tiempo del médico (paramédico). Se aplica ante todo para los médicos generales que actúan como "gate keepers"⁹ y para los médicos de los hospitales que funcionan dentro de esquemas complejos de salud, donde, además de los servicios clínicos, se incluye un conjunto de servicios de asistencia, investigación y enseñanza.

La administración del tiempo del médico que recibe un salario es fundamental, no sólo para el control de la población cubierta, sino para la calidad de los servicios prestados. Si el tiempo del médico es controlado por él mismo, se pueden dar incentivos a que éste no cumpla con el tiempo estipulado en el contrato, o para que el médico atienda pocos pacientes en el tiempo estipulado, presionando el aumento del número de médicos necesarios para atender una población o generando colas y tiempos de espera prolongados. Por el contrario, si el tiempo del médico es vigilado directamente por la institución que lo contrata (prestadora o administradora), se facilita el control del número total de consultas prestadas.

Este sistema ha sido el que más se ha utilizado en la contratación de médicos en las instituciones públicas en Colombia y en la mayoría de los países europeos. Ha mostrado, sin embargo, deficiencias, pues genera una tendencia a que los salarios sean bajos, producto del mayor poder de negociación de las pagadoras típico de esta forma de pago. En general, para que los médicos sean pagados por salario se requiere que las instituciones contratantes tengan un poder monopólico.

⁹ Médicos de entrada a una prestadora de salud que actúan como filtros, atendiendo los casos menos complejos y certificando las remisiones.

5. Presupuesto

La contratación por presupuesto consiste en el pago de una suma global por parte de una empresa administradora (que puede ser el Estado) a una empresa prestadora. Este tipo de remuneración solamente se aplica a las prestadoras institucionales (hospitales, clínicas, centros de salud, etc.) y ha sido el sistema predominante de pago a los hospitales públicos en los países de la OECD y en Colombia.

El monto pagado se puede fijar mediante dos mecanismos: tomando el presupuesto histórico de la entidad o con base en los egresos proyectados de la misma, que tienen en cuenta las necesidades de la población objetivo. En el primer caso se tiene un presupuesto retrospectivo o histórico; en el segundo, uno prospectivo.

Cuando el presupuesto es prospectivo, es una forma de capitación, siempre que el tamaño del hospital o centro de atención esté amarrado a la población de su lugar de influencia. El retrospectivo apunta más a reproducir el funcionamiento del hospital que a relacionarse con su población.

En el caso de los presupuestos prospectivos la institución tiene incentivos para mejorar la eficiencia en el control de costos, pues se ve incentivado a llevar una adecuada relación costo-paciente. Sin embargo, este sistema es de difícil implementación pues tanto la institución encargada de prestar los servicios de salud como la entidad contratante, deben contar con información precisa de los costos promedio de los servicios ofrecidos, del perfil de morbilidad de la población atendida y de otros indicadores de desempeño que reflejen cuál va a ser el comportamiento del hospital en el futuro.

En el caso de los presupuestos retrospectivos no se estimula el control de costos y, por el contrario, existe una tendencia a la validación de las ineficiencias que se presentan en el pasado. Este sistema no requiere de indicadores de rendimiento o de seguimiento lo cual hace que sea de fácil implementación.

En lo que se refiere a la adquisición de tecnología, la utilización de presupuestos prospectivos garantiza que ésta sea escogida con criterios de eficiencia, donde se busca una buena relación costo-beneficio. Este no es el caso del presupuesto histórico donde no existe ningún tipo de incentivos para el control de costos ni para prestar un mejor servicio y, por lo tanto, no se puede afirmar que se fomente la adquisición de tecnologías más sofisticadas. En general los presupuestos históricos son neutros frente a la adquisición de tecnología y esta depende más de la disponibilidad de recursos.

B. Las Formas de Contratación en Colombia

A diferencia de lo que ocurre en muchos países desarrollados [OECD, 1992 y Nedde, 1993], la información disponible sobre las formas de contratación en salud en Colombia es bastante limitada. Se cuenta únicamente con la legislación reglamentaria de las formas de contratación del personal médico por parte de las instituciones públicas y de éstas con terceros¹⁰. No existe un análisis de las implicaciones de estas formas de contratación, sobre variables como la calidad, los costos del sistema o la tecnología. Tampoco se dispone de información sobre las formas de contratación que prevalecen en el sector privado.

¹⁰ El decreto 2400 de 1968, reglamentado por el decreto 1950 de 1973, regula la contratación de personal en las entidades públicas, el decreto 1222 de 1993 reglamenta la carrera administrativa y la Ley 80 de 1993 regula los contratos que pueden realizar dichas entidades con terceros.

Para reducir este vacío en la información, se realizaron once estudios de caso, que comprenden las experiencias nacionales más importantes en este campo, tanto públicas como privadas. En este capítulo se resumen los principales hallazgos de esos estudios. Vale la pena aclarar que en Colombia no existe aún una separación estricta entre empresas administradoras y empresas prestadoras de servicios, y la mayoría de las instituciones cumplen, en mayor o menor grado, ambas funciones. Por esta razón, la separación que se hizo no es estricta y las instituciones se catalogaron según su función predominante.

Se analizaron en profundidad 11 instituciones¹¹, siendo la encuesta que aparece en el anexo 3 la guía de análisis. Adicionalmente, ésta se envió a 30 entidades públicas localizadas en todo el país. Se debe tener en cuenta que la muestra no se seleccionó buscando mantener la proporción de empresas administradoras y empresas prestadoras que actualmente existentes, ni tampoco buscaba ser representativa de los estratos socioeconómicos de la población.

Las formas de contratación dominantes en los estudios de caso de las empresas administradoras se presentan en el cuadro 2a y las de las instituciones prestadoras y las empresas mixtas¹² en el cuadro 2b.

¹¹ Las instituciones que se escogieron para realizar estudios de caso son dos hospitales de tercer nivel, que han demostrado tener éxito en su manejo administrativo y técnico; dos cajas de compensación con poblaciones atendidas superiores a los 100.000 individuos; dos compañías de medicina prepagada; la secretaría de salud de Santafé de Bogotá y Metrosalud de Medellín; el servicio de salud de las Empresas Públicas de Medellín; el Instituto de los Seguros Sociales y Cajanal.

¹²En Colombia no existe una separación clara entre la prestación del servicio y la administración del mismo, la mayoría de las empresas cumplen ambas funciones, a estas se les denominó empresas mixtas.

Cuadro 2a

EPS: FORMAS DE CONTRATACION DOMINANTES.

CASO	FORMAS DE CONTRATACION		
	Con Médicos Generales	Con Médicos Especialistas	Con Hospitales y Centros de Diagnóstico.
caso 1	A los de planta por salario A los del SNS (25%): por caso (15%) por capitación (10%) A los adscritos por servicio prestado con precios concertados (70%)	Por servicio prestado con concertación de precios, salvo algunos grupos de médicos que son monopolio e imponen sus tarifas	Todos los servicios se pagan por servicio prestado con concertación de precios
caso 2	Por servicio prestado con concertación de precios	Por servicio prestado sin concertación de precios	Todos los servicios se pagan por servicio prestado sin concertación de precios, en algunos casos logran descuentos en los servicios hoteleros
caso 3	Por salario, carrera administrativa son médicos de planta	Por servicio prestado según tarifas de las soc. médicas con un descuento (40%)	Por servicio prestado con precio concertado (descuento)
caso 4	No tienen médicos generales	A los "gate keepers" por salario al resto por servicio prestado	Por servicio prestado sin concertación. Mecanismo RVG.
caso 5	No tiene médicos generales	Por servicio prestado con sistema RVG.	Por servicio prestado sin concertación de precios
caso 6	Por salario	Indirectamente por salarios son médicos del SNS	Por presupuesto histórico, 50% desembolsado al inicio del año y 50% por desembolsos mensuales
caso 7	Por salario, carrera administrativa	Por salario, carrera administrativa	Por servicio prestado sin concertación de precios, incluye honorarios médicos

Fuente: Estudios de Caso.

Cuadro 2r
 IPS: FORMAS DE CONTRATACION DOMINANTES.

FORMAS DE CONTRATACION			
CASO	Con Médicos Generales	Con Médicos Especialistas	Con los Servicios hoteleros
caso 8 3er nivel	No contrata con médicos generales sino con las cuatro especialidades básicas	no contrata directamente sino con sociedades médicas de cada especialidad, por servicio prestado según sistema RVG	Contratos globales con supervisión a cargo del hospital
caso 9 3er nivel	A los médicos de staff por salario por horas (no contrata directamente con médicos fuera del staff)	A los médicos de staff por salario por horas a los médicos asociados por servicio prestado con concertación de precios	Prestados directamente por el hospital
caso 10 todos los niveles	Por salario. Son empleados públicos de carrera aden.	Por salario. Son empleados públicos de carrera aden.	Prestados directamente por el hospital
caso 11 1 y 2 nivel	Por salario. Son empleados públicos de carrera aden.	Por salario. Son empleados públicos de carrera aden.	Prestados directamente por el hospital

Fuente: Estudios de Caso.

Se encuentra que existen similitudes en los tipos de contratación prevaletentes en la mayoría de las instituciones entrevistadas. Hay una tendencia a contratar a los médicos generales por salario, a los médicos especialistas por servicio prestado, y a realizar el pago de todos los servicios hospitalarios (hotelería y servicios quirúrgicos) y de diagnóstico técnico por servicio prestado.

En efecto, en los casos analizados se encontró que la forma de contratación predominante de los médicos generales y de los médicos especialistas que actúan como "gate keepers", es por *salario*. En casos aislados se encontró la contratación por servicio prestado y por *capitación*. Estas dos formas se utilizan únicamente para la atención de población dispersa (zonas rurales y municipios pequeños que no cuentan con instituciones hospitalarias importantes).

La contratación con médicos especialistas se realiza por servicio prestado en la mayoría de las instituciones analizadas. Solamente en los hospitales públicos, donde existe un contrato formal y se trata de un proceso de contratación en el interior de la institución (no entre administradoras y prestadoras), se les remunera por salario. En el resto de las instituciones predominan los médicos en ejercicio libre de su profesión médica, y trabajan por honorarios. En los hospitales privados, algunos de los médicos especialistas que cumplen funciones de dirección son remunerados por salario, pero cuando realizan trabajos médicos se les tiende a remunerar por servicio prestado. En algunas de las instituciones prestadoras se utiliza el sistema de valoración estándar de los servicios (RVG) para la remuneración a los médicos.

El valor de los honorarios se negocia entre las EPS, IPS y los médicos. Algunas excepciones son los cardiólogos, anesthesiólogos y los médicos con especialidades escasas que forman pequeños monopolios, constituyéndose así en gremios fuertes que imponen sus propias tarifas. Sin embargo, cuando estos médicos trabajan con el

ISS existen grandes diferencias pues dicha institución fija de forma unilateral las tarifas.

Algunas de las diferencias son debidas al tipo de población que atienden y al paquete de servicios que ofrecen. Aunque resulta difícil inferir si las diferencias existentes en costos, población atendida, tecnología, calidad y cobertura, son resultantes de las formas de contratación utilizadas, el estudio sugiere que no es la forma de contratación la variable que determina prioritariamente estos elementos, sino que existen otras variables, complementarias que pueden llegar a tener un efecto aún más significativo. Estas se destacan en el siguiente capítulo.

No parece existir ninguna razón que justifique la escogencia de las formas de contratación utilizadas. En el caso de los médicos generales, se cree que es lo mejor para la atención y en términos administrativos, lo más sencillo y siempre se ha hecho de esta manera. En el caso de los médicos especialistas parece deberse a la exigencia de éstos. Aún así, las instituciones administradoras y las empresas proveedoras de servicios consideran que es la mejor para los asegurados.

En todos los casos estudiados, el pago de los servicios de diagnóstico y de los hospitalarios y quirúrgicos a instituciones privadas se hace por servicio prestado y, salvo en los contratos con el ISS, las tarifas las impone la institución prestadora del servicio.

De otra parte, no es frecuente que las administradoras de servicios privadas contraten con las IPS hospitalarias públicas, pues existen muchas dificultades administrativas. Únicamente se da este tipo de contratos en casos aislados, donde las administradoras tienen que cubrir poblaciones dispersas. Sin embargo, la infraestructura

pública en zonas pobres y marginadas es definitiva para asegurar la oferta de los servicios de salud.

La existencia de concertación de precios en los diferentes contratos depende del poder de mercado de cada parte. Se encontró que cuando una administradora de servicios de salud, diferente al ISS, contrata con instituciones hospitalarias de tercer nivel, estas últimas son quienes inciden sobre las tarifas. Cuando la administradora contrata directamente con médicos, es ésta quien impone la tarifa, salvo con algunos médicos especializados. La contratación de servicios quirúrgicos y hospitalarios, cuando éstos no hacen parte de un sistema integrado, es impuesta por la institución prestadora de servicios. El ISS es un monopolio en todos los casos y es quién fija las tarifas de los servicios que presta y que contrata.

Sólo una de las instituciones estudiadas planteó la posibilidad de ofrecer sus servicios médicos cobrando por caso en aquellas intervenciones que tienen procedimientos estándar y de las cuales se conocen los costos con certeza (apendicitis y parto normal). Varias de las empresas administradoras y de las empresas prestadoras entrevistadas coincidieron en que la contratación por caso es la forma más difícil de implementar, pues requiere un sistema muy eficiente de información de costos unitarios y una gran experiencia para poder calcular con éxito el riesgo de cada intervención. El riesgo del fracaso financiero de utilizar esta forma de contratación, cuando se carece de la información adecuada, es muy alto.

Los estudios de caso sugieren que las formas de contratación que se dan actualmente en Colombia no están muy desarrolladas, y están muy atrás frente a las posibilidades planteadas por la literatura internacional. En caso que éstas se quieran cambiar, se debe tener en cuenta que existen condicionantes, como el poder de las partes

o el nivel de gestión de los actores del sistema, que determinan de forma importante el tipo de contratación.

III. FACTORES ADICIONALES QUE INCIDEN SOBRE EL FUNCIONAMIENTO DE LOS SISTEMAS DE CONTRATACIÓN

La falta de "pureza teórica" es la constante que caracteriza cada uno de los sistemas de contratación mencionados. Todos se acompañan, en la práctica, con disposiciones que pueden, según el caso reforzar o alterar los incentivos originalmente producidos por ellos. Tanto en los estudios de caso como en la revisión de las experiencias internacionales se encontró que las formas de contratación por sí solas no garantizan que los resultados con los cuales teóricamente están asociadas efectivamente se den. En esta parte del trabajo se mencionan los factores complementarios que afectan el funcionamiento de las formas de contratación. Se hace referencia a los elementos encontrados tanto en los estudios de caso como en la revisión de las experiencias internacionales.

Entre estos elementos existen cuatro que son indispensables para el funcionamiento de cualquier forma de contratación: el papel regulador del Estado, la existencia de sistemas de información, la capacidad de gestión de las empresas administradoras y prestadoras de servicios y los controles al uso de tecnología de punta. Existen, además, otros mecanismos complementarios para alcanzar un adecuado control de costos, uso e innovación tecnológica, tales como el uso de copagos o tarifas moderadoras para limitar el uso de los servicios, la utilización de sistemas de remisiones y la implementación de programas de corta estancia para reducir costos.

A. Elementos indispensables para el buen funcionamiento de las formas de contratación

1. Papel del Estado

La razón fundamental para justificar la intervención del Estado en el mercado de la salud es que éste no opera competitivamente como

un mercado corriente de bienes y por lo tanto no garantiza una asignación eficiente de los recursos: existen, en primer lugar, externalidades positivas en el consumo de los servicios de salud. Es decir, el beneficio social que se deriva de una población sana es superior al beneficio privado de consumir servicios de salud. El Estado debe por lo tanto promover la provisión y garantizar el acceso a la salud.

Segundo, el mercado de la salud opera con asimetrías de información: los oferentes y los consumidores no poseen la misma información sobre precios, opciones, calidad y resultados para tomar las decisiones sobre los niveles de consumo óptimos. Así por ejemplo, la única forma que tiene un individuo de saber si debe o no acudir a un médico es asistiendo.

Y tercero, existe una tendencia natural a que el mercado opere monopólicamente ya que existen grandes economías de escala en la provisión de los servicios. Por ejemplo, asumiendo que para una población dada se requieran 4 camas por cada 1000 habitantes, para una población de 60,000 habitantes se requeriría un hospital de 240 camas. En estas condiciones resulta poco rentable tener varios hospitales compitiendo, y conviene mejor concentrar las 240 camas en uno solo que pueda compartir la misma infraestructura, generando con ello economías de escala. Sólo en ciudades grandes y de alta densidad es posible tener varios hospitales compitiendo. Análogamente, una aseguradora obtiene rendimientos crecientes de una población grande, en la medida en que puede cubrir mejor el riesgo, reduciendo así el costo promedio de los asegurados.

Adicionalmente, no sólo la existencia de economías de escala en la provisión y financiación de los servicios hace que este mercado tienda hacia el monopolio. Existen barreras a la entrada del mercado que dificultan la creación de empresas prestadoras o administradoras de servicios. En efecto, la creación de estas

empresas requiere de un capital inicial considerable al igual que de conocimientos profundos sobre su administración y operación.

El funcionamiento monopólico del mercado de la salud tiene dos implicaciones importantes: dificulta la cobertura universal y dificulta el control de costos al hacer inoperantes los controles implícitos en las formas de contratación.

En general, los mercados monopólicos resultan en precios superiores y cantidades inferiores a las que resultarían si el mercado operara competitivamente, reduciendo las posibilidades de la población pobre de acceder a los servicios. El papel del Estado como ente regulador de las fuerzas de mercado es, entonces, crucial para garantizar el acceso universal y aprovechar así las externalidades que se derivan del consumo de los servicios de salud.

La existencia de monopolios hace que las ventajas teóricas asociadas a las diferentes formas de contratación puedan diluirse y que los resultados esperados no se den. Por ejemplo, en un mercado hipotético en donde existe una administradora con poderes monopólicos que impone una tarifa por debajo del costo real de los servicios, un sistema como la capitación puede, en vez de promover, los servicios preventivos desestimularlos, ya que se intensificarán los incentivos para remitir los pacientes a niveles superiores de atención y no incurrir en el costo de los servicios. En la contratación por caso puede, así mismo, intensificarse la propensión a diagnosticar patologías más complicadas para obtener un excedente por encima del precio o a desmejorar la calidad. De igual forma, la asimetrías de información pueden generar el efecto de la demanda inducida por los oferentes, es decir que los médicos con el objeto de aumentar sus ingresos diagnostiquen y ordenen procedimientos innecesarios, con lo cual cualquier forma de contratación que intente controlar costos será inoperante.

Finalmente, resulta claro que si el usuario no tiene ningún poder sobre los servicios que recibe, será perjudicado pues las prestadoras y administradoras podrán transferir todo el riesgo a través de la calidad o el costo del servicio.

Los ejemplos anteriores ilustran la importancia del papel del Estado como ente regulador de las fuerzas de mercado - y no tanto de precios- promotor del acceso y difusor de la información. Todo ello es indispensable para que cualquier forma de contratación que opere eficientemente y logre los objetivos buscados.

Así, las reformas llevadas a cabo en los países de la OECD no han alterado la función del Estado como principal asegurador, y al contrario en muchos casos se ha tendido a fortalecer su participación en este sentido. En cuanto a la prestación de los servicios se han introducido criterios de competencia aunque en muchos casos el Estado ha continuado siendo proveedor de parte de éstos.

Países como Inglaterra han abierto su sistema de salud, antes dominado mayoritariamente por el Estado, permitiendo que se dé una competencia entre los oferentes de los servicios, generando mejoras en la calidad. En los Estados Unidos se presenta una tendencia hacia la competencia regulada, en contraposición al libre mercado que ha existido hasta el momento. En Alemania se ha mantenido a lo largo del presente siglo un sistema que se basa en monopolios bilaterales que sólo toman decisiones de precios, en donde la acción del Estado se concentra en mantener un equilibrio en el poder de cada una de las partes.

Aún así, la administración pública sigue siendo el mecanismo privilegiado para *garantizar* el acceso a los servicios. La razón de ello es, que ésta es la única forma viable de garantizar una

cobertura universal, con unos índices de morbi-mortalidad adecuados y un nivel de costos aceptable.

En la mayoría de estos países la cobertura de la población se garantiza mediante un sistema de seguro obligatorio, donde existe solidaridad entre ricos y pobres, entre jóvenes y viejos, entre enfermos y sanos, y entre zonas rurales y urbanas. Ningún país ha utilizado las reformas para introducir un sistema de aseguramiento voluntario. Por el contrario, en algunos países como España y Holanda, se han introducido algunas reformas que obligan a las personas que antes cotizaban a un sistema privado (ante todo a las de altos ingresos e independientes) a afiliarse a un sistema público. Esto ha hecho que los sistemas privados tiendan a actuar como sistemas complementarios, que aseguren servicios que no son prestados por los sistemas públicos.

Adicionalmente, la experiencia en estos países ha demostrado que el afán de lucro que guía a las aseguradoras privadas puede impedir que se garantice un cubrimiento universal de la salud (como ocurre en los Estados Unidos [Sojo, 1990]). En este sentido, Canadá, el pionero en materia de la organización de su sistema público de salud, ha ido más allá que muchos países desarrollados al prohibir los seguros voluntarios para aquellos servicios ya cubiertos por el sistema obligatorio, fomentando así una asignación más eficiente de los recursos al evitar duplicaciones de gasto.

En general, las reformas en los países de la OECD muestran una gran preocupación por garantizar sistemas mucho más equitativos. Se destaca, también, con la evidencia empírica de estos países, que las políticas explícitas para controlar los costos han sido siempre posteriores al cumplimiento de los objetivos de equidad, universalidad y solidaridad.

Por último, se ha observado que el costo total de un sistema donde el principal agente asegurador es el gobierno, es menor que en un sistema formado por la agregación de múltiples subsistemas (como ocurre en los Estados Unidos, donde el gasto per cápita en salud es el más alto de todos los países desarrollados). Sin embargo, esto no es claro en cuanto a la provisión de los servicios y no existe ninguna evidencia que sugiera que el Estado es un proveedor más eficiente de servicios.

El poder de mercado de cada una de las partes contratantes afecta directamente el costo total de los servicios. No es lo mismo que la administradora que contrata sea una pequeña entidad privada, cuya población atendida es muy pequeña, o una administradora nacional de salud que se encarga del aseguramiento de toda la población. El equilibrio en las fuerzas de mercado garantiza menores costos. Esto puede ocurrir en dos situaciones. La primera en la cual ninguna de las partes contratantes tiene poder dominante. Es el caso de una gran oferta de servicios a la vez que hay muchas entidades contratantes. El segundo caso sería el de un monopolio bilateral, donde hay una única institución prestadora y una única empresa aseguradora. Sin embargo en este último caso la posibilidad que se realicen coaliciones entre compradores y vendedores puede afectar directamente a la población cubierta. En este caso, lo óptimo sería que el monopolio bilateral fijara los precios de los servicios y la decisión sobre el volumen de los mismos debería ser tomada en otra instancia, tal como ocurre en Alemania. Así, el papel del Estado como ente regulador, y más precisamente como equiparador de las fuerzas de mercado, será determinante.

El papel que desempeñe el Estado es especialmente relevante dada la actual coyuntura del sistema de salud en Colombia. Sólo en la medida en que exista equilibrio de fuerzas entre las futuras IPS y EPS (y muy probablemente el escenario futuro del país será el de un

monopolio bilateral), se puede garantizar que el mercado será un elemento adicional de control de costos y de calidad.

De los estudios de caso se desprende que el ISS es la única administradora que poseía poderes monopólicos, ya que realizaba el 60% de la contratación total e imponía sus propias tarifas. De las empresas prestadoras estudiadas, la mayoría, salvo cuando contrata con el ISS, impone el precio de los servicios. Sólo los hospitales públicos carecen de poder de mercado.

En el capítulo IV se enuncian algunas de las implicaciones de la estructura del mercado de la salud en Colombia, sobre el nuevo ordenamiento institucional.

2. Sistemas de Información

Los sistemas de información son un requisito indispensable para el funcionamiento adecuado de los sistemas de salud y para la efectividad de las formas de contratación como mecanismo regulador.

Un sistema de información sobre los niveles de morbilidad de la población atendida, una adecuada contabilización de los egresos y de los costos, puede garantizar no sólo un costo bajo para las empresas prestadoras y administradoras, sino que permite, de forma adicional, controlar muy de cerca la calidad de los servicios prestados.

Es indispensable que existan sistemas de información tanto en el interior de las administradoras como de las prestadoras. Los sistemas de información les permiten a éstas llevar un control estricto de los costos, los egresos, el uso de los servicios y los perfiles de morbilidad. Esta información resulta indispensable para controlar a los usuarios y los médicos y evitar que se genere sobre-uso o sobre costos. De igual forma, les permite proyectar la

oferta de servicios sobre la base de las necesidades y la evolución de los perfiles de morbi-mortalidad asegurando así la satisfacción de las necesidades de salud y una buena asignación de los recursos.

A ello se debe agregar que varias de las formas de contratación requieren de información sobre el costo promedio o los costos unitarios de los procedimientos, como ocurre con el pago por caso. El presupuesto prospectivo exige, a su vez conocer la demanda de los servicios de salud que generará una población, y la capitación requiere de información sobre costos y demanda de servicios. El desarrollo de sistemas de información se convierte así, en un requisito previo a la implementación de varias de las formas de contratación.

De igual forma, el manejo nacional de un sistema de salud requiere de cuantiosa información sobre los diferentes agentes y subsistemas. Resulta indispensable para el funcionamiento integrado del sistema nacional que las autoridades, cuyo papel es regular y orientar el funcionamiento del sector, dispongan de la información sobre la evolución de los costos, los perfiles de morbi-mortalidad y la cobertura. Sin esta información resulta difícil tomar decisiones sobre las políticas que deben guiar el sector de la salud. La puesta en marcha de un sistema de información a nivel nacional debe ser una de las prioridades de la política sectorial.

En los casos analizados en Colombia se encontró que las instituciones, tanto prestadoras como administradoras con mejor desempeño en cuanto a calidad, uso y costos de los servicios, poseían sistemas de información sobre consultas, formulaciones, costos y morbi-mortalidad de su población. El sistema no es difícil de implementar y de manejar. La inversión inicial puede resultar costosa pero su manejo no. En los casos analizados se encontró que la institución que más personal dedicaba a esta actividad utilizaba 3 personas (sin incluir a las digitadoras de citas). En algunos

casos sólo se destinaba una persona a mantener el registro de estos datos. Si las instituciones cuentan con una adecuada contabilidad de costos, la información necesaria se deriva de ésta y, por lo tanto, no es necesario montar un sistema de información separado.

3. La Capacidad de Gestión

La capacidad de gestión supone, más que administrar contablemente unos recursos, desarrollar mecanismos innovadores para administrar esos recursos y adaptar los conocimientos externos a las necesidades particulares de una empresa. Es administración con un criterio amplio. La administración y el manejo de las empresas de la salud debe ir más allá de garantizar financieramente la viabilidad de las instituciones. Debe buscar como objetivos primordiales la satisfacción de los usuarios mediante la provisión de un servicio de buena calidad, tanto subjetiva como técnica, y el manejo eficiente de los recursos. La capacidad de gestión es el desarrollo de sistemas innovadores de administración y organización para lograr estos objetivos, es la capacidad de una institución de estar avanzando constantemente en estos campos.

Uno de los puntos críticos en el funcionamiento de los sistemas de salud es la poca capacidad de los actores para administrar eficientemente los recursos y lograr una calidad óptima de los mismos. En la medida en que los recursos son escasos, la administración eficiente de éstos se convierte en un requisito indispensable para ampliar la cobertura.

Desarrollar agresivamente la capacidad de gestión de todos los agentes del sistema es un paso certero hacia la ampliación de la cobertura y la mejora de la calidad.

En los estudios de caso se encontró que algunas de las entidades que lograban prestar servicios a costos moderados le daban una gran

importancia a la *gestión hospitalaria*, donde a cada división médica se le enviaba un reporte informándole sobre los gastos que tuvo, los ingresos y la evaluación que los pacientes hicieron sobre la prestación de sus servicios. Esto, sin más, es uno de los elementos nodales en la contención de costos y en la mejora de la calidad y uso de los servicios. Sin ellos es poco o nada lo que se puede hacer.

El desarrollo agresivo de la capacidad de gestión de los actores del sistema es especialmente relevante dentro del actual proceso de descentralización en Colombia, y la poca capacidad administrativa de los entes territoriales se presenta como el principal impedimento para el éxito del proceso de descentralización.

4. Control al Uso de Tecnología

Un uso adecuado de tecnología puede significar la reducción de los costos agregados de la salud. Si se da un sobre-dimensionamiento de recursos tecnológicos, se generará una subutilización de los equipos, que se traducirá en costos altos. Si la compra de tecnología busca mantener relaciones costo-beneficio apropiadas, se puede garantizar un adecuado cubrimiento de servicios tecnológicos a la par que se disminuyen los costos del sistema en conjunto.

La forma de contratación está directamente relacionada con la inversión en tecnología: el pago por servicio prestado es la forma que más beneficia su adquisición de tecnología de punta; la capitación, el pago por caso y el presupuesto proyectado fomentan la adquisición de tecnología con una adecuada relación costo-beneficio, mientras que el presupuesto histórico es neutro frente a la espiral tecnológica.

La creación de centros tecnológicos a nivel regional pueden ser un buen mecanismo para lograr un adecuado uso de la capacidad

tecnológica instalada. Igualmente reduce los costos hospitalarios en la medida en que éstos no sólo se evitan esta inversión sino que tienen acceso a servicios más baratos. Para ello el Estado debe regular la adquisición de tecnología e incentivar la conformación de estos centros.

En los estudios de caso se encontró este tipo de centros. En Medellín, el centro de tecnología agrupa a las principales instituciones de salud, y planifica la compra de instrumentos de alto contenido tecnológico, evitándose de esta forma la excesiva tecnificación en cada una de las entidades. Existen incentivos tributarios que pueden permitir el desarrollo de este tipo de asociaciones, como la disminución de los aranceles para la importación de este tipo de bienes o créditos blandos para la adquisición de tecnología cuando tiene el visto bueno de dichos centros regionales.

B. Mecanismos Complementarios a las Formas de Contratación

1. Algunas Generalidades

a. ¿Quién paga el médico, como se le paga a la prestadora y cuándo?

El momento del pago y la entidad que lo efectúa dan señales importantes tanto al usuario como al prestatario de los servicios de salud, afectando muy especialmente el nivel de uso y la calidad de los servicios y, por lo tanto, el costo del sistema de salud.

Excluyendo el caso del pago directo con recursos propios que utilizan los no asegurados, existen tres formas de pago: el pago directo por parte del usuario con reembolso de la administradora de salud (pago el acto); la participación del usuario en el pago a través de una cuota moderadora o un copago, pagando la

administradora el resto del servicio; y el pago que se realiza en su totalidad por parte de la administradora de salud (ver figura 3).

Pago al acto.

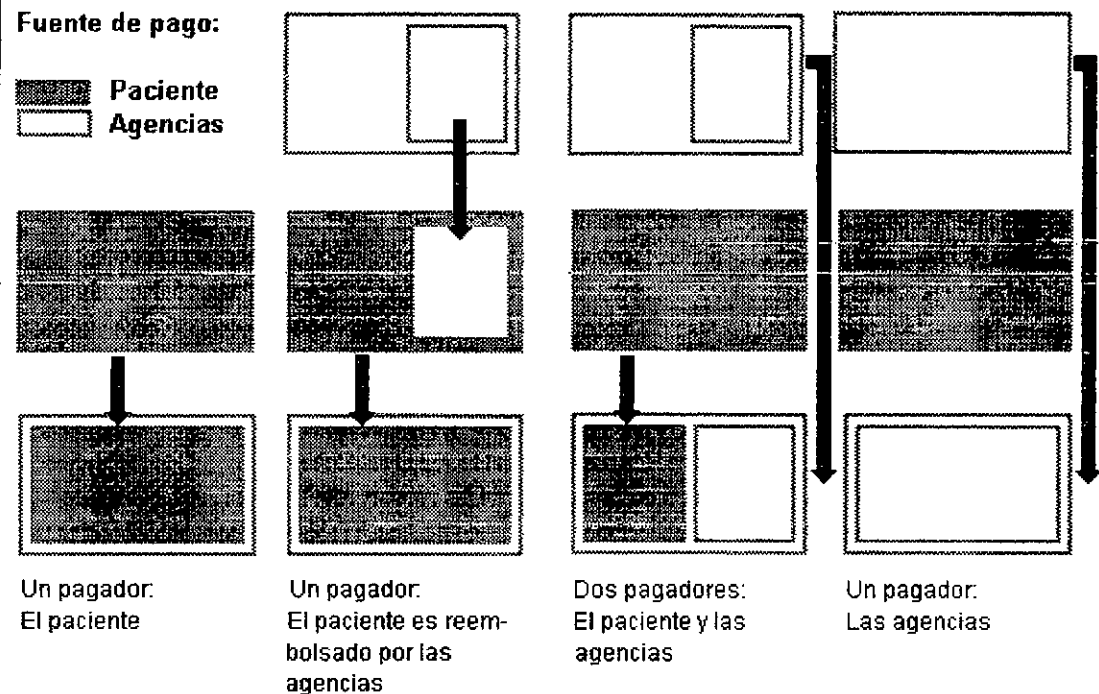
La primera forma de pago se caracteriza por la ausencia de una relación directa entre el prestatario (médicos, hospitales, etc.) y la administradora. No existe ningún control sobre el volumen de servicios prestados, lo que incentiva a inflarlo. Esto es lo que podría llamarse el efecto implícito del sistema de pago al acto. Sin embargo, el hecho de que el desembolso completo sea realizado por el usuario puede contrarrestar la tendencia a valorar excesivamente los servicios prestados, ya que el usuario se concientiza del costo de los servicios.

Copagos y tarifas moderadoras

En los sistemas de pagos compartidos (casos en que hay dos pagadores) se utilizan mecanismos de control de la demanda, los cuales pueden ser de dos tipos. Los copagos, en los cuales el valor del pago se comparte entre la administradora y el usuario proporcional al costo del servicio. Los copagos cumplen la doble función de contención de demanda y financiación del servicio. En segundo lugar están las tarifas moderadoras, que corresponden a una suma fija que el usuario debe pagar por cualquier servicio al que acuda. En sentido estricto, el papel de las tarifas es sólo controlar la demanda. Tanto las tarifas moderadoras como los copagos tienen efectos sobre la calidad del servicio, ya que el usuario está pagando al médico y puede presionarlo directamente, afectando del servicio que recibe.

Cuando la administradora paga el monto completo de la prestación del servicio (en el gráfico 3 la figura de la derecha), el usuario

FIGURA 3.
Formas de remuneración a los médicos.



Fuente: Sandier, S.: Centre de Recherche, d'Etude et de Documentation en Economie de la Santé Paris, 1989.

no tiene conciencia alguna sobre los costos que implica cada procedimiento, pero sí puede existir un estrecho control de la aseguradora sobre el prestatario. Esta forma de control de costos está asociada predominantemente con la capitación, donde constituye la regla. Sin embargo, existe también para el pago al acto donde la relación estrecha entre prestatario y administradora permite la instauración de múltiples mecanismos de control de costos. La desventaja de esto es que el usuario no tiene capacidad de afectar directamente la calidad del servicio que recibe.

En el cobro de los copagos y tarifas moderadoras se debe tener en cuenta el origen socioeconómico de la población atendida, para potenciar el beneficio moderador que tienen y evitar que éstos se constituyan en una barrera para el acceso a los servicios. Este tipo de clasificación es común en los países europeos y se encontró también en varias de las instituciones estudiadas en Colombia.

Momento en que se realizan los pagos

El momento en que se realizan los pagos es muy importante. Si la administradora no los realiza oportunamente, es probable que las prestadoras o los médicos cambien la forma como prestan sus servicios, demorándose en dar citas o simplemente dejando de darlas hasta que se normalicen las relaciones entre éstas y la parte que está contratando. La inestabilidad en los pagos puede terminar desdibujando cualquier forma de contratación que se quiera desarrollar.

Staffs de médicos y pago a los médicos de los hospitales

Existen dos modalidades de contratación de los médicos por parte de las administradoras dependiendo de si el hospital cuenta con un staff cerrado de médicos o si los médicos actúan en ejercicio libre de su profesión (staff abierto). Si se da la primera figura, es la

administradora quien le paga al hospital tanto por los honorarios médicos como por los servicios hospitalarios o quirúrgicos, y luego el hospital le paga a los médicos (esto es un pago directo). Si se da lo segundo, es la administradora quien le paga directamente al médico los honorarios y al hospital, por separado, los servicios hospitalarios y quirúrgicos.

La ventaja de que las administradoras puedan contratar por separado al médico y a los servicios hospitalarios radica en que el paciente puede escoger la combinación médico-hospital que se adapte más a sus necesidades (puede, por ejemplo escoger un buen médico pero pedir un hospital con bajos costos de estancia hospitalaria). Cuando los hospitales tienen staff cerrados, por lo general sólo se tiene la posibilidad de escoger al médico o al hospital, pero no a los dos.

Las administradoras o aseguradoras juegan un papel fundamental para lograr que los pacientes efectivamente puedan escoger y no queden sujetos a lo que diga el médico. El papel de la administradora debe ser el de ofrecerle a sus afiliados la información necesaria para que puedan decidir que es lo que más les conviene. Las decisiones no deben basarse únicamente en criterios de costos, sino que se debe tener en cuenta la satisfacción del usuario y la calidad del servicio médico.

Los staffs cerrados de médicos son más fáciles de manejar y administrar que los staffs abiertos, lo que permite tener un mejor control sobre la calidad de los servicios y menores costos. El staff cerrado permite que la institución involucre al médico en el manejo financiero de la misma y lo incentive a controlar costos. Glaser (1987) plantea que los sistemas europeos son más fáciles de manejar y menos costosos que los americanos precisamente porque los hospitales tienen staffs cerrados de médicos, contrario al sistema de médicos asociados que prolifera en Estados Unidos.

Bajo el esquema de staff cerrado la calidad se ve directamente beneficiada, pues se puede establecer un control más directo sobre sus miembros por parte de juntas médicas que pueden ser elegidas por ellos mismos. La estabilidad laboral es una ventaja adicional, pues contribuye directamente a la satisfacción del médico y, en últimas, puede mejorar la calidad de los servicios prestados.

Una tercera opción frente a los staffs cerrados y abiertos, tal como sucede hoy en día en Inglaterra, es que el médico sea quien pague una parte de los servicios al hospital (como los derechos de sala, servicios quirúrgicos, etc.), lo que reúne la posibilidad de que el paciente escoja tanto el médico como el hospital (característica de los staffs abiertos), con el control directo que puede ejercer el médico sobre el hospital, al ser éste quien paga los servicios (propios de los staffs cerrados).

b. Riesgo y formas de contratación

Todas las formas de contratación implican un riesgo, entendido éste como la posibilidad de asumir un costo inesperado. De la forma de contratación que se adopte depende quién asume el riesgo. El riesgo puede recaer sobre el usuario, la aseguradora o la prestadora, o bien puede ser compartido. Los efectos de la existencia de riesgo son de dos tipos: traslado de los costos o efectos sobre calidad. Los efectos sobre la calidad de los servicios son asumidos en su totalidad por el usuario; los costos no esperados pueden ser asumidos por cualquiera de las partes.

En el caso de la capitación, cuando los pacientes no realizan copagos, el riesgo es asumido en su totalidad por quien presta el servicio. Este se presenta como un costo adicional que debe ser asumido por la prestadora. Si existen copagos, el riesgo será compartido por la prestadora y el usuario, mientras que con tarifas moderadoras el costo lo asume en su totalidad la prestadora. En

general, cuando existen precios concertados entre la aseguradora y la prestadora, el riesgo y por lo tanto el costo, se distribuye entre éstas dos dependiendo de si la concertación de precios implica un descuento significativo sobre el costo real del servicio. Así, si la tarifa está por debajo del costo real, ambos asumen el riesgo, y la proporción compartida por la prestadora será proporcional al monto del descuento.

Cuando se paga por servicio prestado, el riesgo recae sobre quien paga. En este caso la concertación de precios distribuye el riesgo entre las partes. En el presupuesto histórico parecería que es el usuario quien absorbe el riesgo, a través de la calidad de los servicios que recibe.

La contratación por caso, al igual que la capitación, hace que el riesgo recaiga fundamentalmente sobre la prestadora, ya que si el costo real del servicio está por encima del precio pagado, la institución prestadora del servicio perderá dinero. Sin embargo, en la medida en que se logre incorporar en el precio del caso el factor de incertidumbre el riesgo puede ser traspasado a la administradora.

Si alguno de los agentes es un monopolio, éste puede imponer no sólo el sistema de contratación sino las tarifas, de tal forma que dicho agente transfiere el riesgo al resto de los agentes involucrados. Si el riesgo recae en su totalidad sobre las prestadora y éstas son un monopolio, muy probablemente el afectado será el usuario.

En un sistema en el cual el usuario es quién menos poder de mercado posee, lo más probable es que éste termine asumiendo el riesgo. Las dos razones por las que esto puede ocurrir son, ó bien porque los copagos resultan muy altos ó bien porque la calidad del servicio

prestado es mala. Es decir, no recibe el producto correspondiente al precio pagado.

Resulta conveniente que los actores -usuarios, prestadoras y administradoras- asuman una parte del riesgo, proporcionalmente a su capacidad para hacerlo. La regulación por parte del Estado debe, más que imponer una u otra forma de contratación, asegurar la igualdad de fuerzas y la distribución equitativa del riesgo. Si existen monopolios, aunque la forma de contratación esté regulada, el monopolista podrá siempre traspasar el riesgo a la otra parte en particular al usuario del servicio.

c. Fijación de precios ex-ante o ex-post

Cuando los precios son fijados en forma prospectiva (ex-ante), su aumento puede estar ligado a la evolución de otros indicadores no necesariamente relacionados con la salud, como serían la inflación o la tasa de crecimiento económico. Si estos indicadores traducen adecuadamente la evolución de los costos de los servicios de salud, se puede ser exitoso en contener los costos y el crecimiento de la tecnología, y en obtener el equilibrio financiero de las administradoras de salud. Si estos indicadores ofrecen proyecciones conservadoras, se puede afectar directamente la calidad de los servicios prestados.

Fijar los precios ex-ante, sin embargo, no necesariamente se refleja en un buen control del gasto en servicios médicos, ya que los médicos pueden ajustar sus volúmenes de actividades en función de sus objetivos de ingresos. Esto es importante ya que en muchas instancias se considera que por el simple hecho de negociar precios ex-ante se controla el gasto.

En el caso de los países de la OECD, para controlar los costos de los productos farmacéuticos se han introducido límites a los

precios de los medicamentos utilizados predominantemente en la atención de primer nivel que presentan sustitutos cercanos y se han introducido estrictas regulaciones sobre estos mercados¹³.

Para garantizar el equilibrio financiero en un sistema de contratación de pago al acto, la fijación de los precios ex-post puede resultar siendo la mejor estrategia. Así, en Alemania, para garantizar el equilibrio financiero del presupuesto del sistema público de salud, el valor monetario que recibe cada médico se calcula ex-post distribuyendo el presupuesto de acuerdo al volumen de actividad de los médicos. En otros países se actúa directamente sobre el volumen de servicios prestados para garantizar el equilibrio financiero en un sistema de pago al acto: en Canadá, los precios unitarios bajan en un 25% cuando los ingresos de los médicos superan un cierto nivel.

2. Algunos mecanismos complementarios encontrados en Colombia

a. Mecanismos de control de costos y uso

El control de costos es una consecuencia de la limitación de recursos y por lo tanto de la necesidad de maximizarlos, y no de un deseo para beneficiar el lucro de la administradoras o aseguradoras. Con él se buscan mejoras en cobertura y calidad de los servicios prestados. Esa ha sido la filosofía dominante en la contención de costos en los países europeos. Allí, se encuentra que las instituciones con ánimo de lucro no constituyen la base del sistema y que por el contrario se le da prioridad a las instituciones públicas y a las privadas sin ánimo de lucro.

¹³ Sin embargo se debe tener en cuenta que este control no se ha ejercido sobre el resto de las drogas disponibles en el mercado en ninguno de los casos analizados.

La existencia de un control de costos en una institución de salud depende, entre otros, de los siguientes aspectos. En primer lugar, de la seguridad que posee la institución sobre la disponibilidad de los recursos. En el caso de las instituciones públicas, que trabajan con presupuestos históricos, donde no existe una clara limitación de los recursos, no existe ningún tipo de incentivo para controlar los costos ni la calidad de los servicios prestados. Las preocupaciones de estas instituciones se han centrado más en aspectos de tipo administrativo -como la remisión de pacientes, el papeleo, etc.- y en cubrir a la población pobre que les ha sido asignada. Un problema adicional que se presenta en estas entidades lo constituye la inadecuada distribución de competencias entre los distintos niveles de gobierno, que hace que los procesos sean largos y engorrosos. En las instituciones privadas que atienden a estratos socioeconómicos altos tampoco existe una necesidad clara de controlar los costos, pues el incremento en los mismos se traslada directamente al usuario del servicio.

En segundo lugar, la política gerencial y la filosofía que orientan las acciones de la institución son determinantes tanto en el control de los costos, como en el control de la calidad. En las instituciones analizadas se encontró que en el caso de las fundaciones sin ánimo de lucro y de las cajas de compensación, que tiene como razón de ser la de prestar un muy buen servicio con unos recursos limitados, hay estrictos controles de costos y de calidad de los servicios prestados.

El control de costos no necesariamente depende exclusivamente de la forma de contratación. Se ha encontrado que mecanismos externos a éstas, como las tarifas moderadoras, staffs cerrados de médicos, "gate keepers", o la diferenciación clara de los servicios

prestados por las instituciones de niveles diferentes¹⁴, definitivamente reducen los costos de la atención y tienen efectos colaterales benéficos como controlar el sobre uso de los servicios. Este tipo de controles externos son más naturales en instituciones que tienen restricciones claras y sentidas de recursos, como algunas fundaciones y hospitales universitarios que atienden de forma subsidiada a la población de bajos recursos. Algunos de estos mecanismos se describen a continuación.

Copagos y tarifas moderadoras

Los copagos y las tarifas moderadoras constituyen el mecanismo por excelencia en el control de la demanda. En casi todas las instituciones analizadas existe este tipo de instrumentos, aunque las formas como se utilizan varían. En general cambia el monto de los mismos y el tipo de servicios sobre los cuales se aplican. Se ha observado que adicionalmente a cumplir una labor en la regulación del uso de los servicios, cumplen una función importante en la financiación de los mismos. En algunas entidades corresponden a aproximadamente el 10% de sus ingresos totales. Sin embargo no se debe tomar la cofinanciación del sistema como el único objetivo de este tipo de mecanismos, el objetivo de estos debe ser flexible de acuerdo con el nivel socioeconómico de la población a quien van dirigidos. La función prioritaria en los estratos socioeconómicos bajos debe ser controlar el uso de los servicios, de lo contrario pueden convertirse en una barrera para acceder a la atención necesaria. Por el contrario en los estratos socioeconómicos altos puede operar como un mecanismo cofinanciador útil especialmente

¹⁴Un ejemplo de ineficiencia en este sentido lo constituyen los hospitales de tercer nivel que mantienen una ocupación de la capacidad instalada superior al 80%, en gran parte porque los niveles I y II no pueden solucionar las patologías que les corresponden.

para aquellas patologías de cuyos precios ésta población aun puede pagar sin incidencia significativa sobre sus ingresos.

La utilización de copagos se presenta principalmente en las instituciones que tiene un estricto control de costos. Por lo general se realiza algún tipo de clasificación socioeconómica previa, no siempre desprovista de dificultades, y con base en ésta y en el costo del servicio que requiere el paciente, se realiza la liquidación del monto a pagar.

Sistemas de remisiones y Gate keepers

Los "gate keepers" son el principal mecanismo de control al uso de los servicios especializados y de los servicios hospitalarios de tercer nivel, los más costosos del sistema de salud. Estos médicos deben ser el primer paso en un sistema de control de costos.

En los casos analizados, la existencia de médicos generales en una empresa prestadora depende claramente de dos variables. La primera es la existencia de un esquema en el cual el "gate keeper" es la entrada al sistema, y la segunda es el origen socioeconómico de la población atendida. La muestra no incluyó instituciones hospitalarias de primer y segundo nivel privadas. Sin embargo, en el caso de las administradoras públicas que trabajan con este tipo de atención bajo un esquema integrado, existe una tendencia a contratar médicos generales para todo tipo de atención, a los cuales se les paga por salario. Según la ley 10/90 y la ley 100/93 es obligatorio que se dé un sistema de remisiones para el acceso a los servicios de salud de tercer nivel. En la práctica esto no se ha dado.

El sistema de remisiones es no sólo una forma eficiente de reducir los costos y garantizar la adecuada utilización de los recursos, sino además una forma de asegurar la educación y la prevención

mediante la relación estrecha y directa entre los médicos y el personal paramédico y los pacientes.

En las entidades que atienden a los estratos alto y medio alto los "gate keepers" son médicos con especialidades básicas: internistas, pediatras, ginecólogos y cirujanos. Esto se debe aparentemente al descrédito del que sufren los médicos generales.

El párrafo anterior ilustra el tipo de problemas que se presentan cuando se dejan todas las elecciones al mercado. Si los individuos no tienen ninguna restricción sobre sus gastos, la falta de información hace que éstos acudan a médicos con altos grados de especialización, pues piensan que el servicio es mejor cuando se utilizan tecnologías más costosas o cuando son atendidos por un médico más especializado, tal como ha ocurrido en algunos países como los Estados Unidos.

Una opinión generalizada en las entrevistas realizadas es que una forma de mejorar la calidad y el prestigio social y profesional de estos médicos sería fortalecer los programas que ofrecen las facultades de medicina, donde se debe reforzar la formación de estos médicos y la importancia de la atención que prestan. En este sentido se les debe dar una formación más orientada hacia la prevención de enfermedades y hacia la medicina familiar¹⁵. Si el sistema de remisiones es efectivo, se puede esperar que el prestigio de estos médicos mejore, ya que no sólo estarán evacuando entre el 70% y el 80% de la atención, sino que al controlar la entrada al sistema tendrán poder sobre los niveles superiores de atención a través de las remisiones.

¹⁵Según el estudio "La Salud en Colombia" (1990) se tiene que: "La enseñanza médica (en Colombia) está más orientada a la enfermedad que a la salud, al individuo que a la familia o a la comunidad, a la demanda que a los requerimientos sociales." (p.294, tomo II).

Vale la pena mencionar que gran parte del desprestigio del médico general se debe a que realiza actividades que deberían ser realizadas por enfermeras, higienistas y paramédicos que generan una ineficiencia en la asignación del recurso humano y elevan los costos de la atención. En este sentido resulta indispensable ampliar el nivel paramédico, de tal forma que los controles y la prevención se realicen a través de estos profesionales.

En promedio, las instituciones que utilizan "gate keepers" cubren alrededor del 70% de las consultas a través de éstos. Las experiencias analizadas coinciden en señalar que un sistema que trabaja con "gate keepers" es menos costoso que uno que no los utiliza. En particular, con ellos existe una tendencia a que el número de consultas y hospitalizaciones realizadas sea menor. Existe también evidencia en la literatura universal que confirma estas afirmaciones [ver OECD, 1992; Nedde, 1993].

Prevención

Algunas administradoras, especialmente las que atienden a población de bajos recursos, utilizan un sistema de consultas preventivas obligatorias. En el caso, por ejemplo, de los servicios odontológicos preventivos, existe un grupo de higienistas que dictan charlas educativas, donde la asistencia a estas conferencias es un requisito para poder tener acceso a una cita odontológica general. A su vez, el odontólogo debe asegurarse que sus pacientes se encuentren sanos, y se debe encargar de que éstos acudan periódicamente a los controles. Con este sistema una de las administradoras ha logrado reducir en un 25% los costos de atención odontológica en los últimos tres años.

Control sobre la formulación

En aquellas administradoras que cubrían el costo de los medicamentos, se encontró mayor formulación. Por un lado, los pacientes acuden al médico para que éste les recete medicamentos, los cuales son utilizados para mantener un botiquín en la casa e, incluso, para venderlos en el mercado negro. Los médicos, así mismo, recetan medicamentos costosos y no utilizan los genéricos. Hay razones para que los médicos tiendan a medicar en exceso: la influencia que reciben por parte de las agresivas campañas de las compañías farmacéuticas y a la poca disponibilidad de los medicamentos genéricos en las farmacias.

Uno de los controles utilizados por una de las administradoras es el diseño de un vademecum que incluye los medicamentos genéricos en las presentaciones que se consiguen en el mercado. Adicionalmente, se limita la formulación de los médicos al vademecum y se exige a las farmacias con las cuales contrata, mantener suficiente provisión de las drogas del vademecum. Esta administradora también ha desarrollado un sistema que busca la concientización de los médicos para evitar la formulación excesiva. Se pusieron ciertos límites como que el médico debe especificar el número de unidades recetadas, éstas tiene unos topes máximos de acuerdo a unos protocolos y a las farmacias se les paga únicamente lo ordenado en la fórmula. Un último control se realiza a través de la contabilidad, donde se detectan los costos y los volúmenes de formulación por paciente, médico y farmacia. A través de éste se han detectado algunos casos de venta de medicamentos en el mercado negro, donde los usuarios implicados han sido procesados legalmente.

Control sobre las consultas

Cuando las administradoras manejan directamente la asignación de consultas les resulta sencillo controlar el uso excesivo de estos servicios llevando registros de uso por paciente y por médico, de forma similar a la que se realiza con la medicación. Cuando se encuentra que una persona asiste demasiado al médico, se habla con éste y se trata de establecer las causas de dichas visitas. En caso de haber sobre-uso injustificado se habla tanto con el médico y como con el paciente.

En el caso de las consultas médicas especializadas o de las intervenciones quirúrgicas, algunas instituciones conceden descuentos sobre el costo en que debe incurrir el paciente si éste viene remitido. En otros casos no es atendido si no trae la orden de remisión.

Control de los días de estancia hospitalaria

Las estancias hospitalarias largas tienen consecuencias directas sobre los costos en que incurre la administradora y el usuario. Se ha observado que no siempre un bajo costo por día de estancia garantiza un costo total bajo. En instituciones ineficientes se puede dar que el bajo costo promedio diario no tiene ningún efecto sobre el costo total, pues se contrarresta con estancias largas. Igualmente, una estancia corta, si está asociada a un tratamiento incompleto puede generar costos posteriores por recaídas del paciente.

Algunos de los controles que se han utilizado para evitar prolongar las estancias por períodos mayores a los necesarios son: el control directo y permanente de médicos, algunos designados por los hospitales otros por las administradoras, que deben revisar continuamente el promedio de estancia de los pacientes

hospitalizados; fortalecimiento de la atención ambulatoria, ampliando el número de camas y de intervenciones que se pueden realizar de esta forma; e implementación de programas de corta estancia y de atención domiciliaria. En estos dos últimos casos la reducción en el costo se debe principalmente a la disminución de los costos hoteleros.

La condición necesaria para implementar cualquiera de estos mecanismos de control de costos es la existencia de un contacto permanente entre la administradora de salud, los prestatarios y los usuarios de los servicios. Si alguna de estas relaciones no se da, como en el caso del pago total por el asegurado con reembolso futuro mencionado anteriormente, desaparecen todos los mecanismo de control que pueda ejercer la aseguradora sobre la prestadora y de éstos sobre el usuario.

b. Sistemas de Remuneración de Médicos especialistas

Históricamente el ISS ha funcionado como regulador del mercado, pues ha dado las directrices para fijar los precios de los diferentes servicios prestados a través de un manual de tarifas. Sin embargo, el sistema con el cual se han fijado esas tarifas presenta imperfecciones: en algunos casos, como el de los anesthesiólogos, no se ha tenido en cuenta la complejidad de los procedimientos, lo que ha hecho que se presenten ciertas inequidades en el pago a los especialistas. Además y como se ha venido afirmando, la sola regulación de las tarifas no es indicativa del control de costos pues, los prestadores pueden recuperar sus ingresos aumentando el volumen o disminuyendo la calidad.

Related Value Groups (RVG)

En algunos de los casos analizados, la remuneración a los médicos especialistas se realiza mediante el sistema de valoración estándar de los servicios denominado RVG ("Related Value Groups"). Cada servicio está medido en unidades, las cuales jerarquizan la remuneración de los médicos, de tal forma que se mantiene siempre el balance entre las diferentes especialidades. La unidad RVG tiene en cuenta la complejidad de los procedimientos y el grado de preparación que requiere la especialidad. El número de unidades RVG de cada profesión y procedimiento no se altera, y lo que varía es el valor de la unidad. Así por ejemplo, un procedimiento quirúrgico puede valer 30 unidades RVG y los servicios del anestesiólogo 11 unidades.

Algunas especialidades además de las unidades RVG correspondientes a su profesión, reciben un pago adicional según el tiempo de duración y el riesgo de la intervención. Ambos factores tienen su valoración en unidades RVG. La remuneración final resulta de la suma de las unidades de los tres factores.

Este sistema tiene la ventaja de mantener las remuneraciones relativas y en ningún caso se pueden conceder aumentos a grupos o médicos particulares. El incremento en las remuneraciones se realiza aumentando el valor de la unidad.

El valor de la unidad RVG dependerá del poder de negociación de las partes contratantes y de los precios de mercado. Una de las instituciones analizadas utilizó durante algún tiempo un valor de la unidad RVG variable. Al final de cada período se miraba cuánto dinero había disponible, después de restarle a los ingresos los insumos y los costos administrativos. El valor unitario de RVG se obtenía dividiendo el recurso disponible por el total de unidades RVG contabilizadas en el período.

En este caso la remuneración por servicio prestado se asemeja más a la remuneración por caso. El sistema RVG tiene una combinación de control de costos y control de calidad eficiente ya que los ingresos del médico son, independientes del costo del procedimiento mismo. No existen incentivos para desmejorar la calidad y quedarse con el excedente -como puede ocurrir con el pago por caso-, ni de aumentar los costos -como ocurre cuando el pago es una proporción del costo del procedimiento-. Por el contrario, la buena calidad le garantiza al médico la afluencia de pacientes y la permanencia en el hospital o la administradora. Sin embargo, este sistema no es de fácil implementación, pues requiere de un conocimiento de las diferentes especialidades y subespecialidades, a la par que necesita conocer de forma aproximada los niveles de riesgo implícitos en cada procedimiento o especialidad.

Asociaciones de Médicos

En algunas instituciones prestadoras se encontró que la contratación se realiza con asociaciones médicas y no con cada médico particular. Este sistema tiene la ventaja de que la institución prestadora o administradora no corre con costos de prestaciones y primas. Adicionalmente, a los médicos les resulta interesante en la medida en que les da poder de mercado como grupo. De esta forma la negociación es más equilibrada. Aunque no se debe olvidar que cuando las asociaciones adquieren mucho poder, como ocurre en Colombia con algunos grupos de anesthesiólogos, tampoco se da un equilibrio adecuado de fuerzas que permita un proceso de negociación equitativo.

c. Control sobre la calidad de los servicios médicos

En general, la auditoría médica que directamente pueden ejercer las empresas administradoras sobre los hospitales o centros de diagnóstico a través de los sistemas de contratación es poco. En la

mayoría de los casos colombianos estudiados, las relaciones entre las instituciones prestadoras y las administradoras se reducen al envío de pacientes y a la evaluación de los resultados. Algunas administradoras cuentan con mecanismos adicionales de control de calidad, como es el caso de médicos en los hospitales con quienes contratan, de tal forma que se pueda evaluar el servicio. En el caso en que se utilicen "gate keepers", los controles de calidad de los servicios prestados los realizan dichos médicos, con posterioridad al tratamiento recibido.

Algunas de las empresas administradoras presentaron preferencias por la contratación con fundaciones u hospitales universitarios, pues en dichas instituciones no sólo se realiza un estricto control de los costos, sino que la calidad de los servicios se evalúa constantemente.

Existen dos tipos de apreciación de la calidad de los servicios médicos. En primer lugar está la calidad subjetiva (o satisfacción del cliente), que corresponde a la apreciación del paciente sobre ciertos aspectos, como la empatía con el médico, los servicios hoteleros hospitalarios, la existencia de colas, el tiempo que transcurre entre el momento en que el paciente solicita una cita y el momento en que se la adjudican, la información que recibe por parte del médico y del personal paramédico, entre otros. El otro tipo de calidad es la técnica, entendida como la efectividad de los tratamientos prescritos y lo adecuado de los diagnósticos de acuerdo con las dolencias presentadas.

Los controles para estos tipos de calidad son diferentes. Se ha observado que la ética médica y la formación de los médicos afectan directamente la calidad técnica de los servicios, pero no necesariamente tienen efecto sobre la calidad subjetiva.

Dentro de los casos analizados se observó que cuando las instituciones atienden a población de estratos altos o cuando existe una filosofía clara en la institución sobre lo que debe ser un servicio de salud, se le presta una gran atención a la calidad subjetiva. En el caso de los hospitales universitarios se presenta más atención a la calidad técnica de los servicios prestados. En ellas el control de los servicios no sólo lo realiza el médico que está asignado a cada paciente, sino que gran parte de la auditoría se concentra en los profesores y estudiantes de medicina que también trabajan en el hospital. En muchos casos existen comites para evaluar la calidad médica de los servicios prestados.

En todos los casos se observó que cuando las personas atendidas no tienen ningún tipo de afiliación a una administradora (con funciones de vigilancia y control), los controles que existen sobre la calidad técnica de los servicios son mínimos, sobre todo si se tienen en cuenta las asimetrías en la información que perjudican a los pacientes.

Por último, es importante destacar que en Colombia no hay una inclinación natural para formular quejas por los servicios que se reciben. Si la atención es mala, simplemente cambian de médico o de institución, si lo pueden hacer. Las demandas por mala práctica no son frecuentes y aunque han venido creciendo en los últimos años, los médicos particulares por lo general no tienen seguros que los protejan, aunque sí los hay en la mayoría de los hospitales. Se observó que en las empresas administradoras donde existe una clara separación la función administradora y la función prestadora (básicamente las compañías de medicina prepagada) no existe este tipo de seguros.

Con todo, se encontró que todas las instituciones analizadas tienen sistemas de control de calidad, tanto del servicio médico prestado como de la satisfacción subjetiva del cliente, aunque en varios

casos éstos son incipientes. El control de la calidad médica del servicio se realiza a través de auditorías médicas tanto de las prestadoras como de las administradoras que contratan los servicios.

La evaluación de la satisfacción al paciente se hace por medio de encuestas, visitas sorpresa a los médicos, recolección de sugerencias y atención de quejas. El énfasis que se dé depende fundamentalmente de las políticas de las instituciones prestadoras y de la conciencia que tengan sobre la importancia de la satisfacción del cliente.

En la medida en que exista competencia habrá incentivos para controlar la calidad. En algunas instituciones con población cautiva, es decir cuando el paciente no pueden cambiar de administradora o prestadora de servicios, se encontró que la satisfacción del cliente es muy baja, lo cual se manifestaba en turnos de espera largos, cola y desinformación. Sin embargo, no había indicios de que la calidad médica del servicio desmejorase. Un factor que beneficia la percepción que tienen los pacientes de los servicios médicos que reciben, es la capacidad de escoger el médico y la institución en la cual quieren ser atendidos.

IV. LAS FORMAS DE CONTRATACIÓN: TAN SOLO UNO DE LOS MECANISMOS PARA LOGRAR LOS OBJETIVOS DE LA REFORMA

Las reformas introducidas a la seguridad social en salud con la ley 100/93 y las modificaciones en la asignación de recursos del sector establecidas por la ley 60/93, pretenden incentivar la eficiencia en la asignación de los recursos, controlar el costo de los servicios médicos y ampliar la cobertura del sistema. En esta parte del trabajo se analizan las herramientas utilizadas para alcanzar estos objetivos, teniendo en cuenta las limitaciones que éstas presentan.

En el capítulo anterior se dio especial atención a las formas de contratación y su importancia en la contención de costos. Se debe tener en cuenta, sin embargo, que las formas de contratación no son el mecanismo óptimo para garantizar la universalidad y equidad del sistema, teniendo sí importancia en el control de los costos. Por lo tanto es importante analizar otros mecanismos con miras a conseguir todos los objetivos que persigue la reforma.

Las herramientas fundamentales, del nuevo marco legal, para lograr el objetivo de *eficiencia* son la introducción de competencia en el mercado de la salud, la entrega de subsidios a la demanda y la ejecución descentralizada del gasto. Para controlar el *costo de los servicios* médicos se regulan las formas de contratación y se reglamenta la provisión de los servicios. La ampliación de la *cobertura* se busca a través de la obligatoriedad en el sistema de afiliación la afiliación familiar y el incremento en los recursos destinados a salud.

A. Control de costos

El control de costos empieza a ser un punto crucial en el funcionamiento histórico del sector salud en Colombia, no sólo

porque afecta viabilidad de los sistemas de salud, sino también porque puede convertirse en un impedimento para ampliar la cobertura y mejorar la calidad de los servicios.

Dentro de los mecanismos que se plantean para lograr la contención de costos se encuentran la regulación de las formas de contratación y la regulación del sistema en general. Sin embargo, las formas de contratación no garantizan por sí solas un adecuado control de costos, como se ha discutido a lo largo del presente trabajo.

Como se vio en los capítulos anteriores, de todas las formas de contratación analizadas en la teoría, se encuentra que la contratación por presupuesto histórico y por servicio prestado sin concertación de precios (las dos formas predominantes en Colombia) no son recomendables. Así, si se quiere garantizar la viabilidad financiera del sistema se debe presionar el cambio hacia otras formas de contratación.

Este cambio no está exento de dificultades: los estudios de caso muestran que las formas de contratación existentes se han dado más por tradición que por un análisis concienzudo de sus ventajas y desventajas. Las administradoras y las instituciones prestadoras tienen, en general, niveles de gestión débiles. Por lo tanto, debe apuntarse a fortalecer esos niveles y muy particularmente los de las IPS, para favorecer con ello formas de contratación que garanticen un adecuado control de costos y una buena calidad. Sin esto poco o nada podrá avanzarse. Parte de los recursos de créditos o excedentes financieros de la ley 60/93 deben orientarse hacia esa meta. Se deben favorecer experiencias piloto regionales y, definitivamente, premiar a las organizaciones exitosas. Una forma de premio es apoyarlos financieramente para que ellos den la asistencia técnica a sus similares de la región.

Los estudios de caso y la experiencia internacional muestran que se debe dar una gran flexibilidad en los sistemas de contratación que se adopten y, más que imponer una u otra forma, deben ofrecer criterios para que las nuevas organizaciones, conservando su tradición y experiencia, pero fortalecidas técnicamente, se ajusten a ellos. Adicionalmente se hace necesario equilibrar las fuerzas del mercado para que exista una negociación apropiada de precios y volúmenes que garantice un adecuado control de costos.

La revisión de experiencias internacionales muestra que no existe un sistema ideal de contratación. El sistema que se emplee debe estar muy relacionado con el nivel de desarrollo de la organización y con las características de la población usuaria. Por ejemplo, las contrataciones por caso o por presupuesto proyectado, si bien ofrecen algunas ventajas teóricas, su puesta en ejecución es muy exigente respecto a las condiciones que requieren. Son posibles siempre y cuando existan buenos sistemas de información y control de costos.

Recapitulando, algunas de *las acciones complementarias* a las formas de contratación que son definitivas para el éxito o fracaso del control de costos, son:

- Existencia de un buen sistema de información, simple y actualizado, que incluya las principales características de la población cubierta.
- Debe existir una contabilidad de costos mínima, en todos los niveles del sistema.
- Los pagos moderadores deben promoverse, aunque con flexibilidad. Sus montos deben fijarse consultando la condición socioeconómica del usuario.
- La existencia de "gate keepers" debe promoverse como mecanismo para racionalizar el uso de los servicios y, por esa vía, disminuir los costos.

- Debe promoverse un fortalecimiento en la organización de las IPS de primer y segundo nivel, de modo que ofrezcan bajo una misma unidad administrativa servicios complementarios para mejorar la calidad y aprovechar las economías de escala que se pueden presentar. Adicionalmente se debe recuperar la imagen de dichas instituciones, para que no se presente selección adversa por parte de los usuarios del sistema.
- Debe promoverse que toda organización de primer nivel tenga un vínculo (no necesariamente exclusivo) con alguna institución de segundo y tercer nivel. Ello para ir en la vía de la articulación vertical del sistema. Con esta medida no sólo se logra una mayor eficiencia técnica, sino unos costos menores.

En el marco de la ley 100 de 1993, será la *fijación del monto de la UPC* y la cobertura del POS lo que determinará en buena medida el control de costos del sistema y lo que definirá el éxito o fracaso del nuevo sistema de seguridad social en salud. En este orden de ideas es importante referirse a ambos elementos. Se debe contemplar, al menos, los siguientes aspectos:

- Permitir que el POS cubra los tres niveles de atención, enfatizando en los servicios preventivos. Un sistema preventivo puede permitir unos costos más bajos de operación, en la medida en que se utilicen menos los servicios y tecnologías menos costosas.
- El POS debe ser flexible y cambiante con el tiempo, de acuerdo con los perfiles de morbi-mortalidad.
- La UPC debe ser diferente según estratos socio-económicos, zonas urbana-rural y edad, de modo que sea generoso en la asignación de recursos para los más pobres, la población de mayor riesgo como los menores de 5 años y las zonas rurales, las de mayor dificultad de gestión y seguimiento. Con ello se debe ofrecer un incentivo económico para vincular personas que pertenezcan a estos grupos de población.

- Debe contemplar una asignación para la actualización y mantenimiento de equipos y para que las EPS puedan hacer el mercadeo correspondiente, siendo éste mucho más costoso para los grupos dispersos y para las zonas rurales.
- El margen de utilidad que dejen no debe ser tan poco como para que asfixie a las EPS (en ese caso todas desaparecerían), ni tanto como para que el manejo de la salud se vuelva un negocio. El caso de los Estados Unidos es bastante ilustrativo en este sentido pues los márgenes de utilidad de los intermediarios (compañías de seguros) son bastante altos. En varios países de la OECD el sector privado tiene una participación marginal en las funciones de aseguramiento, lo que impide que las grandes utilidades que puedan tener afecten de forma importante el costo de la salud en conjunto; en los casos en que el sector privado presenta una mayor participación, existe un control rígido sobre los márgenes de rentabilidad que puede obtener; en algunos casos como en Alemania, dichas compañías son sin ánimo de lucro.
- Los criterios para la fijación de la UPC deben ser claros y explícitos (debe existir una ficha técnica que los respalde). Su transparencia está en la base del éxito de la relación entre el Estado y las EPS, y en la sobrevivencia de estas últimas.
- La UPC es el mecanismo regulador del que dispone por excelencia el Estado. Su monto debe fijarse no sólo en función de los criterios anteriormente expuestos, sino también de asegurar una calidad mínima. La cuantificación de los diferentes servicios (que quedarían explícitos en la ficha técnica), no puede hacerse por lo bajo o de lo contrario la calidad se vería afectada. Debe existir una relación clara costo-beneficio de los servicios prestados para poder cubrir de forma apropiada el POS, buscando mecanismos que reduzcan el costo de los servicios más caros. Promover la conformación de

centros de tecnología regionales, con una planificación adecuada, apuntaría en esta dirección.

B. Eficiencia

La descentralización del gasto aumentará, en principio, la eficiencia del sistema puesto que las comunidades tendrán la capacidad de exigir a sus gobernantes el tipo de servicios que requieren y la calidad de los mismos. Igualmente, supone que al otorgar mayor autonomía a los gobiernos regionales sobre la planeación del sector, la oferta de servicios coincidirá con las necesidades de salud. La mayor autonomía permitirá una mejor asignación de los recursos.

Aunque el argumento es teóricamente válido, la capacidad ejecutoria de los niveles municipales en la administración de los servicios de salud es cuestionable. Un estudio realizado recientemente por el Banco Mundial, en el cual se evalúa el proceso de descentralización en el sector salud, encuentra que los beneficios obtenidos por la descentralización son reducidos, mientras que los problemas y los riesgos son visibles [Banco Mundial, 1993]. En Colombia, dos de los municipios que han completado el proceso de descentralización (del escaso 20% que está en condiciones de lograrlo), Manizales y Cali, ambos presentan un déficit creciente de recursos en salud, teniendo que ser financiados con apropiaciones presupuestales. Entre las causas del déficit se encuentra la baja capacidad de recuperar los costos del sistema, un crecimiento sustancial de la inversión y un aumento de los gastos de nómina.

La necesidad de los alcaldes de justificar su gestión con obras ha generado una expansión excesiva en la infraestructura de salud a nivel local, sin tener en cuenta las necesidades reales de la demanda, los costos de funcionamiento que se van a generar en el

futuro y que probablemente no podrán ser sostenidos por los gobiernos locales.

Por otro lado, en Colombia existe poca evidencia de que la comunidad participe en las decisiones que afectan su salud. Tradicionalmente éstas han sentido que no tienen ninguna influencia sobre las decisiones que se toman al respecto y, adicionalmente, no conocen los mecanismos de participación [Banco Mundial, 1993].

La otra herramienta con la cual se pretende mejorar la eficiencia es mediante la introducción de competencia en el mercado, como consecuencia de la libertad que tendrán los usuarios para escoger sus EPS e IPS, libertad que se apoya en una asignación de recursos y de subsidios a la demanda. Se busca que las EPS y las IPS se vean obligadas a aumentar su eficiencia para atraer usuarios y de esta forma financiar los servicios que prestan.

A pesar de que la ley 100 supone que la única forma de financiación de los gastos de funcionamiento de los hospitales públicos en el largo plazo es a través de la prestación de servicios -cuyo pago será garantizado con la UPC-, la ley 60 contradice, sin embargo, este intento de eliminar los subsidios a la oferta, al permitir que el pago del personal técnico de los hospitales sea financiado con recursos del Situado Fiscal, manteniendo el sistema de presupuesto histórico, que ha generado ineficiencias en el sistema de salud. Esta dualidad en el sistema público de financiación de los servicios prestados representa un serio riesgo sobre la viabilidad y la eficiencia del sistema y definirá, en su transición, el cauce que tome la reforma.

En cuanto a la competencia, no se tiene en cuenta, el poder real de mercado de las EPS y las IPS. Como se mencionó, el mercado de la salud tiene una tendencia natural a funcionar monopólicamente y probablemente lo que operará en un futuro en las regiones del país

será un monopolio bilateral. Debe existir, por tanto, regulación a favor del equilibrio de fuerzas de manera que en las negociaciones los primeros beneficiados sean los usuarios.

Los estudios de caso realizados muestran que las instituciones prestadoras (hospitales de tercer nivel y seccionales de salud que operan en zonas rurales y urbanas de baja población) se constituyen en monopolios en la prestación de los servicios. Esta conclusión se deriva del hecho de que la mayor parte de las administradoras privadas deben aceptar las tarifas impuestas por las instituciones prestadoras. Aunque en algunos casos se conceden descuentos, pocas veces éstos son realmente negociados, entendiéndose por negociación un acuerdo de tarifas en el que ambas partes tienen el mismo poder. Únicamente el ISS aparece como una empresa administradora con poder monopólico. Aunque aun está por verse el desarrollo del mercado bajo el nuevo esquema de organización del sector salud, no se espera que, en el corto plazo, esta estructura pueda modificarse y se mantendrá un esquema de monopolio que debe ser regulado. El Estado debe promover el desarrollo de IPS en los lugares en donde éstas hagan falta y evitar la proliferación donde no exista escasez¹⁶.

La proliferación de infraestructura hospitalaria sería, desde todo punto de vista, un desperdicio de recursos. La actual subutilización de ésta, excepción hecha de Bogotá, especialmente en instituciones de primero y segundo nivel, es un indicio de ello. La integración vertical, por el contrario, puede resultar útil en la medida en que facilita el monitoreo y la administración de los servicios de las instituciones prestadoras, produciendo el mismo efecto del staff cerrado en los hospitales, donde la competencia

¹⁶Algunas de las administradoras estudiadas plantearon que solo en la medida en que cuenten con su propia institución prestadora pueden ofrecer servicios de bajo costo. Algunas están en la actualidad invirtiendo en infraestructura hospitalaria.

sería entonces entre sistemas integrados. Si llegara a predominar la integración vertical, o bien una prestadora se asocia con varias administradoras, o bien disminuye el número de administradoras. Está por verse que desarrollo termina por imponerse.

En cuanto a los médicos, sólo en algunos hospitales y regiones se encontraron monopolios en gremios médicos, especialmente los anesthesiólogos y los cardiólogos. Algunas instituciones prestadoras se quejaron de que estos gremios imponían sus propias tarifas y no aceptaban ningún tipo de negociación. Sin embargo, en general los médicos carecen de poder negociador y sus ingresos pueden verse perjudicados en un mercado monopólico.

Las asimetrías en la información no sólo se encuentran entre EPS e IPS, sino que se hacen presentes en la relación entre EPS y usuarios, entre IPS y pacientes, y entre Estado e instituciones participantes. Una forma de corregir dichas fallas puede ser la conformación de asociaciones de usuarios (donde pueden entrar las Organizaciones (o empresas) Solidarias de Salud), que deben ser las encargadas de ofrecerle a sus miembros la información necesaria sobre las diferentes EPS y, al tener mayor poder, pueden facilitar el control y la negociación de los usuarios con dichas instituciones. Este tipo de asociaciones se han comenzado a desarrollar en los Estados Unidos, con las "alianzas", y han sido utilizadas de forma continua en Alemania, como mecanismo regulador de las fuerzas del mercado. Este parece ser el rol inicial que puede asignárseles a las Empresas Solidarias de Salud, las que si bien tienen en teoría un gran potencial para ampliar la cobertura de los más pobres, en la práctica, por las debilidades en su capacidad de organización, resulta apresurado suponer que pueden llegara convertirse en EPS. Deberán ir fortaleciéndose y solo en la medida en que desarrollen su capacidad de gestión y asociación, podrán contribuir mediante acciones administrativas más complejas a la ampliación de la cobertura de la población pobre.

La información debe también fluir del Estado hacia las EPS e IPS y viceversa. Los criterios para fijar la UPC, que definen los márgenes de utilidad y de acción que pueden tener las EPS, deben ser claros y estables. De lo contrario, la relación con las EPS puede volverse insostenible, hasta el punto en que serán pocas las dispuestas a participar en un sistema en donde las reglas no son transparentes. De igual modo, es claro que si no fluye la información correcta y ágil por parte de las EPS hacia el gobierno es poco lo que éste podrá hacer para regular y fomentar la solidaridad, en este caso basada en las transferencias producto de los excedentes o déficits que presenten las UPC.

La regulación de la competencia se debe hacer extensiva a otros actores no considerados hasta el momento, como es el caso de los productores e importadores de medicamentos e insumos quirúrgicos y los centros de diagnóstico técnico, los cuales tienen poder monopólico en algunas regiones del país y ejercen presiones para que se incrementen los costos de los servicios prestados.

En conclusión, es recomendable que en Colombia, más que pretender una liberación del mercado -lo cual de ninguna forma sería conveniente pues no existen las condiciones para que éste funcione competitivamente-, se debe buscar el equilibrio de fuerzas. Ambas partes deben contar con información suficiente para que se puedan fijar unos precios justos. Si no es posible introducir competencia, una opción de monopolio bilateral, como la que se presenta en Alemania, puede ser óptima siempre y cuando la decisión de precios sea independiente de la de cantidades, pues de lo contrario se puede presentar algún tipo de racionamiento en el mercado.

C. Cobertura

La Ley 100/93 establece un régimen contributivo y un régimen subsidiado de financiación y acceso al sistema. El primero se

nutrirá de las contribuciones salariales obligatorias, equivalentes en 1996 al 12% del salario. Dos terceras partes serán cubiertas por el empleador y una tercera parte por el trabajador. Un 1% de la cotización será trasladado al fondo de solidaridad y garantías para la financiación de los beneficiarios del régimen subsidiado.

La ley 60 define la participación del Situado Fiscal y las Transferencias Municipales en los ingresos corrientes de la Nación. Esta deberá aumentar del 37% en 1994 al 46.5% en el año 2001. Igualmente define los porcentajes de las transferencias recibidas por los departamentos y municipios, que deberán destinarse al gasto en salud: los departamentos están obligados a destinar como mínimo el 20% de sus transferencias y los municipios un 25%.

Aunque el Situado Fiscal y las Transferencias Municipales efectivamente aumentarán, no es claro que los recursos totales destinados al sector aumenten de forma significativa. Como se ve en el cuadro 3, no se espera un incremento inmediato de los recursos totales destinados para salud sino en el largo plazo. Aun así, aunque los recursos fiscales destinados a la salud se duplicarán como proporción del PIB, no existe ninguna garantía de que ello permitirá un aumento de la cobertura. En efecto, el régimen subsidiado se favorecerá sólo con parte del 1% de la nómina, y el 15% de las transferencias municipales no permite que se alcancen las metas de cobertura de la población pobre establecidas para el año 2000, si se supone un POS igual al del régimen contributivo, como es lo deseable si se quiere ser fiel al criterio de equidad.

Si se supone un POS diferente, que cubra en 1994 un 50% del POS del régimen contributivo y aumente paulatinamente hasta igualarlo -como lo ha propuesto la ley-, entre 1994 y 1997 sí se alcanzan las metas de cobertura, generándose tan sólo un déficit de cobertura a partir de ese año. En el cuadro 4 se observan los recursos totales disponibles para ello y el costo total de brindar un paquete básico

Cuadro 3

PROYECCIONES DE GASTO EN SALUD SEGUN FINANCIACION, COMO PORCENTAJE DEL PIB

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
GASTO GOBIERNO CENTRAL Y CAJANAL	0.81	0.81	0.82	0.82	0.83	0.83	0.84	0.84
ISS	1.27	1.30	2.01	2.07	2.12	2.18	2.24	2.30
SITUADO FISCAL	0.64	0.69	0.72	0.81	0.85	0.88	0.89	0.89
TRANSFERENCIAS MUNICIPALES	0.35	0.39	0.44	0.50	0.56	0.61	0.65	0.68
GASTO REGIONAL CON RECURSOS PROPIOS	0.57	0.62	0.64	0.72	0.75	0.78	0.79	0.79
TOTAL	3.64	3.82	4.63	4.91	5.11	5.28	5.42	5.53

Fuente: Sánchez y Gutiérrez (1994)

Cuadro 4
RECURSOS DISPONIBLES PARA EL SECTOR DE SALUD

	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
A) Recursos Ley 188 para Seguridad Social en Salud							
Situado Fiscal para subsidio a la demanda 1/		44.782	115.211	211.182	332.266	478.585	606.982
Transferencias Municipales para Salud (15%)	111.993	133.847	161.440	192.714	221.562	247.518	271.317
Transferencias Municipales (10%)	7.466	8.923	10.763	12.848			
Ecosalud	6.488	6.488	6.488	6.488	6.488	6.488	6.488
Rentas departamentales 2/							42.638
Fondo de Solidaridad (1% n°mina)3/	87.866	167.412	176.776	181.484	183.936	189.324	194.986
Total recursos regimen subsidiado de 355	213.725	361.365	478.589	604.468	744.164	921.747	1,122.228
Super vit Escenario 1 4/	55.641	87.588	51.188	9.751	(55.625)	(112.877)	(176.995)
Super vit Escenario 2 4/	(102.443)	(96.888)	(137.887)	(162.761)	(198.881)	(198.492)	(176.995)
Porcentaje de cobertura respecto a Escenario 1 5/	135.2	132.8	112.2	101.6	93.8	89.1	86.4
Porcentaje de cobertura respecto a Escenario 2 5/	67.6	78.9	77.3	78.8	79.6	82.9	86.4
B) Transferencias para salud que no entran obligatoriamente al regimen subsidiado 4/							
Situado fiscal salud	332.995	322.182	319.893	78.535	205.798	97.685	8.888
Transferencias municipales 10% libre asignaci'n	67.196	88.388	96.864	115.629	8.888	8.888	8.888
Transferencias Municip. 25%	74.662	89.232	107.626	128.476	147.788	165.812	188.878
Rentas departamentales	132.375	132.375	132.375	132.375	132.375	132.375	89.745
Rentas Propias y recursos de capital	35.216	35.216	35.216	35.216	35.216	35.216	35.216
Total transferencias de salud fuera del regimen subsidiado	642.443	659.313	691.174	698.238	521.897	438.288	385.838
Total - Dficit regimen subsidiado, Escenario 1 (2)	75.8	64.6	59.5	53.3	36.8	23.5	9.8
Total - Dficit regimen subsidiado, Escenario 2 (2)	63.1	55.1	47.6	48.7	26.1	17.7	9.8
Total transferencias (Ley 188 y Ley 68)	856.168	1,028.678	1,161.763	1,294.698	1,265.261	1,352.835	1,428.866

1 Seg'n el Art. 214/Ley 188, el situado fiscal y las rentas recibidas departamentales tienen que financiar al menos las intervenciones de segundo y tercer nivel.

2 Se utiliz' el valor de las rentas departamentales de 1993 para todos los años

3 Seg'n datos preliminares de Minsalud.

4 Diferencia entre el monto total de recursos disponibles y el costo del escenario 1 y 2.

5 Se dividi' el monto total de los recursos disponibles para el regimen subsidiado por el valor total de escenario 1 de escenario 2 (cuadro 2).

6 Son los recursos del sector cuyo destino no es obligatoriamente el financiamiento del regimen subsidiado.

Fuente: Fedesarrollo y datos preliminares Minsalud.

de salud a la población, bajo el supuesto de que el valor de la UPC y el porcentaje de población cubierta sea creciente con el tiempo. Como se aprecia, a pesar de que el porcentaje de población pobre que se logra cubrir es creciente, en ningún año se alcanza una cobertura total. Esta pasa de 67.6% en 1994 a 86% en el año 2000. Todo ello siempre que no se disparen los costos del sistema, responsabilidad que en buena mediada recae sobre la fijación del monto de la UPC y sobre las formas de contratación que se empleen.

Dado que las deficiencias de cobertura en los servicios de salud se encuentran precisamente en la población pobre, resulta sorprendente que si el objetivo de la ley es aumentarla, no se destinaran más recursos para el régimen subsidiado.

No sólo la financiación de los servicios no es clara. Tampoco lo es la provisión de éstos. Por un lado no existe ninguna razón para pensar a priori que las EPS estarán interesadas en cubrir a la población pobre a pesar de que el POS sea inferior al del régimen contributivo, ya que el valor de la UPC de esta población no se ha dicho explícitamente que sea mayor y que sus perfiles de morbilidad, pero sobre todo de mercadeo, monitoreo y seguimiento, son más complejos.

Entre los resultados que se encontraron en los estudios de caso, el más preocupante es que ninguna EPS cubre voluntariamente a la población dispersa del país (la cual es población rural, en la mayoría de los casos pobre). De las EPS entrevistadas, solamente las seccionales departamentales de los servicios de salud y las cajas de compensación que atienden a los maestros cubren este tipo de población. Una de las EPS atiende un 30% de su población en zonas rurales. A esta población le presta los servicios principalmente a través de los hospitales, puestos y centros de salud del SNS y, en algunas ocasiones, cuando el recursos humano existe, a través de médicos privados. Solamente las secretarías

seccionales se concentran en atender a la población pobre y lo hacen por medio de la infraestructura del SNS.

Se puede concluir que las únicas instituciones que realmente prestan servicios a esta parte de la población son estatales. El Estado cuenta con un amplio número de puestos y centros de salud que pueden ser adecuados y dotados para la atención de primero y segundo nivel. En la medida en que nuevas EPS, diferentes a las secretarías de salud y las cajas de compensación, entren a ofrecer servicios en estas zonas, lo más probable es que las IPS con las que contraten sean las secretarías de salud, por lo tanto estas últimas tendrán una nueva fuente de financiación. Esto debe favorecerse. Una de las condiciones para que las EPS estén dispuestas a cubrir población dispersa es que exista dónde prestar el servicio. Si se logra dotar y adecuar estos componentes del SNS, el primer requisito para lograr aumentar la cobertura estaría cubierto. La infraestructura del SNS es un activo que debe por tanto ser aprovechado. Sería recomendable promover agresivamente su readecuación, desarrollo y capacitación, lo cual se puede financiar con recursos del Situado Fiscal sobrantes en el período de transición, con recursos de la UPC, que necesariamente debe contemplar un rubro para reposición de equipos.

En el caso colombiano, el sector formal, que absorbe tan sólo el 21% de los ocupados, es el único que tendría, en la práctica obligatoriedad de afiliación, y con costos laborales altos, que para la salud representarían la no despreciable carga del 12%. En tanto no existan mecanismos para hacer efectiva la obligatoriedad de afiliación, en particular para los sectores informales, existirá un incentivo perverso para informalizar la economía, en particular para los asalariados de los estratos superiores. Esto es evidente si se tiene en cuenta que las cotizaciones que debe realizar un

individuo que recibe más de 20 salarios mínimos¹⁷, es significativamente superior al valor de la UPC asignada.

No debe perderse de vista que el objetivo principal de la reforma de la seguridad social en salud es ampliar la cobertura del sistema, hasta llegar a la universalidad. Los otros objetivos, como los de calidad o eficiencia son complementarios y deben ser prioritarios una vez se haya alcanzado el cubrimiento universal, como lo señala la literatura y la experiencia internacional. En efecto, la seguridad social en los países desarrollados tiene una larga historia. Salvo el caso de los Estados Unidos, se observa que el cubrimiento alcanzado por los servicios de salud en la mayoría los países es casi universal.

Para ampliar la cobertura debe tenerse un sistema que ofrezca a todos, en igualdad de condiciones, los niveles básicos de salud. Este es el camino para que todos se sientan igualmente atraídos por el sistema. Como los gastos en salud no se hacen evidentes hasta tanto no suceda un evento que requiera acudir a estos servicios, no es fácil que las personas se inclinen naturalmente por un sistema de aseguramiento que exige pagos continuos y permanencia en él. Por eso, también deben existir mecanismos complementarios para que se dé la afiliación. Hay en el fondo un cambio cultural en la manera de entender los servicios de salud. Estos cambios toman tiempo. Aunque la ley hace obligatoria la afiliación al sistema, no existe ningún mecanismo para hacer esta obligatoriedad efectiva. Sólo en la medida en que toda la población contribuya será posible garantizar los recursos para ampliar la cobertura y para darle

¹⁷ Una persona que recibe 20 salarios mínimos en 1994 (salario mínimo = \$98.700), contribuye con \$2.842.560 a la seguridad social en salud al año, siendo sus aportes directos de \$947.520. Si la UPC es de \$150.000 al año, para una familia de cinco miembros el valor total de la UPC asignada es de \$750.000, 3.8 veces lo que paga al año. Esto puede ser más dramático cuando en el hogar trabajan 2 o más personas.

estabilidad financiera al sistema. De lo contrario, será necesario o afectar la calidad o la cobertura del POS.

En los Estados Unidos se utilizan incentivos tributarios que favorecen tanto a empleadores como empleados para forzar la afiliación. En otros países existe una obligación legal, la cual no necesariamente se cumple, en especial cuando el sector informal es bastante grande.

Algunos mecanismos adicionales que se pueden utilizar para encontrar la cobertura universal son los siguientes:

- La cotización de los informales pobres debe ser inferior a la de los asalariados. Se propone que ésta sea equivalente al 50% de la cotización total (asalariado+empleador).
- La cotización a la salud debe ser independiente a la realizada por otras cotizaciones como las realizadas a pensiones, Sena y compensación familiar.
- Toda afiliación debe tener régimen familiar (cónyuge, hijos menores de cierta edad, etc.).
- Quienes estén afiliados deben recibir descuentos en copagos o en cualquier otro tipo de servicios no cubiertos cuando los soliciten a una IPS, frente a quienes no lo están.
- Toda IPS debe estar en la obligación de remitir a alguna EPS los datos personales de quien, no estando afiliado a ninguna EPS, solicite sus servicios médicos.
- Debe fomentarse por parte del Estado la creación de Organizaciones Solidarias de Salud -OSS-, que reunirían grupos de población con características similares (típicamente grupos pertenecientes al 40% más pobre). Estas organizaciones tendrían como función simplemente escoger la EPS que más les convienen. No tendrían funciones ni financieras ni de contratación, y por tanto estarían desprovistas de espíritu empresarial. Por consiguiente, no deben existir requisitos complicados para que éstas se desarrollen o funcionen. Se

acudirían en buena medida, a organizaciones ya conformadas, como cooperativas y otras asociaciones de diversa índole, para que a través de su organización se capten grupos de población delimitados y se facilite la fidelidad de ellos frente a la EPS.

- Las asociaciones de padres de familia en los colegios son, en este orden de ideas, buenas candidatas a OSS. En ninguna institución escolar se puede permitir que haya alumnos que no estén afiliados a alguna EPS: ellos deben presentar en su tarjeta escolar la afiliación a alguna EPS. Una bondad de ello es que los colegios agrupan poblaciones homogéneas y cautivas.
- Para el registro de nacimiento también se debe exigir la afiliación a alguna EPS.
- La creación de una nueva EPS o de una IPS debe tener como una condición necesaria que tenga un sistema de información operando.
- En la estructura de afiliación de cada EPS se deben procurar mínimos de afiliados rurales (10% de sus afiliados), de población de estratos bajos (20%) y de informales (10%). Se deberá premiar a aquellas EPS que muestren mayor propensión a afiliar personas en estas categorías.
- Para los no asalariados declarantes se podría pensar que las cotizaciones fueran proporcionales a la declaración de renta.

Como se ve, buena parte de las anteriores sugerencias apuntan a favorecer la extensión de la cobertura para los pobres, informales y grupos familiares. Hay grupos, como los independientes no familiares, que aún pueden estar siendo inalcanzables.

La transición que vive el país -implantación de la ley 100/93 y ley 60/93-, debe, aprovecharse para propiciar el desarrollo de los puntos antes enunciados. En particular, los recursos excedentarios que podrían resultar por la aplicación de la ley 60 deberían canalizarse para:

- Mejorar la capacidad de gestión de las IPS.
- Fortalecer particularmente los sistemas de información de las EPS e IPS. Así mismo, los sistemas de información del Estado necesarios para que la regulación del sistema y la fijación de la UPC funcionen. Nuevamente se destaca el hecho que este fortalecimiento se debe dar de forma paulatina y escalonada, utilizando casos piloto para la difusión de la información.
- Actualizar la dotación de todas las IPS públicas, pues ellas pueden ver comprometida su capacidad para adquirir equipos dado que en el espíritu de la cuantificación de la UPC no necesariamente está el de permitir la recuperación de retrasos atávicos en dotación (aunque ojalá sí esté el de permitir la renovación natural de dichos equipos); deben abrirse, además, líneas de crédito blando o de donación para algunas IPS privadas, en particular aquellas que demuestren tener buena cobertura de población pobre, informal o dispersa. En este caso no debe olvidarse que dichas IPS presentan ciertas desventajas con respecto a las IPS públicas, pues estas últimas pueden favorecerse directamente con los recursos provistos en la ley 100 de 1993. Un caso en el que se utilizan recursos públicos para la financiación de hospitales privados se da en Alemania, donde los ingresos de dichas entidades se utilizan para su adecuado funcionamiento y para la renovación de la tecnología, pero el gasto de inversión es financiado totalmente por el gobierno, tanto en entidades públicas como privadas.

V. CONCLUSIONES

Este estudio se ocupó de las formas de contratación en salud, pues en un comienzo se consideró que éstas podrían influir directamente en el éxito de la reforma del sistema de seguridad social en salud, en particular en la contención de costos necesaria para asegurar su viabilidad económica. En su análisis se descubrió que, dados los niveles de desarrollo del país, estas formas y sus implicaciones no podían aislarse de otras consideraciones más generales, y relacionadas con los cambios que se le querían introducir al sector de la salud. Por ello se presentan, en una primera parte, algunas conclusiones generales, que superan el marco inicial, pero que se consideran relevantes para el éxito de la reforma en salud. Luego, en una segunda parte, se resumen los hallazgos más relevantes, propios a las formas de contratación.

La reforma a la seguridad social en salud puede convertirse en una de las de mayor impacto en el bienestar de la población colombiana. La ley plantea un nuevo marco conceptual para la salud, redefine los actores del sistema, transforma el funcionamiento de la prestación de los servicios y determina nuevos mecanismos para la asignación de recursos. Ofrece un marco que permite, en teoría, mejorar la eficiencia de los sistemas de salud, controlando los desbordes de costos tales como los registrados en los países desarrollados.

Sin embargo, su complejidad y exigencias en cuanto a sistemas de información, capacidad de organización y de gestión, puedan dar al traste con el previsible aumento de eficiencia propuesto. De alguna manera, la reforma va más allá de la realidad del país, que se ha caracterizado por sus retrasos atávicos en organización y capacidad de seguimiento y planeación. Todos ellos pueden verse agravados por el proceso de descentralización que vive hoy día el país.

Existen ciertos puntos de la reforma en salud que merecen especial atención. En primer lugar, las reformas que se están llevando a cabo son de la mayor importancia y proponen cambios con grandes implicaciones sobre la población. Por consiguiente, deben ser del interés de toda la Nación. En países como los Estados Unidos, Inglaterra, Alemania y otros países desarrollados, las reformas a la salud son un punto principal en la agenda de los gobiernos y son ampliamente debatidos por la opinión pública.

Las reformas iniciadas a mediados de la década del ochenta en los países desarrollados se han centrado en el control de costos y, en los casos en que predominan sistemas públicos, en la introducción de criterios de competencia. La urgencia en dichas reformas ha sido tal que el sector salud ha tomado un papel protagónico a nivel político, como lo evidencia el caso de la última campaña electoral de los Estados Unidos.

De otra parte, aunque la reforma se propone aumentar la cobertura, no desarrolla ningún mecanismo que garantice su logro. Esta, que debiera ser su meta primordial, parece haberse diluido tras la búsqueda de la eficiencia. Así mismo, la búsqueda de la equidad, que en este caso significa oferta de un paquete de salud con el mismo alcance y calidad para todos, parece sólo alcanzarse después de un período de transición. Este, sin embargo, bien puede perpetuarse porque no se ofrecen los incentivos adecuados para que rápidamente se opere la unificación de los dos sistemas.

Así las cosas, el primer gran problema que enfrentará la reforma es el de superar las limitaciones en la capacidad operativa de los gobiernos departamentales y municipales, y de las diferentes partes que conforman el Sistema Nacional de Salud. Supondrá que se desarrollen agresivamente sistemas de información y programas permanentes de capacitación, necesarios para alcanzar los niveles de gestión indispensables para el funcionamiento del sistema. Se

trata de procesos que requieren estabilidad y tiempo para ser exitosos. Además, deben fomentarse las prácticas de participación y de asociación comunitarias, necesarias para facilitar el acceso al sistema de los más pobres y la gestión de los recursos que les han sido asignados. En ellas las asociaciones solidarias pueden convertirse en un elemento importante.

El segundo gran reto será el de lograr el aumento de la cobertura. Los recursos del régimen subsidiado, que intenta cubrir la población con mayores deficiencias, no son suficientes para alcanzar la cobertura del 100% ofreciendo el mismo paquete de salud que para el régimen subsidiado, condición por lo demás necesaria para construir una sociedad más equilibrada y equitativa. Deberán, por tanto, aumentarse vía recursos fiscales pero, sobre todo, con el apoyo de los recursos para-fiscales, éstos sí excedentarios frente a la población que deben cubrir. La separación entre el régimen contributivo y el subsidiado puede llegar, además, a ser discriminatoria al fomentar que tanto las empresas promotoras como las prestadoras de la salud, se especialicen en grupos de usuarios pertenecientes a cada una de estas categorías, con las consecuentes diferencias en el servicio ofrecido.

Deben existir, entonces, incentivos y mecanismos, como los presentados en el capítulo 4, que aseguren la obligatoriedad de afiliación al sistema, lo que por cierto no es fácil, pues supone un cambio de cultura frente a la salud, al pasar de un comportamiento de asistencia ante la enfermedad por uno de aseguramiento ante la eventualidad de ésta. Sin esa obligatoriedad se arriesgan recursos potenciales y el equilibrio del sistema.

De otra parte, deben estudiarse las implicaciones macroeconómicas que ello puede conllevar, tal es el caso de una posible informalización de la economía. También deben cambiarse las señales

de modo que prontamente se equilibren y desaparezcan las diferencias entre los sistemas subsidiado y contributivo.

Control de costos

Adicionalmente, es claro que hay dos elementos fundamentales para la asegurar la viabilidad del sistema y su apropiada evolución de la calidad, costos, eficiencia y cobertura: la fijación de la Unidad de Pago por Capitación (UPC), o valor monetario asignado a cada persona que permita respaldar sus necesidades de salud; y las formas de contratación que se adopten entre las administradoras (EPS) y las prestadoras de salud (IPS).

Los puntos fundamentales que deben guiar la fijación de la UPC son: 1) ofrecer una UPC mayor para los pobres, de manera que esta población sea atractiva para las EPS y que con ello se pueda ofrecer un mejor servicio a ellos. 2) la estimación de la UPC debe variar según zonas geográficas y perfiles de morbilidad donde opere. En particular debe favorecer a las zonas rurales y a los grupos que requieren mayor protección tales como las madres gestantes y los menores de cinco años. 3) La estimación de la UPC debe ser suficiente para garantizar una buena calidad de los servicios comprendidos en el paquete de salud, y la reposición y mantenimiento de los equipos de las IPS. 4) la UPC debe reevaluarse periódicamente en función de los cambios en sus determinantes. La fijación de la UPC es un gran reto técnico.

De otra parte, la forma de contratación entre EPS e IPS, cuyo estudio fue el interés central de este trabajo, no debe ser única sino, por el contrario, variable de acuerdo a las características de la población atendida, los servicios prestados y el grado de desarrollo institucional tanto de las EPS como de las IPS. Solamente el presupuesto histórico y el pago por servicio prestado sin concertación de precios, desafortunadamente las dos formas

dominantes de contratación en Colombia, son las únicas que no ofrecen ningún beneficio en la contención de costos, la mejora de la calidad y el aumento de la cobertura de los servicios ofrecidos.

Se debe incentivar el uso de capitación para la atención de primer nivel, en especial para la atención de población dispersa, siempre y cuando se dé una adecuada estabilidad en el personal médico dedicado a esta actividad. En su defecto se debe buscar que no sea en el médico sobre el que recaiga la responsabilidad de la capitación, sino sobre una instancia anterior, como sería un hospital de tercer nivel, instituciones de primer y segundo nivel o asociaciones de médicos. En caso que no se puedan dar garantías sobre la estabilidad de la IPS encargada de la prestación del servicio, se puede pensar en el pago por servicio prestado con precios concertados, siempre y cuando se dé un estricto control sobre el uso de los servicios.

Esta última forma de contratación es, en la práctica, la que puede tener más acogida en el corto plazo. Ella, como se vio, ofrece ventajas para su puesta en ejecución, está acorde con las realidades del país y la capacidad institucional. Sin embargo, si no va acompañada de uso y de costo es altamente explosiva, por su efecto de demanda inducida. En el mediano y corto plazo se debe ir, en especial para la contratación con hospitales, hacia pago por presupuesto proyectado. La transición que plantea tanto la ley 60 como la ley 100, que en últimas corresponde a paso de los subsidios tradicionales de oferta a unos de demanda, incluidos los hospitales, será definitiva para asegurar que éstos dejen los presupuestos históricos y vayan hacia los proyectados.

El grado de desarrollo de las instituciones médicas en Colombia, el nivel de gestión y los sistemas de información existentes en las mismas no son suficientes para poder implementar un sistema de pago por caso. Sólo en patologías muy específicas, que tengan un

Lo anterior no hace más que confirmar la necesidad de reconocer, en su punto de partida, las realidades en las que opera cualquier reforma que se quiera desarrollar. El país no está aún maduro para poner en práctica complejas formas de contratación y, por tanto, deberá, concentrarse, en un comienzo, en abonar el terreno para que se den las condiciones mínimas, como la existencia de adecuados sistemas de información y de una aceptable capacidad de gestión y de organización, y en promover los elementos complementarios a las formas de contratación existentes (diferentes a las de presupuestos históricos o de pago por servicios sin concertación).

Estas, sin más, son las algunas de las dificultades estructurales que encontrarán tanto la reforma a la seguridad social, como los cambios en las formas de contratación en salud. La complejidad que supone la fijación y la asignación de los recursos por UPC, las dificultades que en la práctica enfrentarán las EPS y las IPS para operar, los retos que supone el nuevo marco descentralizado, son algunos de los obstáculos que deberán superar para tener éxito con la reforma.

Sólo con un esfuerzo conjunto de las autoridades de la salud, los planeadores de la descentralización, las autoridades locales y departamentales, y una participación más decidida de la comunidad, será posible sortear con éxito dichas dificultades, de manera que esta reforma no termine siendo una más dentro de los intentos loables que han querido modernizar a un sistema que con su régimen de afiliación tan sólo sigue cubriendo al 20% de la población y con su régimen subsidiado a un 37%, con calidades muy distintas.

Por último se debe tener en cuenta que las reformas a la seguridad social en salud necesitan un soporte fuerte de la población. Si no existe conciencia social, respeto de las leyes y un adecuado grado de desarrollo, no es posible lograr que se dé un sistema equitativo y universal, que garantice un nivel de salud apropiado para la

población. Ello supone actitudes y cambios culturales, la evidencia muestra que se requieren muchos años de trabajo sostenido para que ello se de, y para que se logren superar los retos técnicos que están en la base de la reforma de salud.

tratamiento estándar de fácil seguimiento y cuantificación, como es el caso de la apendicitis y el parto normal, es posible la utilización de esta forma de contratación.

Tanto los mecanismos complementarios que acompañan a las formas de contratación, como la existencia de los requisitos mínimos para que puedan operar, son incluso más determinantes que las mismas formas de contratación.

Entre los mecanismos complementarios se destacan: 1) Utilización de copagos y tarifas moderadoras; 2) utilización de "gate keepers" y sistemas de remisiones; 3) existencia de staffs cerrados de médicos en las instituciones hospitalarias; 4) utilización de controles en la formulación y el número de consultas que realizan los médicos; 5) control de los días de estancia hospitalaria; 6) desarrollo de campañas preventivas; 7) utilización del sistema RVG para el pago a los médicos.

Entre los determinantes o requisitos mínimos para el éxito de cualquiera de las formas de contratación se destacan:

- Utilización de sistemas de información que permitan realizar un adecuado seguimiento de la utilización, costo y calidad de los servicios prestados.
- Un adecuado desarrollo de la capacidad de gestión y de la organización de los agentes involucrados en cada institución. Donde se deben utilizar herramientas gerenciales en el manejo de las instituciones, dentro de los cuales se destacan la utilización de una contabilidad de costos y el estricto control en el costo de los servicios.
- El rol del Estado debe ser el de regulador de las fuerzas, pues es evidente que las asimetrías en la información que existen en los mercados de la salud favorecen el desarrollo desigual de las fuerzas de los actores del sistema.

VI. BIBLIOGRAFÍA

Banco Mundial, (1993), "Human Development Report".

Cichon, M. (1992), "La financiación de la asistencia médica en los países en vías de desarrollo". En *Elementos conceptuales para una reforma integral a la seguridad social en Colombia*, ISS, OIT, PNUD.

Fedesarrollo, (1994), "Coyuntura Social", No.10, Mayo.

Gerdtham, U.G., Sogaard, J., Jonsson, B. y Andersson, F. (1990), "A Pooled Cross - Sectional Analysis of the Health Care Expenditures of the OECD Countries". Trabajo presentado en el Segundo Congreso Mundial de Economía de la Salud, Universidad de Zurich, Suiza, Sept. 10-14.

Sánchez, F. y Gutiérrez, C. (1994) "La descentralización fiscal en Colombia: Problemas y perspectivas", mimeo, Fedesarrollo.

Ley 60 de 1993

Ley 100 de 1993

Ministerio de Salud, Econometría Ltda., PNUD. (1992), "Análisis de aspectos económicos y financieros del sector salud en Colombia", mimeo.

Molina, C. y Giedion, U. (1990) "Cuantificación financiera de un sistema de seguridad social en salud", Fedesarrollo.

Nedde E., (1993), "U.S Health Care Reform", *IMF Working Paper*, WP/93/93.

OECD, (1990), "Les systèmes de santé - a la recherche d'efficacité", *Etudes de politique sociale No.7*, Paris.

OECD, (1992), "La Réforme des Systèmes de Santé - Analyse Comparée de Sept Pays de l'OCDE", *Etudes de politique de santé, No.2*, Paris

Sandier, S., (1990), "Health Service Utilization and Physician Income trends" *OECD*.

Sojo, Ana. (1990), "Naturaleza y selectividad de la política social". *Revista de la Cepal No. 41.*, p. 183-199. Agosto.

Tono, T., (1993), "Impacto de los Sistemas de Medicina Prepagada sobre los Hospitales", mimeo, documento presentado en el foro de gestión financiera, Paipa, Colombia, Agostó.