

Documentos de trabajo PROESA

MODALIDADES PROSPECTIVAS DE PAGOS EN SALUD: UNA PROPUESTA DE TAXONOMÍA

Ramón Abel Castaño, MD, PhD
Danny Moreano, MD, MBA
Sergio Iván Prada, MPA, PhD
Francisco Rafael Marín, MD

Documentos PROESA #18

**MODALIDADES PROSPECTIVAS DE PAGOS EN SALUD:
UNA PROPUESTA DE TAXONOMÍA**

Ramón Abel Castaño, MD, PhD

Danny Moreano, MD, MBA

Sergio Iván Prada, MPA, PhD

Francisco Rafael Marín, MD

Documentos PROESA #18

DOCUMENTOS PROESA

ISSN: 2256-4128

Diciembre de 2018

Comité Editorial:

Ramiro Guerrero, Ms

Sergio I. Prada, PhD

Victoria E. Soto, PhD

Yuri Takeuchi, MD

PROESA – Centro de Estudios en Protección Social y Economía de la Salud
Cl 18 # 122-135 Universidad Icesi Casa Rocha segundo piso
Tel: +57(2)3212092 Cali Colombia
www.icesi.edu.co/proesa/es/

PROSPECTIVE PAYMENT METHODS IN HEALTH SERVICES: A TAXONOMY PROPOSAL

Ramón Abel Castaño*, MD, PhD

Danny Moreano†, MD, MBA

Sergio Iván Prada‡, MPA, PhD

Francisco Rafael Marín§, MD

December, 2018

Abstract

The trend towards prospective payments in Colombia's health system follows a global trend to shift from volume-based to value-based payments. Other local factors also influence this trend. The emergence in Colombia of prospective payment methods different from traditional capitation has occurred in an anarchic way and this has led to confusion over the prospective payments denominations and their underlying concepts. This article proposes a taxonomy for the emerging modalities of prospective payments. It defines two categories: those that do not transfer primary risk of incidence to the provider, and those that do transfer this type of risk. In turn, within these two categories three modalities are established: episode-based payments, medical condition-based payments, and others. The last one includes specialties, complexity level, service scenario and type of service-based payments. Finally, complementary payments are defined as those that represent a minor part of provider's income and that are subject to the achievement of structure, process, output and outcome indicators.

Key words: Prospective payments, Bundled payments, Value-based payments, Episode-based payments, Condition-based payments

JEL Classification: I130

** Health Systems Consultant

† Consultant MD&CO Group & Lecturer in Magister en Gestión de Organizaciones de la Salud, Universidad Icesi.

‡ Senior researcher at PROESA & Professor Departamento de Economía, Facultad Ciencias Administrativas y Económicas, Universidad Icesi

§ Health Systems Consultant

MODALIDADES PROSPECTIVAS DE PAGOS EN SALUD: UNA PROPUESTA DE TAXONOMÍA

Ramón Abel Castaño^{**}, MD, PhD
Danny Moreano^{††}, MD, MBA
Sergio Iván Prada^{‡‡}, MPA, PhD
Francisco Rafael Marín, MD^{§§}

Diciembre, 2018

Resumen

La tendencia hacia pagos prospectivos en el sistema de salud de Colombia responde a una tendencia global a migrar de pagos por volumen a pagos por valor. Otros factores locales también influyen en esta tendencia. El surgimiento en Colombia de modalidades prospectivas de pago diferentes a la capitación tradicional, ha ocurrido de manera anárquica y esto ha llevado a que haya confusión sobre las denominaciones de los pagos prospectivos y los conceptos subyacentes. Este artículo propone una taxonomía de las modalidades emergentes de pagos prospectivos. Define dos categorías: aquellas que no transfieren riesgo primario de incidencia al prestador, y aquellas que sí transfieren este riesgo. A su vez, dentro de estas dos categorías se establecen tres modalidades: los pagos por episodios, por condiciones médicas, y otras. Dentro de esta última se incluyen el pago por especialidades, por nivel de complejidad, por escenario de atención, y por tipo de servicio. Finalmente se definen los pagos complementarios como aquellos que representan una parte menor del ingreso del prestador y que están sujetos al logro de metas en indicadores de estructura, proceso, producto o resultado.

Palabras clave: pagos prospectivos, pagos agrupados, pagos basados en valor, pagos por episodio, pagos por condiciones médicas

Clasificación JEL: I130

^{**} Consultor en Sistemas de Salud.

^{††} Consultor MD&CO Consulting Group y Profesor hora cátedra, Magister en Gestión de Organizaciones de la Salud, Universidad Icesi

^{‡‡} Investigador Senior PROESA y Profesor Departamento de Economía, Facultad Ciencias Administrativas y Económicas, Universidad Icesi.

^{§§} Consultor en Sistemas de Salud.

CONTENIDO

1.	Introducción	6
2.	Definiciones	8
2.1.	Los cinco componentes del costo médico por afiliado	8
2.2.	Los dos tipos de riesgo	10
3.	Las modalidades de pagos prospectivos: Definiciones	11
4.	Modalidades prospectivas sin transferencia de riesgo primario de incidencia	13
4.1.	Pago por episodio.....	13
4.2.	Pago integral por grupo de riesgo	14
4.3.	Otras modalidades de pagos prospectivos sin transferencia de riesgo primario de incidencia	14
4.3.1.	Pago por contacto por especialidad.....	14
4.3.2.	Pago por escenario de atención	15
4.3.3.	Pago por tipo de servicio	15
5.	Modalidades Prospectivas Con Transferencia De Riesgo Primario De Incidencia	15
5.1.	Pago global prospectivo por episodio	15
5.2.	Pago global prospectivo por grupo de riesgo.....	16
5.3.	Otras modalidades de pagos prospectivos con transferencia de riesgo primario de incidencia	16
5.3.1.	Pago global prospectivo por especialidad.....	16
5.3.2.	Pago global prospectivo por nivel de complejidad	17
5.3.3.	Pago global prospectivo por escenario de atención.....	17
5.3.4.	Pago global prospectivo por tipo de servicio.....	18
6.	Pagos Complementarios	18
7.	Discusión.....	19
8.	Conclusiones.....	21

Modalidades prospectivas de pagos en salud: una propuesta de taxonomía

1. Introducción

En los sistemas de salud en general se observa una tendencia a migrar desde el pago por servicio¹ hacia modalidades prospectivas que transfieren progresivamente riesgo desde el asegurador hacia el prestador. El pago por servicio tiene tres desventajas claramente identificadas en la literatura: 1) estimula el mayor *output* sin que necesariamente se generen mejores resultados en salud; 2) no genera incentivos para coordinar la atención entre prestadores diferentes; y 3) no genera incentivos para realizar acciones de promoción de la salud o prevención de la enfermedad, tanto primaria, como secundaria o terciaria.²

Por estas razones es necesario migrar hacia modalidades de pago que incentiven la generación de valor, lo que ha dado lugar a la tendencia denominada “de pago por volumen a pago por valor.”³ Se entiende por “valor” los resultados en salud en relación con lo que cuesta obtener dichos resultados.⁴ La generación de valor se logra alineando los diferentes componentes de la atención a lo largo del ciclo de atención de un tipo específico de paciente o de una condición médica. Por ciclo de atención se entiende el proceso que involucra las etapas de una condición médica desde su abordaje inicial hasta su resolución y que involucra diferentes escenarios de atención, disciplinas del conocimiento, tecnologías y factores de producción. En el caso de las condiciones crónicas, este ciclo de atención continua indefinidamente hasta que el paciente fallece, o en algunos casos hasta su curación en el mediano o largo plazo.

Para generar los incentivos correctos hacia la generación de valor, se requiere simultáneamente que el mecanismo de pago cubra el ciclo de atención dado, lo cual implica que se transfiera parte del riesgo desde el asegurador hacia el prestador, como se verá más adelante. Esta transferencia de riesgo implica que el asegurador hace un estimativo ex-ante del costo esperado de un conjunto de actividades, intervenciones, procedimientos, medicamentos, dispositivos e insumos, y este es el monto que transfiere al prestador. Esta estimación ex-ante es la que le da al mecanismo de pago su característica de prospectivo, pues el prestador recibe una suma fija predefinida, sin considerar la intensidad de los servicios que se hayan prestado realmente, por lo cual el costo real (ex-post) de la atención puede ser mayor o menor.

¹ El término “pago por servicio” es la traducción literal del término “fee-for-service” que en Colombia se introdujo equivocadamente como “pago por evento”.

² Porter M, Teisberg E (2006). Redefining health care. Harvard Business Press.

³ The Economist Intelligence Unit (2016). Value-based health care: a global assessment. Findings and methodology. Disponible en: <http://vbhcgloballassessment.eiu.com/value-based-healthcare-a-global-assessment/> Fecha de acceso: Diciembre 10 de 2018.

⁴ Porter ME (2010). What is value in health care? N Engl J Med. 363:2477-81

La tendencia hacia los pagos prospectivos se refleja en los países desarrollados en modalidades como los pagos agrupados (*bundled payments*), o los pagos basados en poblaciones.⁵ En el caso de Colombia, esta tendencia global se refleja en las recomendaciones de la OCDE para el sistema de salud, cuando señala que “...los sistemas de pago deberían evolucionar hacia premiar incrementalmente la calidad y los resultados, más que la actividad, tanto en atención primaria como secundaria.”⁶

Ahora bien, más allá de este fenómeno global hay tres razones en el ámbito colombiano que contribuyen a esta tendencia. En primer lugar, la Ley Estatutaria de la Salud (Ley 1751 de 2015) definió el plan de beneficios en términos implícitos, es decir, se definen explícitamente las exclusiones y, por defecto, todo lo demás queda incluido sin necesidad de detallarlo. En segundo lugar, la misma Ley Estatutaria de la Salud le dio una mayor fuerza al concepto de autonomía médica, reduciendo así la capacidad de los aseguradores de controlar el costo médico influyendo sobre las decisiones médicas.⁷ Estas dos primeras razones implican que los aseguradores se exponen a una transacción entre prima y beneficios en la que los beneficios no están definidos mientras que la prima sí está definida, y al mismo tiempo ven reducida su capacidad de controlar el costo médico.

La tercera razón propia del ámbito colombiano, es la restricción que impuso la Ley 1438 de 2011 en su artículo 52 frente a la capitación tradicional, limitándola solamente a los servicios de baja complejidad. Posteriormente, la Corte Constitucional en sentencia C-197 de 2012 ratificó esta restricción. Sin embargo, la necesidad del asegurador de convertir un costo variable en un costo fijo para reducir la exposición al riesgo, lo lleva a buscar diferentes mecanismos de transferencia de riesgo hacia el prestador. La estrategia de transferir riesgo a un eslabón siguiente de la cadena es una práctica común en el aseguramiento en el mundo, tanto en salud como en otros ramos, tanto así que los requerimientos de capital basado en riesgo se van reduciendo en la medida en que un asegurador dado usa estos mecanismos de transferencia de riesgo para hacer más predecible su siniestralidad, como ocurre, por ejemplo, en los aseguradores de salud en Estados Unidos.⁸

Frente a la necesidad de transferir riesgo al prestador, el asegurador busca sustituir sus contratos por capitación en servicios diferentes a la baja complejidad, por otras modalidades contractuales que involucren pagos prospectivos. En este sentido, el decreto 780 de 2016 en su artículo 2.5.3.4.4. considera otras modalidades prospectivas tales como el pago por caso, conjunto integral de atenciones, paquete o grupo relacionado por diagnóstico. Cabe resaltar que este artículo (que es el mismo artículo 4 del decreto 4747 de 2007) solo describe tres mecanismos de pago de manera enunciativa y no taxativa, pues utiliza la palabra “principales” sin describir cuáles son los demás mecanismos de pago no principales.

⁵ OECD (2016). Focus on better ways to pay for health care. Disponible en: <https://www.oecd.org/els/health-systems/Better-ways-to-pay-for-health-care-FOCUS.pdf>. Fecha de acceso: diciembre 17 de 2018.

⁶ OECD (2016). OECD reviews of health systems: Colombia. Pag 12.

⁷ Santos AC (2014). Debates Ley Estatutaria. En: Ley Estatutaria en Salud. Acemi. p 28.

⁸ Liner DM (2017). Regulatory capital strategies in an evolving health insurance landscape. Milliman white paper. Disponible en: <http://us.milliman.com/uploadedFiles/insight/2017/regulatory-capital-strategies-healthcare.pdf>. Fecha de acceso: diciembre 10 de 2018.

En consecuencia, ha empezado a evidenciarse en Colombia una acelerada transición hacia modalidades prospectivas diferentes a la capitación tradicional que buscan, desde el punto de vista del asegurador, reducir la mayor exposición al riesgo que se deriva de no tener claramente definidos los amparos y no poder gestionar las decisiones médicas, y a la vez convertir un costo variable como consecuencia de la modalidad de pago por servicio, en un costo fijo bajo modalidades prospectivas de pago. Por su parte, muchos prestadores también han migrado hacia estas modalidades, pues les permiten hacer más predecible su flujo de caja en comparación con la incertidumbre que experimentan frente al recaudo efectivo de la facturación bajo la modalidad de pago por servicio.

Esta tendencia acelerada en Colombia ha llevado al surgimiento, de manera más o menos anárquica, de diversas modalidades de transferencia de riesgo que han sido denominadas genéricamente “Pagos Globales Prospectivos” (PGP). Sin embargo, esta denominación agrupa conceptos muy diversos que no han sido adecuadamente catalogados para su estudio ni para su regulación. Este artículo propone una taxonomía de las modalidades prospectivas de pagos en salud que permita su entendimiento y estudio, así como su regulación y aplicación en las relaciones contractuales entre aseguradores y prestadores. La taxonomía propuesta parte de las experiencias de los autores en su actividad académica y de consultoría, utilizando como marco de referencia el trabajo de síntesis que desarrolló Harold Miller para los Estados Unidos,⁹ que fue adaptado por uno de los autores al contexto colombiano.¹⁰ Aunque existen otros marcos de análisis, como el propuesto por la Health Care Payment Learning and Action Network¹¹, resulta más útil el marco de Miller por cuanto permite clasificar cualquier tipo de mecanismo de pago a partir de sus elementos constitutivos.

2. Definiciones

Para entender las modalidades prospectivas de pagos, es necesario partir de la definición de los elementos constitutivos de los mecanismos de pago en salud que plantea Miller¹². Estos son: 1) los cinco componentes del costo médico, y 2) los dos tipos de riesgo que se involucran en estos: el riesgo primario y el riesgo técnico.

2.1. Los cinco componentes del costo médico por afiliado

El costo médico por afiliado es el monto en el que una aseguradora incurre por las prestaciones en salud pagadas por cada afiliado durante un período de tiempo, usualmente un año. Este costo médico es el producto de cinco factores multiplicativos, a saber:

⁹ Miller HD (2009). From volume to value: better ways to pay for health care. *Health Affairs*. 28(5):1418-28.

¹⁰ Castaño RA (2014). Mecanismos de pago en salud: anatomía, fisiología y fisiopatología. ECOE Ediciones.

¹¹ Health Care Payment Learning and Action Network (2017). Alternative payment model – APM framework. Mitre Corporation. Disponible en: <http://hcp-lan.org/workproducts/apm-refresh-whitepaper-final.pdf>. Fecha de acceso; diciembre 19 de 2018.

¹² Miller HD (2009). Op cit.

- 1) El número de condiciones médicas que el afiliado presenta durante el año. Este componente se refiere tanto a condiciones crónicas como a condiciones discretas.¹³ Por ejemplo, un afiliado que es diabético y tiene un cuadro gripal durante el año, presenta dos condiciones médicas (una crónica y una discreta).
- 2) Dada una condición médica, el número de episodios que el afiliado presenta dentro de cada condición médica. Un episodio puede definirse como el contacto inicial con el prestador, del cual se derivan una serie de consumos para satisfacer la necesidad en salud que da origen al episodio. Por ejemplo, en el caso del paciente diabético que presenta una cetoacidosis diabética con hospitalización y un tiempo después presenta un cuadro de hipoglicemia que se resuelve en el servicio de urgencias, se dice que tuvo dos episodios dentro de dicha condición médica.
- 3) Dado un episodio, el número y tipo de servicios utilizados durante dicho episodio o derivados de este. Por ejemplo, cuando el paciente diabético presenta una cetoacidosis diabética y se hospitaliza, se consumen servicios de atención de urgencias, hospitalización, visita médica hospitalaria, medicamentos y apoyos diagnósticos. Otro ejemplo de episodio es el de un paciente que presenta una apendicitis (condición médica aguda) que genera un episodio, durante el cual se consumen los servicios necesarios para resolver el caso. En el caso de las enfermedades crónicas, los controles de seguimiento periódico se consideran servicios dentro de la condición médica.
- 4) Dado un tipo de servicio, los procesos, insumos, o factores de producción que se consumen para cada servicio, y que se pueden discriminar con un código específico.¹⁴ Por ejemplo, en el caso de los medicamentos para el paciente diabético, se prescribió metformina y glibenclamida. En el caso de consulta de control, se requirió una consulta médica inicial y una para revisar resultados de apoyos diagnósticos.
- 5) Dado un código específico de proceso, insumo o factor de producción, el precio o costo respectivo de cada uno de estos. En el caso del asegurador se habla de precio pues es el monto que le paga al prestador por cada código específico; en el caso del prestador se habla de costo pues es el monto en el que incurre para prestar el servicio

¹³ Las condiciones discretas son aquellas que ocurren una sola vez y tienen un inicio y un final en el corto plazo (por ejemplo, apendicitis), o que ocurren dos o más veces pero sin ninguna conexión entre una y otra (por ejemplo, cuadros gripales).

¹⁴ Códigos CUPS para intervenciones actividades y procedimientos, y códigos ATC para medicamentos.

2.2. Los dos tipos de riesgo

Desde el punto de vista del riesgo en salud, el costo médico involucra dos tipos de riesgo: el riesgo primario y el riesgo técnico. El riesgo primario (o riesgo de seguro) se entiende como la variación en la incidencia y en la prevalencia de las condiciones médicas, así como en su severidad no evitable. La variación en la incidencia y la prevalencia se puede denominar en general riesgo primario de incidencia, y se refiere al número real de casos por año de las diferentes condiciones médicas, el cual puede estar por encima o por debajo del número esperado de casos. Por ejemplo, si la incidencia esperada de apendicitis por año es de uno por cada mil afiliados, un asegurador que tenga un millón de afiliados espera tener mil casos de apendicitis en un año. En la realidad la incidencia observada casi siempre está por encima o por debajo, y rara vez equivale exactamente a la incidencia esperada.

El riesgo primario de severidad se refiere a la variación en la severidad de las condiciones médicas. Por ejemplo, una apendicitis puede llegar al servicio de urgencias en estado temprano, o en estado avanzado casi a punto de perforarse. El caso de menor severidad tendrá menores riesgos y por lo tanto consumirá menos recursos en su resolución, mientras que el de mayor severidad consumirá más recursos. Obsérvese que esta variación en la severidad se refiere a la severidad no evitable, y por lo tanto se asume que es exógena.

El segundo tipo de riesgo es el riesgo técnico, y este se divide en dos subtipos: riesgo técnico de utilización y riesgo técnico de morbilidad evitable. El riesgo técnico de utilización es la variación en el consumo de recursos que no está soportada en la evidencia. Por ejemplo: dos casos de apendicitis con igual severidad y sin ningún riesgo adicional llegan a dos hospitales diferentes y no se presentan complicaciones en su manejo. En el hospital A, el paciente es dado de alta en 24 horas y consume un TAC, un hemograma, un uroanálisis y el procedimiento quirúrgico con un día de estancia. En el hospital B, el paciente es dado de alta a los tres días y consume un procedimiento quirúrgico, un TAC, una ecografía abdominal, un uroTAC, tres hemogramas, tres uroanálisis y tres estudios de gases arteriales y electrolitos. Evidentemente, dado que los dos casos son similares y no hubo complicaciones, el patrón de consumo de recursos del hospital B no corresponde a lo que recomienda la evidencia y puede considerarse una variación injustificada en la utilización, es decir, un riesgo técnico de utilización.

El riesgo técnico de morbilidad evitable se refiere a aquellas complicaciones (agudas o crónicas) de las condiciones médicas, complicaciones estas que serían evitables si el prestador contara con un modelo de atención muy efectivo, oportuno y coordinado. Por ejemplo, si un paciente diabético presenta un episodio de cetoacidosis diabética porque no le fue entregado oportunamente su medicamento, puede aseverarse que este episodio es completamente evitable, por lo cual se considera riesgo técnico de morbilidad evitable. Otro ejemplo es el de un paciente con infarto agudo del miocardio que acude al servicio de urgencias y no es abordado inmediatamente para confirmar o descartar el diagnóstico sino que es dejado en espera. El tiempo de espera trae como resultado una mayor severidad del infarto y por lo tanto un mayor consumo de recursos, pero esta situación era completamente evitable, por lo cual también se considera riesgo técnico de morbilidad evitable. Cabe anotar que los eventos adversos evitables que son consecuencia de fallas en la seguridad del paciente también se consideran como riesgo técnico de morbilidad evitable.

3. Las modalidades de pagos prospectivos: Definiciones

El surgimiento desordenado en el contexto colombiano de las modalidades prospectivas de pago diferentes a la capitación tradicional, exige la creación de una taxonomía que permita su estudio y regulación, así como la naturaleza de la exposición al riesgo en la que incurre el prestador cuando entra en estas modalidades de pago. La taxonomía propuesta en este artículo parte de entender los elementos constitutivos del costo médico y los tipos de riesgo descritos en la sección anterior.

El primer paso en esta taxonomía es señalar el elemento clave que separa los pagos prospectivos en dos grandes grupos: el hecho de que se transfiera o no riesgo primario de incidencia.

El segundo paso es señalar claramente la diferencia entre el concepto de episodio y el concepto de condición médica crónica. El concepto de episodio implica un ciclo de atención que tiene un inicio y un final claramente establecidos, y típicamente involucra un episodio agudo, una intervención o un procedimiento quirúrgico electivo, y su posterior resolución. Por ejemplo, el ciclo de atención de un episodio coronario tiene un inicio (cuando se diagnostica el infarto agudo del miocardio) y un final (tres meses o seis meses después del episodio agudo). Una cirugía electiva como el reemplazo articular de cadera también tiene un inicio (por ejemplo, el ingreso para el procedimiento quirúrgico) y un final (doce meses después del inicio).

Por su parte, el concepto de condición médica crónica implica un ciclo de atención que tiene un inicio (cuando se diagnostica la condición médica) pero no tiene un final al menos en el corto plazo. Este ciclo de atención puede durar varios períodos o toda la vida, cuando se trata de una condición crónica incurable.

En resumen, como se muestra en la tabla 1, se pueden establecer dos categorías grandes de pagos prospectivos: 1) aquellos que no involucran transferencia de riesgo primario de incidencia, y 2) aquellos que sí involucran transferencia de riesgo primario de incidencia. Estos últimos adquieren la denominación de “Global” puesto que se refieren a una población predefinida, en un área geográfica predefinida y durante un período de tiempo predefinido.

En cada una de estas dos categorías se pueden ubicar tres modalidades de pagos prospectivos, así: en la primera categoría (sin transferencia de riesgo primario de incidencia) se incluyen las modalidades de pagos por episodio, pagos por grupo de riesgo (típicamente “grupo de riesgo” equivale a “condición médica”) y otras modalidades. Y en la segunda categoría (con transferencia de riesgo primario de incidencia) se incluyen las modalidades de pagos globales prospectivos por episodio, los pagos globales prospectivos por grupo de riesgo (típicamente equivalentes a condición médica) y otras modalidades de pagos globales prospectivos.

Tabla 1. Modalidades de pagos prospectivos

	Sin transferencia de riesgo primario de incidencia	Con transferencia de riesgo primario de incidencia
Episodio (ciclo de atención con inicio y final)	Pago por episodio	Pago Global Prospectivo por episodio
Grupo de riesgo o condición médica (ciclo de atención con inicio y sin final)	Pago integral por grupo de riesgo	Pago Global Prospectivo por grupo de riesgo
Otras modalidades	Pago por contacto por especialidades, pago por escenario de atención, pago por tipo de servicio	Pago Global Prospectivo por especialidad, por nivel de complejidad, por escenario de atención, por tipo de servicio

Los pagos por episodio y por grupo de riesgo permiten evolucionar hacia pagos por valor, pues generan un incentivo al prestador a incluir en su oferta de valor la mayor cantidad posible de componentes del ciclo de atención respectivo, bien sea que los tenga dentro de su unidad de prestación o que los coordine o subcontrate con otras unidades de prestación. Por ejemplo, en el caso del paciente diabético, el prestador buscará integrar los servicios ambulatorios y hospitalarios de baja, mediana y alta complejidad para darle una oferta integral al paciente, pero no necesariamente bajo una misma organización sino en conjunto con otros prestadores para garantizar la atención coordinada en los diferentes escenarios que requiera el ciclo de atención del paciente.

Ahora bien, como se señaló en la introducción, dado que está teniendo lugar una migración de pagos por volumen a pagos por valor, es claro que los prestadores no pueden hacer una migración de la noche a la mañana de modelos de atención fragmentados (propios de la contratación bajo la modalidad de pago por servicio) a modelos de atención integrados (propios de las modalidades de contratación por episodios o por condiciones médicas). Por su parte, los aseguradores están acostumbrados a contratar bajo la modalidad de pago por servicio, en especial la mediana y alta complejidad, con lo cual se cierra el círculo vicioso de prestación fragmentada y contratación fragmentada que ha prevalecido durante las últimas décadas en el sistema de salud colombiano.

Por esta razón, los aseguradores van evolucionando hacia las nuevas modalidades prospectivas, con grados diversos de agrupamiento de las actividades que antes contrataban separadamente bajo la modalidad de pago por servicio. En este sentido, en la tabla 1 se identifican otras modalidades de pagos prospectivos, dentro de las cuales se incluyen: 1) pagos por especialidad, 2) pagos por nivel de complejidad, 3) pagos por escenario de atención, y 4) pagos por tipo de servicio. En la tabla 1 se muestra que estas modalidades pueden estar presentes en las dos categorías de pagos prospectivos (con y sin transferencia de riesgo primario de incidencia). También es claro que, dada la restricción de la Ley 1438 mencionada anteriormente, se empezó

a evidenciar una migración en las contrataciones bajo la modalidad de capitación (excepto la contratación de la baja complejidad) hacia modalidades que se empezaron a denominar “Pagos Globales Prospectivos”.

4. Modalidades prospectivas sin transferencia de riesgo primario de incidencia

En la tabla 1 se muestra que esta categoría incluye tres modalidades: 1) el pago por episodio, 2) el pago por grupo de riesgo, y 3) otras modalidades. En la primera se establece un pago fijo por cada paciente que presenta un episodio que tiene un inicio y un final claramente definidos; en la segunda se establece un pago fijo por cada paciente que presenta una condición médica crónica o de larga duración; y en la tercera se establece un pago fijo por objetos de pago diferentes a los dos primeros. La característica clave de estas tres modalidades es que cada caso nuevo genera un nuevo pago, con lo cual el prestador queda protegido frente al riesgo primario de incidencia. Dicho de otra forma, si aparecen más casos de los esperados, el prestador recibirá más ingresos puesto que cada caso nuevo genera un nuevo pago.

4.1. Pago por episodio

En el pago por episodio se establece una suma fija para la atención de una condición médica durante un período determinado de tiempo, es decir, para un ciclo de atención que tiene un inicio y un final claramente establecidos. Ejemplos de esta modalidad son: pagos por evento coronario agudo, desde el inicio del episodio agudo hasta tres o seis meses siguientes, incluyendo las rehospitalizaciones y complicaciones; pago por reemplazo articular hasta 12 meses después del procedimiento quirúrgico, incluyendo rehabilitación; y pago por atención maternoperinatal, incluyendo parto, puerperio y atención al recién nacido y la madre hasta 30 días post-parto.

El pago por episodio no expone al prestador al riesgo primario de incidencia pero sí al riesgo primario de severidad, pues el pago que recibe por cada caso es el mismo, independientemente de la severidad de cada caso. Este riesgo primario de severidad se puede mitigar creando varios grados de severidad con pago diferente para cada grado según la severidad, pero siempre habrá un riesgo residual de severidad que no se logra capturar con estos mecanismos de ajuste de riesgo. En cuanto al riesgo técnico de utilización y de morbilidad evitable, el pago por episodio expone al prestador a estos dos subtipos de riesgo técnico, por lo cual le genera incentivos positivos hacia la integración de los diversos componentes del ciclo de atención de la condición médica en cuestión, así como a reducir el riesgo técnico de morbilidad evitable y el riesgo técnico de utilización.

4.2. Pago integral por grupo de riesgo

En esta modalidad el asegurador reconoce al prestador una suma fija para la atención de una condición de salud crónica o de larga duración. Como se señaló anteriormente, el hecho de que se trata por lo general de condiciones crónicas o de larga duración, explica que el ciclo de atención tenga un punto de inicio pero no de final. Por esta misma razón, los pagos se generan por períodos predefinidos, típicamente de un año o un semestre, pero con la expectativa de continuar un contrato por varios períodos contractuales.

El pago integral por grupo de riesgo no expone al prestador al riesgo primario de incidencia, pues cada paciente nuevo que aparece genera un nuevo pago. Pero sí expone al prestador al riesgo primario de severidad, pues el pago que recibe por cada nuevo paciente es el mismo, independientemente del grado de severidad con que llegue. Al igual que en la modalidad anterior, este riesgo primario de severidad se puede mitigar creando varios grados de severidad con pago diferente para cada grado según la severidad, pero siempre habrá un riesgo residual que no queda capturado por estos mecanismos de ajuste.

El pago integral por grupo de riesgo expone al prestador al riesgo técnico de utilización y de morbilidad evitable, por lo cual genera incentivos positivos al prestador hacia la detección temprana y la atención oportuna, y a la integración de los diversos componentes del ciclo de atención de la condición médica en cuestión para reducir la morbilidad evitable, así como a controlar el riesgo de utilización.

4.3. Otras modalidades de pagos prospectivos sin transferencia de riesgo primario de incidencia

La tabla 1 muestra algunas modalidades que se han observado en el sistema de salud colombiano, que se describen a continuación.

4.3.1. Pago por contacto por especialidad

El pago por contacto por especialidad consiste en que el asegurador emite un pago fijo por un período de tiempo para una remisión a especialista, el cual incluye los honorarios de la consulta y las consultas de revisión que el médico quiera hacer durante el período, así como algunos apoyos diagnósticos y otros elementos que se definan entre las partes. Obsérvese que esta modalidad no se refiere específicamente a un episodio ni a una condición médica crónica, sino más bien a una interconsulta con una especialidad.

4.3.2. Pago por escenario de atención

El pago por escenario de atención consiste en que el asegurador emite un pago para una atención en un escenario dado durante un tiempo predefinido con unos consumos que pueden variar de acuerdo a la conducta médica pero que no muestran una variación extrema. Ejemplos de esto son el pago por atención domiciliaria para cuidado de heridas, o el pago por día estancia en UCI o día estancia en sala general.

4.3.3. Pago por tipo de servicio

El pago por tipo de servicio consiste en que el asegurador emite un pago fijo por un período de tiempo para realizar un tipo de servicio que está predefinido y muestra poca variabilidad, como por ejemplo un pago por ciclo de quimioterapia o un pago por ciclo de rehabilitación para un cuadro de dolor lumbar.

5. Modalidades Prospectivas Con Transferencia De Riesgo Primario De Incidencia

En esta categoría el prestador recibe una suma fija y asume la responsabilidad de atender las necesidades que emerjan de una población determinada, en una zona geográfica, durante un período de tiempo. Estos tres parámetros son los que justifican el uso del término “global”. En estas modalidades el prestador está expuesto al riesgo primario de incidencia, lo que hace necesaria la definición de la población, zona geográfica y tiempo. Obsérvese que en las modalidades sin transferencia de riesgo primario de incidencia el prestador no necesita definir estos tres parámetros, puesto que cada nuevo episodio o cada nuevo individuo genera un pago. A continuación se describen las seis modalidades que se incluyen en este grupo.

5.1. Pago global prospectivo por episodio

En esta categoría se establece una suma fija para la atención de episodios que ocurran en una población de referencia, en una zona geográfica y durante un período de tiempo. Por ejemplo, se establece una suma mensual para atender todos los eventos coronarios que ocurran en la población afiliada a una EPS dentro de un área geográfica durante el mes respectivo.

Esta categoría expone al prestador al riesgo primario de incidencia, pues el dinero que recibe es fijo mientras que el número real de episodios puede variar con respecto al número esperado. El prestador también está expuesto al riesgo primario de severidad y al riesgo técnico de morbilidad evitable y de utilización. Esta combinación de exposiciones a riesgo le genera al prestador los incentivos mencionados en la sección 4 frente al riesgo técnico, pero adicionalmente genera el incentivo a disminuir el riesgo primario de severidad mediante acciones de detección temprana y atención oportuna para resolver a un menor costo los

episodios. Aunque esta modalidad incentiva al prestador a disminuir el riesgo primario de incidencia, en la práctica se concentrará en realizar solamente aquellas acciones de prevención primaria que producen efectos en el corto plazo, que puedan generar retornos al prestador.

5.2. Pago global prospectivo por grupo de riesgo

En esta categoría se establece una suma fija para la atención de pacientes con un tipo específico de riesgo, típicamente una condición médica crónica, que ocurran en una población de referencia, en una zona geográfica y durante un período de tiempo. Por ejemplo, se establece una suma mensual para atender los pacientes con riesgo cardiovascular (diabetes, hipertensión arterial y dislipidemia), tanto los actuales como los nuevos que aparezcan.

Esta categoría expone al prestador al riesgo primario de incidencia, pues la suma que recibe es fija, mientras que el número real de pacientes objeto de la atención puede variar con respecto al número esperado. El prestador también está expuesto al riesgo primario de severidad y al riesgo técnico de morbilidad evitable y de utilización. Esta combinación de exposiciones a riesgo le genera un incentivo a realizar algunas acciones de prevención primaria para disminuir el riesgo primario de incidencia, especialmente aquellas que producen efectos en el corto plazo. También genera el incentivo a hacer detección temprana para disminuir la severidad de las condiciones médicas disminuyendo así el riesgo primario de severidad; a hacer una atención costo-efectiva disminuyendo así el riesgo técnico de utilización; y a realizar acciones de prevención secundaria y terciaria disminuyendo así el riesgo técnico de morbilidad evitable.

5.3. Otras modalidades de pagos prospectivos con transferencia de riesgo primario de incidencia

5.3.1. Pago global prospectivo por especialidad

Algunas especialidades realizan un conjunto de actividades, intervenciones o procedimientos que cobijan condiciones médicas que se pueden acotar fácilmente bajo la especialidad. Dentro de estas se incluyen condiciones crónicas o condiciones discretas y típicamente se excluyen las relacionadas con trauma, cáncer o condiciones congénitas, pues estas muestran una gran variabilidad en su severidad. Por ejemplo, en urología se pueden agrupar condiciones como la litiasis renal, infecciones urinarias, incontinencia urinaria, hipertrofia benigna de próstata y fimosis, las cuales representan un volumen importante de la práctica de la urología, después de excluir, como se señaló, el cáncer, las malformaciones congénitas y el trauma.

En esta modalidad se establece un pago fijo por las atenciones correspondientes a los diagnósticos definidos, que ocurran dentro de una población de referencia, en un área geográfica y en un período de tiempo. Esta modalidad también expone al prestador al riesgo primario de incidencia y de severidad de las condiciones incluidas en el pago, así como al riesgo técnico de morbilidad evitable, con lo cual genera incentivos a realizar detección temprana, atención oportuna y costo-efectiva, y acciones de prevención primaria, secundaria y terciaria

que tengan efectos de corto plazo sobre los resultados en salud y sobre los costos. Por su parte, la exposición al riesgo técnico de utilización genera incentivos a reducir la variabilidad en las conductas médicas.

5.3.2. Pago global prospectivo por nivel de complejidad

En el contexto de una red integrada de prestación de servicios, en la que se cuenta con hospitales de agudos, centros de atención ambulatoria de baja, mediana y alta complejidad, atención domiciliaria y otros escenarios de atención, es viable la agrupación de ciclos de atención de diferentes condiciones médicas que pueden ser atendidos en su totalidad o en gran parte de ella en dicha red integrada, pues esta cuenta con un amplio espectro de servicios, procesos, insumos y factores de producción.

En este caso, la red integrada recibe una suma fija para las prestaciones correspondientes a uno o varios niveles de complejidad, bien sea en el ámbito ambulatorio u hospitalario, donde confluyen diversas tecnologías, recursos y procesos de atención para diversas condiciones médicas y cuya demanda se origine dentro de una población en un área geográfica durante un período de tiempo. Ahora bien, un prestador aislado puede acogerse a esta modalidad, en cuyo caso recibiría una suma fija por las atenciones que este presta. Por ejemplo, un hospital prestaría solo servicios de alta complejidad hospitalaria, o un centro médico ambulatorio de especialidades solo prestaría servicios de mediana y alta complejidad ambulatoria.

Esta modalidad de pago genera un fuerte incentivo a realizar acciones de promoción de la salud, prevención primaria y detección temprana, para reducir el riesgo primario de incidencia y de severidad. Y genera también un fuerte incentivo para gestionar el riesgo técnico de morbilidad evitable (mejorando la coordinación, la continuidad y la integralidad de la atención, y realizando acciones de prevención secundaria y terciaria) y el riesgo técnico de utilización (reduciendo la variabilidad en las conductas médicas). Ahora bien, en una red integrada que cuenta con los tres niveles de complejidad ambulatoria y hospitalaria, será mucho más factible responder a este incentivo. Pero en la medida en que esta modalidad sea acogida por prestadores individuales, sin estar integrados a una red, habrá mayores dificultades para la gestión del riesgo técnico y del riesgo primario.

5.3.3. Pago global prospectivo por escenario de atención

En esta modalidad se reconoce una suma fija para las prestaciones correspondientes a un escenario de atención en el que confluyen diversas tecnologías, recursos y procesos de atención para diversas condiciones médicas y cuya demanda se origine dentro de una población en un área geográfica durante un período de tiempo. Por escenario de atención se entiende una estructura que presta servicios claramente separada de otras, como por ejemplo la unidad de cuidado intensivo neonatal, urgencias, o atención domiciliaria.

Esta modalidad expone al prestador al riesgo primario de incidencia y de severidad, así como al riesgo técnico de morbilidad evitable y de utilización. Sin embargo, su debilidad radica en que no puede gestionar adecuadamente estos riesgos, en especial los dos subtipos de riesgo técnico pues su demanda depende de factores que no puede controlar o influenciar. Por ejemplo, un hospital que recibe un pago por episodio, tiene un incentivo muy fuerte a trasladar rápidamente el paciente a la atención domiciliaria para reducir su costo por episodio. Esto puede llevar a que ocurra una demanda de atención domiciliaria mayor a la esperada, pero el receptor de esta demanda (que recibe un pago global prospectivo por atención domiciliaria) no tendrá cómo evitar este problema de inducción de la demanda, con lo cual enfrentará un mayor riesgo técnico de utilización que no puede gestionar. A lo sumo, el prestador de atención domiciliaria podrá gestionar el riesgo técnico de utilización y de morbilidad evitable que esté bajo su control directo.

5.3.4. Pago global prospectivo por tipo de servicio

En esta modalidad se reconoce una suma fija para las prestaciones correspondientes a un tipo de servicio y cuya demanda se origine dentro de una población en un área geográfica durante un período de tiempo. Por tipo de servicio se entiende un componente del ciclo de atención, como por ejemplo, medicamentos, laboratorio clínico, terapias, otros apoyos diagnósticos.

Esta modalidad es altamente disfuncional, pues perpetúa la fragmentación propia del pago por servicio o de las capitaciones parciales que prohibió la Ley 1438. De manera similar al pago global prospectivo por escenario de atención pero con mayores implicaciones negativas, el prestador está expuesto a un riesgo primario y técnico que no puede gestionar, pues no está integrado en el ciclo de atención de ninguna condición médica. Estas implicaciones negativas son las mismas de cuando estos servicios eran contratados mediante capitaciones parciales.

6. Pagos Complementarios

Los pagos prospectivos descritos en las secciones anteriores pueden ir acompañados de pagos complementarios. Estos se definen como “...pagos adicionales, o retenciones de los pagos acordados, que se entregan al prestador posteriormente, en función del cumplimiento de indicadores de estructura, proceso, producto o resultado.”¹⁵ Los pagos complementarios por cumplimiento de indicadores de estructura y de proceso no implican transferencia de riesgo primario ni técnico del asegurador al prestador. Pero los pagos por resultados, específicamente resultados en salud, sí implican transferencia de ambos tipos de riesgo.

Por ejemplo, cuando se establece un indicador de resultado, como “reingresos hospitalarios antes de 30 días por la misma causa”, el hecho de que el prestador no logre cumplir con el indicador puede explicarse por un mayor riesgo primario de severidad, como también por un

¹⁵ Castaño RA (2014). Op cit.

riesgo técnico de morbilidad evitable. Una rehospitalización puede deberse a que el paciente no cuenta con un cuidador, lo cual está por fuera del alcance del prestador y se considera riesgo primario de severidad. También puede deberse a que el paciente no fue apoyado adecuadamente después del egreso hospitalario inicial, en cuyo caso sí es atribuible al prestador y por ello se considera riesgo técnico de morbilidad evitable.

Los pagos complementarios en Colombia usualmente representan una proporción pequeña del ingreso del prestador, entre un 1% y un 10%. La experiencia en países de la OCDE muestra que cuando estos pagos representan menos del 5% del ingreso del prestador, no inducen cambios sustanciales en su comportamiento, por lo cual se requiere que este porcentaje sea mayor, quizá entre 15% y 20%.¹⁶ Sin embargo, es claro que en la medida que el ciclo de atención tiene menor incertidumbre, es decir, que el resultado clínico es más predecible si se ejecuta correctamente el proceso, y dicho resultado es más observable y verificable, será más adecuado exponer una mayor parte del ingreso del prestador al cumplimiento del indicador.

7. Discusión

La presente taxonomía de los pagos prospectivos busca definir, a partir de los elementos constitutivos de los mecanismos de pago, las diferentes categorías y modalidades de pago dentro de las categorías, de tal manera que su estudio pueda hacerse de manera más estructurada y formal. Esta taxonomía propuesta define dos grandes categorías: los pagos en los que no hay transferencia de riesgo primario de incidencia y los pagos en los que sí hay transferencia de este riesgo. Dada la forma anárquica en que han emergido estas modalidades prospectivas en Colombia, esta taxonomía permite clasificar cualquier modalidad independientemente del nombre que se le ponga, con lo cual se logra el objetivo de llegar a una clasificación exhaustiva de las múltiples modalidades de pago que surgen y que a su vez evolucionan de múltiples maneras.

Las modalidades de pago no son neutras, en cuanto generan incentivos positivos y negativos que determinan las conductas del prestador y del pagador. Según esto, las modalidades prospectivas aquí analizadas generan incentivos positivos que han sido mencionados, pero también generan incentivos negativos que, lejos de resolver los incentivos negativos del pago por servicio, generan sus propias disfuncionalidades que, de no ser adecuadamente tratadas, podrían dar al traste con la esperada generación de valor que prometen.

Podría argumentarse que los pagos por episodio y los pagos por grupo de riesgo en los que no hay transferencia de riesgo primario de incidencia son la mejor combinación de pagos prospectivos, pues protegen al prestador de una variación en la incidencia que difícilmente puede modificar y que, dados los números pequeños a los que se expone el prestador, a diferencia del asegurador, permiten predecir que el prestador estará expuesto a una mayor volatilidad en la incidencia. Adicionalmente, en estas dos modalidades se generan los

¹⁶ Friedman J, Scheffler R (2016). Pay for performance in health systems: theory, evidence and case studies. En: World Scientific Handbook of Global Health Economics and Public Policy, editado por Richard Scheffler. World Scientific.

incentivos para alinear los diferentes escenarios de atención y disciplinas del conocimiento a lo largo del ciclo de atención de la condición médica en cuestión.

Por su parte, los pagos globales prospectivos por episodio y por grupo de riesgo, aunque exponen al prestador al riesgo primario de incidencia, lo cual puede ser más riesgoso para un prestador con pocos casos por período de tiempo, aún conservan la bondad de que incentivan la alineación de escenarios de atención y disciplinas del conocimiento a lo largo del ciclo de atención de las condiciones médicas.

Las otras modalidades de pagos prospectivos de la tabla 1 generan incentivos positivos en intensidades diferentes. El pago por especialidad puede incentivar la eficiencia en la resolución del episodio específico objeto del pago por especialidad, pero puede generar incentivos perversos hacia la negación de servicios médicamente necesarios, o hacia la transferencia de costos a otros prestadores o al paciente mismo. El pago por niveles de atención puede responder mejor a los incentivos positivos si el prestador está organizado en una red integrada, bien sea como una sola empresa o como un conjunto de empresas separadas que actúan de manera coordinada. Por su parte, los pagos por escenario de atención o por tipo de servicio son los que más incentivos perversos pueden generar, pues el prestador no está integrado en el ciclo de atención y no puede influir sobre el riesgo primario ni sobre el riesgo técnico generado por otros prestadores.

Es pertinente aplicar esta taxonomía a algunas modalidades de pago como cuando se pacta un monto de dinero para realizar o entregar un número fijo de actividades, intervenciones, procedimientos, medicamentos, o dispositivos, durante un período fijo de tiempo. Esta taxonomía permite identificar claramente que en esta modalidad de pago no hay transferencia de riesgo primario ni de riesgo técnico. Esto más bien equivale a un pago por servicio en el que se pactan anticipadamente el número de prestaciones durante un período de tiempo. Sin embargo, algunos pagadores y prestadores llaman a esto pago global prospectivo, y ejemplos de esto son los contratos por un número definido de resonancias magnéticas, o un número definido de procedimientos diagnósticos. En términos estrictos esta modalidad no debe denominarse pago global prospectivo, ni pago prospectivo en general, puesto que no hay transferencia de riesgo primario ni de riesgo técnico.

Una variante de esta modalidad de pago por servicio anticipado consiste en que el asegurador establece una suma fija para la atención de una población dada o de un grupo de riesgo, pero define el número de actividades que se deben realizar. Luego el asegurador verifica que el prestador haya ejecutado estas actividades y si encuentra que se han realizado menos actividades de las que se debían realizar, las descuenta del pago a una tarifa predefinida.

Esta característica contrasta con el hecho de que el prestador está expuesto al riesgo técnico de morbilidad evitable cuando responde por los episodios agudos evitables o cuando el asegurador establece un pago complementario por resultados clínicos. Si el prestador busca maximizar los resultados clínicos, debe tener la flexibilidad para optimizar la intensidad de uso de recursos de acuerdo a la severidad de cada paciente, lo cual no es compatible con un conteo simple de actividades por paciente, pues dicho conteo no admite variaciones de acuerdo a la severidad individual.

8. Conclusiones

La taxonomía aquí presentada busca facilitar el estudio y la regulación de las modalidades de pago prospectivas que han emergido de manera más o menos anárquica en el sistema de salud de Colombia. El entendimiento de las modalidades de pago desde sus elementos constitutivos permite crear esta taxonomía de manera que se identifique la naturaleza de la exposición al riesgo que cada modalidad representa para el prestador, así como los incentivos que se derivan de dicha exposición al riesgo.

Acerca de PROESA

PROESA es un centro de estudios en economía de la salud fundado por la Universidad Icesi y la Fundación Valle del Lili. Hace investigación de alta calidad y genera evidencia relevante para la orientación de las políticas públicas en protección social y economía de la salud a nivel nacional e internacional.



Calle 18 No - 122-135, Universidad Icesi - Casa Rocha

Teléfono: +57(2) 321-20-92

Cali - Colombia

www.icesi.edu.co/proesa/