DOCUMENTOS DE TRABAJO | Nº 22 JULIO 2021

Universidad ICESI | PROESA

Modalidades prospectivas de pagos en salud: una propuesta de taxonomía

Autores:
Ramón Abel Castaño
Álvaro López
Francisco Rafael Marín
Danny Moreano
Sergio Iván Prada

Universidad ICESI | FUNDACIÓN VALLE DEL LILI
Excelencia en Salud al servicio de la comunidad

DOCUMENTOS DE TRABAJO | Nº 22 JULIO 2021

Modalidades prospectivas de pagos en salud: una propuesta de taxonomía

Autores:
Ramón Abel Castaño
Álvaro López
Francisco Rafael Marín
Danny Moreano
Sergio Iván Prada

Universidad ICESI | FUNDACIÓN VALLE DEL LILI
Excelencia en Salud al servicio de la comunidad

Documentos de trabajo – Edición #22
Modalidades prospectivas de pagos en salud: una propuesta de taxonomía

Ramón Abel Castaño, Alvaro López, Francisco Rafael Marín, Danny Moreano, Sergio Iván Prada

Cali. Universidad Icesi, PROESA, 2024
ISSN: 2256-5787 (On-line)

Palabras clave: 1. Mecanismos de pago | 2. Modalidades de pago | 3. Pagos prospectivos | 4. Atención sanitaria basada en el valor

Primera publicación: julio de 2012
Edición #22: julio de 2021

© Universidad Icesi © PROESA
Facultad de Ciencias de la Salud

Diretor: Esteban Piedrahita Uribe
Secretaria General: Olga Patricia Ramírez Restrepo
Director Académico: José Hernando Bahamón Lozano
Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud: María Elena Velásquez Acosta
-
Comité Editorial: Victoria Soto, Laura Romero, Irieleth Gallo, Juan Camilo Herrera, Santiago Mosquera, Cristian Corrales, Marcela Calderón, Luisa Patiño.
Coordenador Editorial: Adolfo A. Abadía
Design Editorial: Sandra Marcela M. Bolaños

Cómo citar: Castaño RA., López A., Marín FR., Moreano D, Prada SI. (2021). Modalidades prospectivas de pagos en salud: una propuesta de taxonomía, PROESA Documentos de trabajo No. 22. Disponible en: www.icesi.edu.co/proesa/publicaciones/documentos-de-trabajo.php

Centro de Estudos en Protección Social e Economía de la Salud – PROESA
Cali – Colombia
Calle 18 No. 122-135 (Pance), Edifício B - Piso 2.
Teléfono: +60 (2) 5552334 Ramal: 8074
E-mail: contacto@proesa.org.co
www.icesi.edu.co/proesa

El material de esta publicación puede ser reproducido sin autorización, siempre y cuando se cite el título, el autor y la fuente institucional.

índice

Este contenido es interactivo. Si quieres acceder a una sección específica, haz clic en el título correspondiente.

Pág

Resumen **6**

1. Introducción **7**

2. Definiciones **9**

2.1. Los cinco componentes del costo médico por afiliado 9

2.2. Los dos tipos de riesgo: riesgo primario y riesgo técnico 10

2.3. Objeto de la transferencia de riesgo: episodio, grupo de riesgo y componente del servicio 12

3. Modalidades de pago prospectivo: definiciones **12**

4. Modalidades que integran el ciclo de atención **13**

4.1. Modalidades cuyo objeto de transferencia de riesgo son condiciones médicas discretas 14

4.1.1. Modalidades que no transfieren riesgo primario de incidencia 14

4.1.2. Modalidades que transfieren riesgo primario de incidencia 14

4.2. Modalidades cuyo objeto de transferencia de riesgo son condiciones médicas crónicas 15

4.2.1. Modalidades que no transfieren riesgo primario de incidencia 15

4.2.2. Modalidades que transfieren riesgo primario de incidencia 15

índice

Este contenido es interactivo. Si quieres acceder a una sección específica, haz clic en el título correspondiente.

Pág

5. Modalidades que no integran el ciclo de atención **16**

5.1. Modalidades que no transfieren riesgo primario de incidencia 16

5.2. Modalidades que transfieren riesgo primario de incidencia 17

6. Pagos complementarios **17**

7. Discusión **18**

8. Conclusiones **21**

Resumen

La evolución de los mecanismos de pago desde el pago por servicio hacia los pagos prospectivos que faciliten la generación de valor integrando los ciclos de atención de condiciones médicas, es una necesidad urgente de los sistemas de salud para poder generar más valor por cada peso utilizado. El sistema de salud de Colombia muestra una tendencia a migrar hacia pagos prospectivos, dentro de la cual han emergido denominaciones de manera anárquica. Este trabajo busca identificar los elementos básicos para poder clasificar cualquier modalidad de pago prospectivo, se plantean tres criterios para clasificar los pagos prospectivos, y se proponen 24 modalidades, haciendo claro énfasis en la deseabilidad de aquellas modalidades que permiten integrar ciclos de atención de condiciones médicas para poder generar mayor valor por cada peso utilizado.

1. INTRODUCCIÓN

Desde diversos frentes se ha planteado que las modalidades de pago a los prestadores de servicios de salud deben evolucionar desde modalidades como el pago por servicio o los presupuestos históricos, en las que no se generan incen-tivos para el mejoramiento de los resultados en salud, hacia modalidades en las que sí se generan estos incentivos[1] [2] [3] [4]. Estas modalidades de pago se han denominado genéricamente "pagos basados en valor", y hacen parte del concepto más amplio conocido como "salud basada en valor".

En otro sentido, en los sistemas de salud en la OCDE se observa una tendencia a migrar desde el pago por servicio[5] hacia modalidades prospectivas que transfieren progresivamente riesgo desde el pagador hacia el prestador. En Estados Unidos la tendencia hacia pagos agrupados (bundled payments) ha experimentado un incremento desde la década pasada[6], mientras que en Europa occidental también se observan estas tendencias en sistemas de salud tan diversos como el de Alemania, España, Reino Unido o Portugal, entre otros.[7]

Las tendencias hacia pagos basados en valor y hacia pagos prospectivos representan dos ejes que son independientes, pero también pueden evolucionar simultáneamente. Por ejemplo, cuando se transfiere riesgo a un prestador por la aten-ción de una población, o para la prestación de un componente del servicio, sin importar si mejoran los indicadores de desenlace en salud, se habla de pago prospectivo, pero no de pago basado en valor. Y cuando se establecen incentivos a prestadores para que mejoren los resultados en salud, pero manteniendo esquemas de pago por servicio, se habla de pagos basados en valor, pero no de pagos prospectivos, como ocurre por ejemplo, cuando se reconocen pagos por coordinación entre prestadores para hacer más factible el logro de mejores resultados en salud. Ahora bien, cuando se establecen pagos prospectivos con incentivos para mejorar los resultados en salud, se combinan las dos tendencias.

---

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

2 Miller H (2009). From volume to value Transforming Health Care Payment and Delivery Systems to Improve Quality and Reduce Costs.

3 OECD (2016). Better ways to pay for health care. http://www.oecd.org/els/health-systems/paying-providers.htm. Fecha de acceso:

4 World Economic Forum (2018). Value in Healthcare Accelerating the Pace of Health System Transformation WEF.

5 El término "pago por servicio" es la traducción literal del término "fee-for-service" que en algunos países de América Latina se introdujo equivocadamente como "pago por evento".

6 Agarwal R, Liao JM, Gupta A, Navathe AS (2020). The impact of bundled payment on health care spending, utilization and quality: A systematic review. Health Affairs. 39(1):50-57.

7 OECD (2016). Better ways to pay for health care. http://www.oecd.org/els/health-systems/paying-providers.htm. Fecha de acceso: Enero 25 de 2021.

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 dos o más prestadores; y 3) no genera incentivos para realizar acciones de promoción de la salud o prevención de la enfermedad, tanto primaria, como secundaria o terciaria.[8]

Estas desventajas del pago por servicio hacen 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."[9] Se entiende por "valor" los resultados en salud en relación con lo que cuesta obtener dichos resultados.[10] Y el concepto de resultados en salud incluye los desenlaces clínicos, los resultados desde la perspectiva del paciente (Patient-Reported Outcome Measures, o PROMs) y la evaluación de la experiencia del paciente durante la atención recibida (Patient-Reported Experience Measures, o PREMs).[11] Para hacer posible la generación de valor es necesario alinear los diferentes componentes de la atención a lo largo del ciclo de atención de un tipo específico de paciente o de una condición médica.[12] 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 continúa 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 cobije el ciclo de atención dado. Esto se puede lograr en un contexto tradicional de pago por servicio, pero su efecto es limitado pues no se logra superar la fragmentación del proceso de atención que típicamente ocurre en este contexto,[13] por lo cual es mucho más efectivo transferir parte del riesgo desde el asegurador hacia el prestador, como se verá más adelante. Esta transferencia de riesgo implica que el asegurador calcula y define un estimativo ex-ante del costo esperado de un conjunto de actividades, intervenciones, procedimientos, medicamentos, dispositivos e insumos que se requerirán para satisfacer las necesidades del ciclo de atención de un grupo de pacientes, y este es el monto que transfiere al prestador. Esta estimación ex-ante es la que le da al mecanismo de pago su característica prospectiva, pues el prestador recibe una suma fija predefinida, sin considerar la frecuencia con que los servicios se presten realmente, por lo cual el costo real (ex-post) de la atención puede ser mayor o menor que el valor esperado (ex-ante).

En el sistema de salud de Colombia ha empezado a evidenciarse una acelerada transición desde el pago por servicio hacia modalidades prospectivas diferentes a la capitación tradicional que buscan, desde el punto de vista del asegurador, reducir la mayor exposición al riesgo, 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. Estas dos explicaciones sugieren que el énfasis de esta transición ha sido más hacia el eje de pagos prospectivos que hacia el eje de pagos basados en valor.

---

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

9 Miller H (2009). From volume to value: Transforming health care payment and delivery systems to improve quality and reduce costs. NRHI Healthcare Payment Reform Series. Robert Wood Johnson Foundation.

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

11 OECD (2019). Measuring What Matters: The Patient-Reported Indicator Surveys. Disponible en: http://www.oecd.org/health/health-systems/Measuring-what-matters-the-Patient-Reported-Indicator-Surveys.pdf. Fecha de acceso: febrero 10 de 2021.

12 Porter M, Lee T (2015). Why strategy matters now. N Engl J Med. 372;18:1681-4.

13 Miller H (2009). From volume to value: Transforming health care payment and delivery systems to improve quality and reduce costs. NRHI Healthcare Payment Reform Series. Robert Wood Johnson Foundation. P 1.

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. En este artículo proponemos 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 utiliza como marco de referencia el trabajo de síntesis que desarrolló Harold Miller para los Estados Unidos,[14] que fue adaptado por uno de los autores al contexto colombiano.[15] Aunque existen otros marcos de análisis, como el propuesto por la Health Care Payment Learning and Action Network,[16] resulta más útil el marco de Miller por cuanto permite clasificar cualquier tipo de mecanismo de pago a partir de sus elementos constitutivos.

Las siguientes siete secciones de este artículo están organizadas así: en la sección 2 se definen los elementos básicos para poder clasificar cualquier modalidad de pago prospectivo. En la sección 3 proponemos las dos grandes categorías de modalidades prospectivas y sus sub-categorías, y en las secciones 4 y 5 definimos y analizamos las modalidades específicas dentro de cada categoría. En la sección 6 se definen brevemente los pagos complementarios. En la sección 7 se abre la discusión y en la sección 8 se resumen las conclusiones.

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 Miller[17]. 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. Un tercer elemento es el objeto de la transferencia de riesgo. Aunque la taxonomía de Miller no explicita este último concepto aparte, nuestra propuesta lo describe explícitamente como un elemento constitutivo de los mecanismos de pago, para poder incluir y clasificar algunas modalidades que han emergido en el contexto colombiano.

2.1. Los cinco componentes del costo médico por afiliado

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

1) El número de condiciones médicas que el individuo asegurado presenta durante el año. Este componente se refiere tanto a condiciones crónicas como a condiciones discretas[18]. 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 de atención que el afiliado presenta dentro de cada condición médica durante el año. Un episodio puede definirse como un ciclo de atención que tiene un inicio y un final, y que empieza con un contacto inicial. Este contacto inicial puede ser originado por el paciente o por el prestador, y de este contacto inicial se derivan una serie de consumos para satisfacer la necesidad en salud que da origen a

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

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

16 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.

17 Miller HD (2009). Op cit.

18 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).

este. El contacto inicial puede originarse por cuatro razones. La primera razón es cuando ocurren episodios de agudización de una condición médica crónica de base. La segunda razón es por condiciones discretas, como un cuadro gripal, una hernia inguinal o una apendicitis. En estas dos primeras razones, se habla de un contacto inicial originado por el paciente. La tercera razón que da origen a episodios de atención es el control periódico en una condición médica crónica, y la cuarta razón es cuando el paciente es remitido a un especialista o a otro escenario de atención para una interconsulta o para la resolución de una necesidad médica. En estas dos últimas razones, se habla de un contacto originado por el prestador. 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 agudos dentro de dicha condición médica. Un control periódico, aunque no es un episodio de enfermedad propiamente dicho, es un episodio de atención cuyo contacto inicial es originado por el prestador, y que desencadena una serie de consumos para satisfacer el objetivo de dicho contacto. Por ejemplo, en un paciente con hipertensión arterial, un control periódico tiene por objeto evaluar la función de órgano blanco del paciente (riñón, corazón, circulación periférica), por lo cual se ordenan una serie de pruebas diagnósticas. Una vez se obtienen los resultados de dichas pruebas diagnósticas y se toma una conducta médica con base en estos, se cierra el episodio de atención hasta la próxima cita de control. Obsérvese que en las condiciones médicas discretas ocurre un solo episodio de atención. Por ejemplo, en la apendicitis, el paciente ingresa por el servicio de urgencias, se le practica el procedimiento quirúrgico, se da de alta y se le realiza una revisión post-quirúrgica, que cierra el ciclo de atención.

3) Dado un episodio o contacto por cualquiera de las cuatro razones descritas en el numeral anterior, el número y tipo de servicios utilizados durante dicho episodio o derivados de este. Por ejemplo, cuando el paciente diabético presenta un episodio de cetoacidosis y se hospitaliza, se consumen servicios de atención de urgencias, hospitalización, visita médica hospitalaria, medicamentos y apoyos diagnósticos. Otro ejemplo es el de un paciente que presenta una apendicitis (condición médica discreta) que genera un episodio de atención (atención inicial, apendicectomía y recuperación), durante el cual se consumen los servicios necesarios para resolver el caso. Para el caso de los controles periódicos, el ejemplo anteriormente citado del control de hipertensión arterial genera consumos de pruebas de apoyo diagnóstico y la reformulación de medicamentos. Muchas veces un servicio se puede discriminar con un código específico, a pesar de que incluye otros elementos que a su vez se pueden identificar con un código específico. Por ejemplo, el procedimiento quirúrgico de extracción del apéndice puede tener un código específico, pero incluye servicios del cirujano, el anestesiólogo, derechos de sala, suturas, medicamentos usados en el pre- trans- y post-quirúrgico, etc., los cuales pueden a su vez tener códigos específicos.

4) Dado un tipo de servicio, los procesos, insumos, o factores de producción que se consumen para cada servicio. Algunos de estos elementos se pueden discriminar con un código específico. Por ejemplo, en el caso de los medicamentos para el episodio agudo de cetoacidosis en el paciente diabético, se prescribió insulina cristalina e insulina NPH, y en el caso del control periódico del paciente hipertenso se ordenó una prueba de creatinina, y se reformuló enalapril para tres meses más. Dentro de los factores de producción se incluye el recurso humano.

5) Dado un 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.

2.2. Los dos tipos de riesgo: riesgo primario y riesgo técnico

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 divide en dos subtipos: 1) el riesgo primario de incidencia, el cual se entiende como la variación en la incidencia o en la prevalencia de las condiciones médicas; y 2) el riesgo primario de severidad no evitable. La variación en la incidencia o la prevalencia 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 de la incidencia esperada, y rara vez equivale exactamente a esta. En el caso de las condiciones crónicas, aunque en términos epidemiológicos estrictos no se habla de incidencia sino de prevalencia, para efectos de esta taxonomía las incluimos dentro del concepto de riesgo primario de incidencia, pues al inicio de un período dado, los pacientes que venían con condiciones crónicas desde el período anterior se consideran "incidentes" el día uno del nuevo período. Ahora bien, los pacientes con condiciones crónicas previas pero que se trasladan de un asegurador a otro, o de un prestador a otro, son nuevos para el asegurador o prestador que los recibe y desde el punto de vista del receptor se deben considerar como incidentes.

El riesgo primario de severidad se refiere a la variación en la severidad de las condiciones médicas al momento de ser detectadas. 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 es muy probable que consuma menos recursos en su resolución, mientras que el de mayor severidad probablemente 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, también denominado riesgo de desempeño o performance risk. 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 o de su tratamiento, 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. Debido a que no siempre las complicaciones agudas son completamente o parcialmente evitables, y no siempre es obvio determinar la evitabilidad, es preferible hablar de complicaciones potencialmente evitables.[19] 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.

Las complicaciones crónicas de las condiciones médicas crónicas, aunque son condiciones médicas por sí solas, pueden ser evitables o no evitables. Por ejemplo, el desarrollo de retinopatía diabética puede evitarse completamente en algunos pacientes con un manejo óptimo de su diabetes, mientras que, en otros, a pesar de este manejo óptimo, se desarrollará esta condición médica. Así pues, las complicaciones crónicas evitables se consideran riesgo técnico de morbilidad evitable, aunque por la dificultad en determinar su evitabilidad, también es preferible denominarlas complicaciones potencialmente evitables.[20]

---

19 deBrantes F, Rastogi A, Painter M (2010). Reducing Potentially Avoidable Complications in Patients with Chronic Diseases: The Prometheus Payment Approach. Health Services Research. 45(6):1854-71.

20 deBrantes F, et al (2010). Op. Cit.

Una excepción a las definiciones planteadas sobre riesgo primario de severidad evitable y riesgo técnico de morbilidad evitable es el caso de un prestador que está expuesto a la morbilidad causada por omisiones de otro prestador. Por ejemplo, en un pago por condición médica en cáncer de mama que no incluya tamizajes, el estado de avance del cáncer al momento del inicio del tratamiento depende de que otro prestador haya hecho los tamizajes de manera oportuna. Cualquier nivel de tamizaje por debajo de lo óptimo implica un mayor riesgo técnico de morbilidad evitable en el prestador responsable de realizar los tamizajes, el cual llevará a que el prestador de cáncer tenga que enfrentar una mayor severidad evitable. Esta situación sugiere que el riesgo primario de severidad puede definirse en términos de aquella morbilidad que un prestador dado no está en capacidad de intervenir, así no sea estrictamente exógena.

2.3. Objeto de la transferencia de riesgo: episodio, grupo de riesgo y componente del servicio

En los pagos prospectivos, la transferencia de riesgo del asegurador al prestador puede tener como objeto de esta a episodios, a condiciones médicas crónicas o a componentes del servicio. El concepto de episodio se refiere a un ciclo de atención que tiene un inicio y un final claramente establecidos, y típicamente involucra una condición médica discreta (ej: apendicitis), un episodio agudo de una condición crónica (ej: cetoacidosis diabética), o un procedimiento invasivo electivo (ej: una herniorrafia), 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, según se defina entre el pagador y el prestador). 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 procedimiento quirúrgico). Como se planteó en la sección 2.1., un control periódico de una condición crónica corresponde a un contacto, que tiene un ciclo de atención definido pues se inicia con el primer encuentro y se cierra cuando se obtiene la información necesaria para tomar una decisión de tratamiento.

Por su parte, el concepto de grupo de riesgo se refiere a 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 anuales, o toda la vida, cuando se trata de una condición crónica incurable.

Por último, el concepto de componente del servicio se refiere a un rubro de actividades, intervenciones o procedimientos (por ejemplo: consulta externa, laboratorio clínico, endoscopia, etcétera), a un escenario de atención (urgencias, hospitalización, unidad de cuidados intensivos, unidad de cuidados especiales, atención domiciliaria, traslados en ambulancia), a una especialidad médica, o a medicamentos. Estos rubros usualmente son los que se usan en las definiciones de las notas actuariales de los aseguradores, también denominadas notas técnicas.

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 que proponemos en este artículo parte de entender el concepto de ciclo de atención, los elementos constitutivos del costo médico, los tipos de riesgo y el objeto de la transferencia de riesgo, descritos en la sección anterior. Para establecer esta taxonomía se proponen tres criterios: 1) si el mecanismo de pago prospectivo facilita la integración del ciclo de atención; 2) si el objeto de transferencia de riesgo es un episodio, o una condición crónica; y 3) si se transfiere riesgo primario de incidencia del asegurador al prestador.

El primer criterio en nuestra propuesta de taxonomía es señalar el elemento clave que separa los pagos prospectivos en dos grandes grupos: el hecho de que se facilite o no la integración del ciclo de atención. Dadas las bondades (señaladas desde la literatura de salud basada en valor) de integrar el ciclo de atención de las diferentes condiciones médicas crónicas o episódicas, es necesario separar desde el principio los pagos prospectivos en estas dos grandes categorías. Las modalidades que permiten integrar el ciclo de atención son las que se definen en función de condiciones

médicas crónicas o discretas. Aquellas modalidades prospectivas que se definen en función de componentes del servicio no permiten integrar el ciclo de atención, y, por el contrario, perpetúan la fragmentación de este, haciendo muy difícil la generación de valor.

El segundo criterio establece si el objeto de transferencia de riesgo es una condición discreta o una condición crónica. Este criterio, obviamente, no aplica a las modalidades prospectivas cuyo objeto de transferencia de riesgo es un componente del servicio. Y el tercer criterio establece si se transfiere o no al prestador riesgo primario de incidencia. Si no se transfiere riesgo primario de incidencia se habla de pagos individuales, puesto que cada caso nuevo genera un pago prospectivo; si se transfiere riesgo primario de incidencia se habla de pagos globales, pues estos se calculan con base en la incidencia y severidad esperada en una población dada. Esta categoría corresponde a la que se conoce en la literatura como pagos basados en poblaciones.

La tabla 1 resume las categorías que se derivan de los tres criterios señalados, y dentro de cada categoría se listan las diferentes modalidades de pagos prospectivos que se describen en las secciones siguientes.

Tabla 1. Modalidades de pagos prospectivos según los tres criterios de clasificación (PI: Pagos Individuales; PGP: Pagos Globales Prospectivos).

		Individuales	Globales
Integran el ciclo de atención	De episodios	PI por Episodio PI por Especialidad PI por nivel de complejidad	PGP por Episodio PGP por Especialidad PGP por nivel de complejidad
	De condiciones crónicas	PI por Grupo de Riesgo PI por Especialidad PI por nivel de complejidad	PGP por Grupo de Riesgo PGP por Especialidad PGP por nivel de complejidad
No integran el ciclo de atención	Pagos por componente del servicio	PI por Consulta de Especialista PI por Apoyos Diagnósticos PI por Procesos de Diagnóstico PI por Escenarios de Atención PI por Medicamentos Otros	PGP por Consulta de Especialista PGP por Apoyos Diagnósticos PGP por Procesos de Diagnóstico PGP por Escenarios de Atención PGP por Medicamentos Otros

4. MODALIDADES QUE INTEGRAN EL CICLO DE ATENCIÓN

Como se señaló arriba, para poder generar valor es necesario integrar la mayor cantidad posible de componentes del servicio a lo largo del ciclo de atención de una condición médica dada. También se señaló que hay condiciones médicas discretas, y condiciones crónicas. Por esta razón, esta categoría se divide en dos, según si el objeto de transferencia de riesgo es una condición médica discretao una condición médica crónica. Estas dos a su vez se dividen en dos categorías: aquellas modalidades en las que no se transfiere riesgo primario de incidencia y aquellas en las que sí se transfiere este riesgo.

4.1. Modalidades cuyo objeto de transferencia de riesgo son condiciones médicas discretas

Las condiciones médicas discretas se caracterizan porque su ciclo de atención tiene un inicio y un final claramente identificables. Algunas de estas implican un solo contacto con el prestador (ej: una litiasis renal) y otras implican dos o más contactos (ej: un infarto agudo del miocardio, que incluye el contacto inicial del episodio agudo, y los contactos sucesivos después del alta para recibir atenciones hasta el cierre del ciclo de atención). En algunos casos el episodio no equivale a una condición médica discretapropiamente dicha, sino a un procedimiento quirúrgico, pero sigue siendo cierto que en estos casos se trata de ciclos de atención claramente delimitados en su inicio y final.

4.1.1. Modalidades que no transfieren riesgo primario de incidencia

En las modalidades individuales se establece una suma fija para la atención de una condición médica discreta. Por su naturaleza individual, cada caso nuevo genera un pago nuevo. Dentro de esta categoría se incluyen las siguientes modalidades:

1) Pago individual por episodio. Ejemplos de esta modalidad son: pagos por evento coronario agudo, desde el inicio del episodio agudo hasta tres o seis meses siguientes, incluyendo re-infartos, rehospitalizaciones y complicaciones; pago por reemplazo articular hasta 12 meses después del procedimiento quirúrgico, incluyendo rehabilitación; pago por atención maternoperinatal, incluyendo parto, puerperio y atención al recién nacido y la madre hasta 30 días post-parto.

2) Pago individual por especialidad. En esta modalidad se establece un pago fijo por cada caso nuevo que se presente dentro de unas condiciones episódicas predefinidas que corresponden a una especialidad. Aunque una especialidad no es per-se una condición médica, se incluye en esta categoría cuando alcanza a cobijar integralmente ciclos de atención de condiciones discretas. Por ejemplo, en oftalmología se pueden establecer pagos definidos en función de la especialidad, que incluyen condiciones discretas como el trauma ocular leve, conjuntivitis, pterigios, etcétera. Incluso cuando una condición discretarequiere el concurso de dos o más especialidades, la especialidad índice puede integrar estos especialistas adicionales para integrar el ciclo de atención de dichas condiciones médicas.

3) Pago individual por nivel de complejidad. Aunque un nivel de complejidad tampoco es una condición médica, muchas condiciones médicas discretas pueden ser resueltas completamente en uno o varios niveles de complejidad objeto de esta modalidad. Un ejemplo de esta modalidad es el pago por atención de episodios agudos con hospitalización en alta complejidad, incluyendo recuperación post-aguda, como es el caso de los episodios coronarios o de ataques cerebrovasculares. En esta modalidad los pagos individuales no se definen en función de la condición médica sino del nivel de complejidad en el que son abordadas y resueltas, pero el ciclo de atención se puede integrar en un solo prestador.

4.1.2. Modalidades que transfieren riesgo primario de incidencia

En las modalidades globales se establece una suma fija para la atención de los casos de una condición médica discretaque se originen en una población y área geográfica predefinidas. Por su naturaleza poblacional, y a diferencia de los pagos individuales, cada caso nuevo no genera un pago nuevo puesto que ya se ha definido ex-ante el monto de dinero que se espera costará la atención de las condiciones médicas discretas que se originen en dicha población. Dentro de esta categoría se incluyen las siguientes modalidades:

1) Pago global prospectivo por episodio.

2) Pago global prospectivo por especialidad.

3) Pago global prospectivo por nivel de complejidad.

Los ejemplos de estas modalidades son los mismos que los citados en las modalidades individuales, y la única diferencia es que los pagos se calculan con base en la incidencia esperada, lo cual implica que el prestador está expuesto al riesgo primario de incidencia.

4.2. Modalidades cuyo objeto de transferencia de riesgo son condiciones médicas crónicas

Las condiciones médicas crónicas se caracterizan porque su ciclo de atención tiene un inicio claramente identificable pero no un final, al menos en el corto plazo. Por lo general implican varios episodios de atención en el año, tanto por agudizaciones como por controles periódicos o por referencia a otros escenarios de atención.

4.2.1. Modalidades que no transfieren riesgo primario de incidencia

En las modalidades individuales se establece una suma fija para la atención de una condición médica crónica durante un período de tiempo y se renueva cada que se inicia un nuevo período. Su naturaleza individual implica que cada caso nuevo genera un pago nuevo. Dentro de esta categoría se incluyen las siguientes modalidades:

1) Pago individual por grupo de riesgo. Ejemplos de esta modalidad son: el pago por paciente con VIH, o por paciente con diabetes tipo 2. El concepto de grupo de riesgo es preferible al de condición crónica, pues con frecuencia las condiciones crónicas se presentan simultáneamente en el mismo individuo, y separarlas en contratos diferentes generaría un nuevo tipo de fragmentación, ya no por componentes del servicio sino por condiciones médicas. En el marco de referencia de Miller[21] esta modalidad se denomina capitación ajustada por condiciones médicas.

2) Pago individual por especialidad. Como se señaló en la sección 4.1.1., la especialidad no es una condición médica. Pero en muchas condiciones crónicas el ciclo de atención alcanza a ser cubierto por una sola especialidad (ej: glaucoma o degeneración macular, en oftalmología) o por una especialidad índice que integra otras especialidades, como por ejemplo en la dermatitis atópica severa, que es manejada principalmente por dermatología pero puede requerir el apoyo de la alergología, la otorrinolaringología o la neumología, bajo el liderazgo y la coordinación de dermatología.

3) Pago individual por nivel de complejidad. Aunque un nivel de complejidad no es una condición médica, muchos ciclos de atención de condiciones crónicas se pueden cubrir totalmente en uno o varios niveles de complejidad que son pagados bajo esta modalidad. Por ejemplo, el manejo de la esclerosis múltiple requiere atención ambulatoria de alta complejidad y la atención de las recaídas puede resolverse en el mismo hospital de alta complejidad que realiza el manejo ambulatorio del paciente.

4.2.2. Modalidades que transfieren riesgo primario de incidencia

En las modalidades globales se establece una suma fija para la atención de las condiciones médicas crónicas que se originen en una población y área geográfica predefinidas. Por su naturaleza poblacional, y a diferencia de los pagos individuales, cada paciente nuevo que se diagnostique no genera un pago nuevo puesto que ya se ha definido ex-ante el monto de dinero que se espera costará la atención de las condiciones médicas crónicas que se originen en dicha población. Dentro de esta categoría se incluyen las siguientes modalidades:

1) Pago global prospectivo por grupo de riesgo.

2) Pago global prospectivo por especialidad.

3) Pago global prospectivo por nivel de complejidad.

21 Miller (2009) op cit

Los ejemplos de estas modalidades son los mismos que los citados en las modalidades individuales, y la única diferencia es que los pagos se calculan con base en la incidencia esperada, lo cual implica que el prestador está expuesto al riesgo primario de incidencia. Obsérvese que los pagos globales prospectivos por especialidad y por nivel de complejidad pueden incluir tanto condiciones discretas como condiciones crónicas.

5. MODALIDADES QUE NO INTEGRAN EL CICLO DE ATENCIÓN

Las modalidades prospectivas de contratación en las que el objeto de transferencia de riesgo es un componente del ciclo de atención, como laboratorio clínico, medicamentos, escenarios de atención (por ejemplo: atención domiciliaria, UCI), no permiten integrar los ciclos de atención puesto que cada prestador es responsable solo por su parte del ciclo, lo cual termina perpetuando dos de las tres desventajas del pago por servicio: 1) la ausencia de incentivos a la coordinación, que lleva a fragmentación del ciclo de atención, y 2) la ausencia de incentivos a la prevención primaria, secundaria y terciaria. La única diferencia con las desventajas del pago por servicio es que no estimula el mayor output sino, al contrario, lo desestimula, lo cual en teoría podría disminuir el riesgo técnico de utilización. Pero en términos del concepto de salud basada en valor, reducir costos simplemente reduciendo la frecuencia de uso de componentes del servicio puede llegar al extremo de negar servicios médicamente necesarios, con lo cual se destruye valor para el paciente pues ello puede llevar a incrementar el riesgo técnico de morbilidad evitable.

Como se puede ver en la tabla 1, en estas modalidades no aplica el criterio que se refiere a episodios vs condiciones crónicas, pero sí aplica el criterio de transferencia o no del riesgo primario de incidencia.

5.1. Modalidades que no transfieren riesgo primario de incidencia

1) Pago individual por consulta de especialista. A diferencia del pago descrito en la sección 4.1.1., en esta modalidad el pago solo se incluye un contacto inicial con un especialista y un conjunto de ayudas diagnósticas u otras actividades (incluyendo consultas de seguimiento con el mismo especialista) que se deriven del contacto inicial y que se ejecuten dentro de un período de tiempo predefinido. Obsérvese que en las modalidades de pago por especialidad descritas en la sección 4 se insiste en que se enfocan en integrar ciclos de atención, bien sea de condiciones discretas o de condiciones crónicas, mientras que en esta modalidad el especialista no integra ningún ciclo de atención sino que aborda al paciente de manera puntual.

2) Pago individual por apoyos diagnósticos. En algunos casos se establece un pago por contacto inicial para realizar uno o varios tipos de apoyos diagnósticos. Por ejemplo, cuando un paciente requiere apoyos diagnósticos de cardiología (holter, electrocardiograma, prueba de esfuerzo, etc) se realiza un pago fijo por el primer contacto con el prestador que los realizará, sin importar qué tipo de apoyo diagnóstico requiera el paciente o si haya que repetirlo en un período de tiempo dado.

3) Pago individual por procesos de diagnóstico. En algunos casos el proceso de diagnóstico, como por ejemplo la confirmación de un caso sospechoso de cáncer o el proceso de estadiaje, puede simplificarse en un pago fijo que incluye todos los componentes de dicho proceso (por ejemplo, consulta médica, laboratorio clínico, toma de biopsia, patología e imágenes diagnósticas). Aunque esta modalidad integra los componentes del servicio del proceso de diagnóstico, por el hecho de estar restringida a una etapa del ciclo de atención (el diagnóstico) se incluye dentro de la categoría de las que no permiten integrar ciclos de atención.

4) Pago individual por escenario de atención. En esta modalidad se establece un pago fijo por día de estancia según el escenario de atención (UCI, UCIN, sala general), lo que se conoce en la literatura como "per-diems". También incluye la modalidad de pago fijo por atención en urgencias (típicamente triaje 3 y 4), pago fijo por atención domiciliaria y pago fijo por traslados.

5) Pago individual por medicamentos. Esta modalidad es infrecuente, pero puede ocurrir que se establezca un paquete de medicamentos para, por ejemplo, el manejo ambulatorio de infección de herida quirúrgica.

6) Pago individual por otros componentes del servicio. Existen algunas modalidades que no se ajustan a las descritas anteriormente en esta sección, pero dificultan la integración del ciclo de atención. Por ejemplo, el pago individual por ciclo de quimioterapia, el pago individual por radioterapia, o el pago por ciclo de rehabilitación con terapia física.

5.2. Modalidades que transfieren riesgo primario de incidencia

Estas modalidades se diferencian de las descritas en la sección 5.1. en que el monto a transferir se estima con base en las necesidades de los diferentes componentes del servicio que surgen en una población y área geográfica predefinidas. Por esta razón, el prestador que entra en estas modalidades de pago se expone al riesgo primario de incidencia. Las modalidades que se incluyen en esta categoría son las siguientes:

1) Pago global prospectivo por consulta de especialista.

2) Pago global prospectivo por apoyos diagnósticos.

3) Pago global prospectivo por procesos de diagnóstico.

4) Pago global prospectivo por escenario de atención.

5) Pago global prospectivo por medicamentos.

6) Pago global prospectivo por otros componentes del servicio.

6. PAGOS COMPLEMENTARIOS

En un contrato bajo las modalidades de pago prospectivas descritas en las secciones 4 y 5, estas modalidades representan la mayor parte del ingreso para el prestador, por lo cual se denominan "pagos basales". Esta denominación implica que hay un pago adicional, o complementario, que representa una proporción menor para el prestador en dicho contrato.[22] . Los pagos complementarios los definimos como aquellos 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. 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 los pagos por desenlaces en salud y los PROMs, sí implican transferencia de ambos tipos de riesgo. Los pagos basados en valor se basan en estos indicadores de resultados, además de los PREMs.

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 riesgo técnico de morbilidad evitable. Una rehospitalización puede deberse

22 Cattel D, Eijkenaar F, Schut F (2020). Value-based provider payment: towards a theoretically preferred design. Health Economics, Policy and Law. 15(1):94–112.

a que el paciente no fue apoyado adecuadamente después del egreso hospitalario inicial, por lo cual 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 implican una transferencia de riesgo alta, y no inducen cambios sustanciales en su comportamiento, por lo cual se requiere que este porcentaje sea mayor, quizá entre 15% y 20%.[23] Sin embargo, en la medida que haya menos incertidumbre en las decisiones clínicas y un mayor control del prestador sobre las demás variables que impactan el resultado en salud, dicho resultado será más predecible. Si, además de esto, el resultado en salud es más observable y verificable, será más adecuado asignar una mayor parte del ingreso del prestador al pago complementario.

7. DISCUSIÓN

Con la presente taxonomía de los pagos prospectivos buscamos 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 y su regulación puedan hacerse de manera más estructurada y formal. A pesar de la forma anárquica en que han emergido estas modalidades prospectivas en Colombia, nuestra 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.

En esta taxonomía proponemos dos grandes categorías: los pagos que permiten la integración de ciclos de atención y los que no la permiten o la hacen más difícil. Estas dos categorías permiten separar las modalidades que permiten generar mayor valor en salud, pues para ello es necesario integrar el ciclo de atención de una condición médica dada. Así mismo, las modalidades que integran ciclos de atención responden muy bien a los pagos basados en valor, bien sea que estos se materialicen mediante pagos complementarios o mediante incentivos no monetarios.

Como se señaló en la introducción, para generar valor es necesario integrar el ciclo de atención de una condición médica dada y transferir riesgo al prestador. Al establecerse un pago prospectivo, los ahorros generados por la gestión de estos tipos de riesgo crean un poderoso incentivo que termina creando más valor, por el mismo o menos dinero. Sin embargo, la transferencia de riesgo y la generación de valor no siempre van de la mano. Por una parte, 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. Dada esta posibilidad de integrar el ciclo de atención, el prestador tendrá una mayor posibilidad de responder positivamente a pagos basados en valor.

En el extremo opuesto, los pagos prospectivos por tipo de servicio dificultan la generación de mayor valor por cada peso utilizado, pues perpetúan la fragmentación porque cada prestador es responsable por el servicio que presta, pero ninguno es responsable por la integración del ciclo de atención de los diferentes episodios o de las diferentes condiciones médicas. Peor aún, esta fragmentación puede exacerbar la negación de servicios médicamente necesarios, pues la imposibilidad de gestionar el riesgo técnico de utilización y de morbilidad evitable que generan otros prestadores puede llevar a un prestador dado a incurrir en la negación de servicios médicamente necesarios. Por ejemplo, si un prestador de servicios de laboratorio clínico que es pagado bajo una modalidad prospectiva enfrenta una demanda real mayor a la esperada, tratará de mantener su equilibrio financiero dilatando o negando la prestación de servicios, pues no podrá

23 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.

gestionar el riesgo técnico de utilización que se genera en otro prestador, cuyos médicos exhiben una alta frecuencia de ordenación de pruebas de laboratorio innecesarias.

Las modalidades de pago no son neutras, en cuanto generan incentivos positivos y negativos que determinan las respuestas del prestador y del pagador.[24] Según esto, las modalidades prospectivas aquí analizadas generan incentivos positivos que ya han sido mencionados en las secciones anteriores, pero también generan incentivos negativos que, lejos de resolver las consecuencias negativas del pago por servicio, generan sus propias disfuncionalidades, que terminan destruyendo valor en vez de mejorarlo. Estos incentivos negativos llevan a respuestas del prestador que están claramente identificadas en la literatura: negación de servicios, transferencia de costos a otros prestadores o al paciente mismo, y rechazo de pacientes que pudieran representar costos muy elevados de atención.

Podría argumentarse que los pagos individuales por episodio y los pagos individuales por condición médica crónica, los cuales no involucran transferencia de riesgo primario de incidencia, son la mejor opción de pagos prospectivos para estimular la generación de más valor por cada peso utilizado. Esto porque, a la vez que generan los incentivos para alinear los diferentes escenarios de atención y disciplinas del conocimiento a lo largo del ciclo de atención del episodio o de la condición médica en cuestión, no exponen al prestador a una variación en la incidencia que difícilmente puede modificar. Esta limitada capacidad de modificar el riesgo primario de incidencia se debe a que, por su naturaleza de prestador de atención médica, por lo general no tiene capacidades para modificar el riesgo primario de incidencia (por ejemplo, induciendo cambios en estilos de vida en una población amplia). Adicionalmente, cuando un prestador se expone a riesgo primario de incidencia enfrenta un bajo número de casos en comparación con el asegurador, por lo cual estará expuesto a una mayor volatilidad en la incidencia.

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 incentivar la alineación de escenarios de atención y disciplinas del conocimiento a lo largo del ciclo de atención de las condiciones médicas, facilitando así la generación de mayor valor por cada peso utilizado. Algunos autores plantean que no es adecuado exponer al prestador al riesgo primario de incidencia, pues es un riesgo que este no puede gestionar.[25] Sin embargo, también es claro que esta exposición a riesgo primario se puede reducir estableciendo mecanismos de protección frente al riesgo tales como las bandas de riesgo, los ajustes por incidencia y las exclusiones.[26]

Nuestra taxonomía no logra ser exhaustiva en cuanto que algunas categorías, a pesar de que integran el ciclo de atención de muchas condiciones médicas, esto no siempre es así. Tal es el caso de los pagos por nivel de complejidad y por especialidad. En los pagos por nivel de complejidad puede generarse fragmentación del ciclo de atención cuando el ciclo de atención de una condición médica involucra dos o tres niveles de complejidad que no son prestados por el mismo prestador.

En los pagos por especialidad, los ejemplos citados de oftalmología muestran que sí se pueden integrar ciclos de atención en función de la especialidad, pero hay otros casos en que esto no ocurre. Por ejemplo, el manejo de la uveitis cuando está asociada a enfermedades autoinmunes, claramente exige un alto nivel de interacción con otras especialidades. Si no se logra esta interacción, el pago por especialidad generaría fragmentación del ciclo de atención, por lo cual sería más indicado establecer un pago por grupo de riesgo, dentro del cual el equipo interdisciplinario que maneja la condición autoinmune refiere el paciente al oftalmólogo para evaluación y manejo, pero conserva la responsabilidad de coordinar esta referencia para que todo lo relacionado con la patología ocular quede perfectamente integrado al ciclo de atención.

---

24 Conrad D (2016) The Theory of Value- Based Payment Incentives and Their Application to Health Care. Health Services Research. 50:S2, Part II (December 2015). DOI: 10.1111/1475-6773.12408

25 Miller (2009).

26 Cattel et al (2020). Op Cit.

Las diferentes especialidades médicas varían en cuanto a qué proporción de su práctica la constituyen condiciones médicas episódicas o crónicas cuyos ciclos de atención pueden ser integrados bajo una especialidad dada. Podría argumentarse que, en el caso de la oftalmología, una alta proporción de su práctica cumple con esta característica, mientras que la cardiología, por tener que enfrentar más comorbilidades sistémicas y complicaciones sistémicas de la enfermedad cardíaca, difícilmente agota el ciclo de atención de una condición médica discreta y, menos aún, de una crónica. En otras especialidades puede haber un conjunto de condiciones médicas que requieren la especialidad índice y el apoyo ocasional de unas pocas especialidades que pueden ser fácilmente coordinadas por la especialidad índice, pero en las que es factible integrar el ciclo de atención. Pero en esas mismas especialidades habrá otras condiciones médicas en las que sea muy difícil integrar otros especialistas, y en estos casos el pago por especialidad resultará fragmentando el ciclo de atención.

Los pagos por episodio y por grupo de riesgo, aunque la mayoría de las veces pueden integrar exitosamente el ciclo de atención de condiciones médicas discretas o crónicas, enfrentan el reto de las comorbilidades y complicaciones agudas o crónicas que no están estrechamente ligadas a la condición médica de base. Esto genera nuevos problemas de fragmentación, pero ya no por componentes del servicio sino por condición médica. Un caso extremo para ilustrar este reto es el de un paciente con hemofilia y con VIH, dos condiciones médicas crónicas suficientemente complejas que justifican programas especializados, pero que cuando ocurren en un mismo paciente se evidencia que ninguno de los dos programas tiene las competencias para manejar ambas condiciones de manera óptima.

Una forma de reducir las limitaciones de las diversas modalidades prospectivas, y a la vez proteger al prestador de una exposición excesiva a riesgo, consiste en mezclar diferentes modalidades en un mismo prestador. Por ejemplo, para la gestión integral del cáncer se pueden contratar los procesos de confirmación y de estadiaje bajo la modalidad de pago individual por procesos diagnósticos, y una vez definido el tratamiento se establece un pago individual por condición médica, ajustado por severidad, o incluso pagos individuales separados para la terapia farmacológica, la radioterapia y los procedimientos quirúrgicos. Por su parte, las intervenciones o los medicamentos de baja frecuencia y alto costo que requiera el paciente se pueden excluir y ser pagadas bajo la modalidad de pago por servicio. Esta mezcla de modalidades de pago en un mismo prestador, que en la literatura se denominan "blended payments"[27] permite integrar el ciclo de atención a pesar de que algunas de ellas estén clasificadas en la categoría de las que no permiten integrar el ciclo de atención.

La aplicación de nuestra taxonomía a la modalidad de pago por GRD, permite visualizar que esta no necesariamente corresponde a la categoría de pago por episodio, aunque así sea presentada en muchos textos sobre mecanismos de pago. En su concepción general como mecanismo de pago para los servicios hospitalarios,[28] podría decirse que es un pago individual por escenario de atención, con un sofisticado mecanismo de ajuste de riesgo que reduce la exposición del prestador al riesgo primario de severidad, pero que no necesariamente integra el ciclo de atención de la condición médica de base. Por ejemplo, el pago por GRD de un episodio de exacerbación de EPOC, está claramente limitado a la atención de un episodio agudo en el hospital, pero no está integrado al resto del ciclo de esta condición médica crónica. Otro ejemplo es el pago por atención del episodio coronario agudo el cual no incluye la rehabilitación cardíaca ni los re-infartos en un período de 3 a 6 meses.

Pero en algunos casos el ciclo de atención de una condición médica se alcanza a cubrir integralmente en la atención hospitalaria, como es el caso de algunos procedimientos quirúrgicos electivos o urgentes; en estos casos, el pago por los correspondientes GRDs equivaldría a un pago por episodio. Por ejemplo, un episodio de apendicitis o una reparación de hernia inguinal, tienen un ciclo de atención que se puede clasificar en un GRD y dicho ciclo es cubierto completamente por las diferentes áreas del hospital.

27 OECD (2016). Op Cit.

28 Busse R, Geissler A, Quentin W, Wiley M. (2011). Diagnosis-Related Groups in Europe: Moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals. European Observatory of Health Systems and Policies.

Es pertinente aplicar nuestra taxonomía a una modalidad de pago en la que 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. Aunque en Colombia esta modalidad suele denominarse pago global prospectivo, nuestra taxonomía permite evidenciar 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 un número de prestaciones durante un período de tiempo.

Una variante de esta modalidad de pago por servicio anticipado consiste en que el asegurador establece una suma fija de dinero para la atención de una población dada o de un grupo de riesgo, pero define el número de actividades que se deben realizar por cada paciente. 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.

Este tipo de contrato le limita al prestador su capacidad de ajustar el consumo de recursos a la severidad de cada individuo para reducir el riesgo técnico de morbilidad evitable, lo cual contrasta con el hecho de que el pagador expone al prestador al riesgo técnico de morbilidad evitable cuando lo castiga por los episodios agudos evitables o cuando el asegurador establece un pago complementario por resultados en salud. Si el pagador busca que el prestador genere valor, debe darle la flexibilidad para optimizar la intensidad de uso de recursos de acuerdo a la necesidad 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 las necesidades individuales de cada paciente.

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.

PROESA

Universidad Icesi | FUNDACIÓN VALLE DEL LILI
Excelencia en Salud al servicio de la comunidad

Cali – Colombia
Universidad Icesi
Calle 18 No. 122-135 (Pance), Edificio B - Piso 2.
Teléfono: +60 (2) 5552334 Ext: 8074
E-mail: contacto@proesa.org.co

www.icesi.edu.co/proesa