



Organización
Internacional
del Trabajo

► **Recomendaciones
de política aplicada
al sistema de
pago en salud
para mejorar la
sostenibilidad
y el acceso de
la población en
Ecuador**

► **OIT Países Andinos**

ECUADOR 

► **Recomendaciones de política aplicada al sistema de pago en salud para mejorar la sostenibilidad y el acceso de la población en Ecuador**

Copyright © Organización Internacional del Trabajo 2022
Primera edición: abril 2022

Las publicaciones de la Oficina Internacional del Trabajo gozan de la protección de los derechos de propiedad intelectual en virtud del protocolo 2 anexo a la Convención Universal sobre Derecho de Autor. No obstante, ciertos extractos breves de estas publicaciones pueden reproducirse sin autorización, con la condición de que se mencione la fuente. Para obtener los derechos de reproducción o de traducción, deben formularse las correspondientes solicitudes a Publicaciones de la OIT (Derechos de autor y licencias), Oficina Internacional del Trabajo, CH-1211 Ginebra 22, Suiza, o por correo electrónico a rights@ilo.org, solicitudes que serán bien acogidas.

Las bibliotecas, instituciones y otros usuarios registrados ante una organización de derechos de reproducción pueden hacer copias de acuerdo con las licencias que se les hayan expedido con ese fin. En www.ifrro.org puede encontrar la organización de derechos de reproducción de su país.

Recomendaciones de política aplicada al sistema de pago en salud para mejorar la sostenibilidad y el acceso de la población en Ecuador.

Language: Spanish

Ecuador: OIT /Oficina de la OIT para los Países Andinos, 2022

ISBN: 9789220370360 (Impreso)

ISBN: 9789220370377 (PDF Web)

Las denominaciones empleadas, en concordancia con la práctica seguida en las Naciones Unidas, y la forma en que aparecen presentados los datos en las publicaciones de la OIT no implican juicio alguno por parte de la Oficina Internacional del Trabajo sobre la condición jurídica de ninguno de los países, zonas o territorios citados o de sus autoridades, ni respecto de la delimitación de sus fronteras.

La responsabilidad de las opiniones expresadas en los artículos, estudios y otras colaboraciones firmados incumbe exclusivamente a sus autores, y su publicación no significa que la OIT las sancione.

Las referencias a firmas o a procesos o productos comerciales no implican aprobación alguna por la Oficina Internacional del Trabajo, y el hecho de que no se mencionen firmas o procesos o productos comerciales no implica desaprobación alguna.

Para más información sobre las publicaciones y los productos digitales de la OIT, visite nuestro sitio web: ilo.org/publns.

Impreso en Ecuador

Advertencia

El uso de un lenguaje que no discrimine ni marque diferencias entre hombres y mujeres es una de las preocupaciones de nuestra Organización. Sin embargo, no hay acuerdo entre los lingüistas sobre la manera de hacerlo en nuestro idioma.

En tal sentido, y con el fin de evitar la sobrecarga gráfica que supondría utilizar en español o/a para marcar la existencia de ambos sexos, hemos optado por emplear el masculino genérico clásico, en el entendido de que todas las menciones en tal género representan siempre a hombres y mujeres.

Este documento ha sido elaborado en el marco del Proyecto para promover el acceso universal a la atención médica que la Oficina de la OIT para los Países Andinos lleva a cabo en Ecuador. El presente estudio fue desarrollado con la colaboración de Ana Lorena Prieto Toledo y Vilma Aurora Montañez Ginocchio, consultoras externas de la organización. Además, contó con aportes de Ana Cristina Mena, Coordinadora de Proyecto y Pablo Casalí, especialista en Protección Social, ambos de la Oficina de la OIT para los países Andinos.

▶ Índice

▶ Lista de figuras	9
▶ Lista de tablas	10
▶ Acrónimos	11
▶ 1. Introducción	12
▶ 2. Metodología	14
▶ 3. Marco conceptual	15
3.1. Sistemas de pago	16
▶ 4. Experiencia internacional relevante en MPP	24
4.1. Experiencias internacionales de los sistemas de salud en el financiamiento	24
4.1.1. Australia	25
4.1.2. Reino Unido	27
4.1.3. Chile	29
4.1.4. Colombia	32
4.2. Mecanismos de pago para el primer nivel de atención	34
4.3. Experiencias de mecanismos de pago en hospitales	36
4.3.1. Pago per cápita	36
4.3.2. Pago por desempeño (P4P)	37
4.3.3. Grupos Relacionados de Diagnóstico	39
4.4. Adscripción	41
4.4.1. Perú	41
4.4.2. Brasil	42
▶ 5. Resumen de los MPPs en el sistema público de Ecuador	43
5.1. Contexto general: sistema de salud en Ecuador	43
5.2. Pagos dentro de cada subsistema	49
5.2.1. Subsistema público del Ministerio de Salud Pública	50
5.2.2. Subsistema del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social	50
5.2.3. Subsistema de las Fuerzas Armadas	50
5.2.4. Subsistema de la Policía Nacional	51

5.3. Pagos entre subsistemas	51
5.4. Diagnóstico del desempeño de los sistemas de pagos actuales	52
5.5. Adscripción en el sistema de salud de Ecuador	52
► 6. Recomendaciones	54
6.1. Sistema de pago para el primer nivel de atención	56
6.2. Sistema de pago para el nivel hospitalario de atención	57
6.3. Adscripción al primer nivel de atención	56
► Bibliografía	59
► Anexos	65
Anexo 1: Tipos fundamentales de sistemas de pago	64
Anexo 2: Cálculo del pago per cápita para hospitales distritales (con población adscrita) de Vietnam	65
Anexo 3: Cálculo del gasto per cápita por subsistema	66

► Lista de figuras

► Figura 1	Líneas estratégicas de la Salud Universal
► Figura 2	Metas y objetivos intermedios de la CUS influenciados por las políticas de financiamiento
► Figura 3	Tipos genéricos de organización de sistemas de salud
► Figura 4	Financiamiento de la red pública en Australia
► Figura 5	Financiamiento de la red pública en el Reino Unido
► Figura 6	Financiamiento de la red pública en Chile
► Figura 7	Financiamiento de la red pública en Colombia
► Figura 8	Financiamiento del Sistema Nacional de Salud de Ecuador
► Figura 9	Gasto en salud y esperanza de vida al nacer, 2019
► Figura 10	Gasto en salud y esperanza de vida al nacer de Ecuador, 2000-2019
► Figura 11	Gasto público y gasto de bolsillo en salud en países seleccionados de América Latina, 2019
► Figura 12	Evolución del gasto público y gasto de bolsillo en salud en Ecuador, 2000-2019
► Figura 13	Gasto estimado en prestaciones de salud por beneficiario de los subsistemas públicos, 2013-2021
► Figura 14	Distribución del gasto en prestaciones de salud del MSP, por nivel de atención, 2017-2021
► Figura 15	Distribución del gasto en prestaciones de salud del ISSFA, por tipo de prestación, 2013-2021

► Lista de tablas

► Tabla 1	Principales mecanismos de pago a prestadores, sus incentivos y efectos esperados
► Tabla 2	Mecanismos de pago por riesgo financiero y momento de pago
► Tabla 3	Ventajas y desventajas potenciales de los mecanismos de pago a prestadores
► Tabla 4	Requerimientos para la implementación de los principales mecanismos de pago a prestadores
► Tabla 5	Mecanismo de pago a prestadores por niveles en países de la OCDE
► Tabla 6	Principales mecanismos de pago a prestadores para la integración
► Tabla 7	Australia: gasto en salud por tipo como porcentaje del gasto corriente en salud
► Tabla 8	Reino Unido: gasto en salud por tipo como porcentaje del gasto corriente en salud
► Tabla 9	Chile: gasto en salud por tipo como porcentaje del gasto corriente en salud
► Tabla 10	Colombia: gasto en salud por tipo como porcentaje del gasto corriente en salud
► Tabla 11	Experiencias de países y características de los esquemas de capitación en atención primaria
► Tabla 12	Estados Unidos: características distintivas clave de las estructuras P4P más comunes
► Tabla 13	Estonia: GRDs y sistemas de información
► Tabla 14	MSP: funciones, niveles de gestión, proveedores y administración financiera
► Tabla 15	Reconocimiento económico al sistema privado complementario y dentro del RPIS
► Tabla Anexo 3.1.	Gasto en prestaciones de salud, beneficiarios y gasto per cápita del MSP
► Tabla Anexo 3.2.	Gasto en prestaciones de salud, beneficiarios y gasto per cápita del subsistema del IESS
► Tabla Anexo 3.3.	Gasto en prestaciones de salud, beneficiarios y gasto per cápita del subsistema de FFAA
► Tabla Anexo 3.4.	Gasto en prestaciones de salud, beneficiarios y gasto per cápita del subsistema de la Policía Nacional

► Acrónimos

CUS	Cobertura Universal de Salud
GRD	Grupo relacionado de diagnóstico
IESS	Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social
ISSFA	Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas
ISSPOL	Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional
MEF	Ministerio de Economía y Finanzas
MPP	Mecanismo de Pago a Prestadores
MSP	Ministerio de Salud Pública
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico
OIT	Organización Internacional del Trabajo
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONGs	Organismos no gubernamentales
OPS	Organización Panamericana de la Salud
P4P	Pago por desempeño
RPIS	Red Pública Integral de Salud

► 1. Introducción

La Organización Internacional del Trabajo (OIT) es una de las 15 agencias especializadas de las Naciones Unidas que tiene por mandato impulsar la justicia social y promover el trabajo decente. La OIT tiene cuatro objetivos estratégicos: promover y cumplir las normas, principios y derechos fundamentales en el trabajo; crear mayores oportunidades para que mujeres y hombres puedan tener empleos e ingresos dignos; mejorar la cobertura y eficacia de una seguridad social para todos; y fortalecer el tripartismo y el diálogo social.

En cumplimiento de sus objetivos de una seguridad social para todos, la OIT ha destinado recursos para financiar un proyecto que promueva el acceso universal a la atención médica, a través de la mejora en la articulación del Sistema Nacional de Salud ecuatoriano. Con la participación de actores clave del sistema, se planteó el objetivo de establecer mecanismos que faciliten la coordinación, legitimidad y articulación de las instituciones que conforman la Red Pública Integral de Salud (RPIS), con la finalidad de mejorar el acceso a este derecho.

El proyecto se compone de tres ejes: i) mejoramiento del mecanismo de reconocimiento económico de prestaciones de salud en el nivel hospitalario; ii) mejoramiento de los mecanismos de pago y reconocimiento económico de prestaciones de salud en el primer nivel de atención; y iii) construcción de un proceso de adscripción territorial para identificación y registro de la población en el primer nivel de atención.

El diagnóstico del modelo de reconocimiento económico que se realizó en el marco del proyecto develó algunas oportunidades de mejora al modelo actual y también para promover cambios de fondo al mecanismo de pago en las instituciones públicas de salud. En ese contexto, se planteó la necesidad de documentar recomendaciones de política para los mecanismos de pago en salud, a fin de mejorar la sostenibilidad del sistema y el acceso de la población a la atención médica.

Varios países de la región han buscado desarrollar mecanismos adecuados para la asignación de recursos del sistema de salud que incorporen incentivos adecuados hacia los objetivos sanitarios. Los sistemas de presupuestos históricos no reflejan los costos reales de las prestaciones y, en la medida que no se cambien, persisten sus debilidades en el tiempo. Esto implica la necesidad de cambiar el sistema de pagos de un sistema de presupuestos históricos a sistemas más dinámicos.

En algunos casos, los esfuerzos se han realizado parcialmente. Esto no ha incluido todo el presupuesto, sino a una parte. Estas iniciativas han sido complejas de implementar y no todas han tenido el resultado deseado.

Desde un punto de vista regional de la salud, los países de las Américas se han comprometido con la estrategia para lograr el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud (CUS), conocida como la estrategia de salud universal (OPS/OMS 2014), en línea con los objetivos de la OIT. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) desarrolló la estrategia con el objetivo de “lograr que todas las personas y las comunidades tengan acceso a los servicios de salud integrales que necesitan” (OMS 2021). La estrategia cuenta con cuatro líneas (Figura 1): i) ampliar el acceso equitativo a servicios de salud integrales, de calidad, centrados en las personas y las comunidades; ii) fortalecer la rectoría y la gobernanza; iii) aumentar y mejorar el financiamiento, con equidad y eficiencia, y avanzar hacia la eliminación del pago directo que se convierte en barrera para el acceso en el momento de la prestación de servicios; y iv) fortalecer la coordinación multisectorial para abordar los determinantes sociales de la salud que garanticen la sostenibilidad de la cobertura universal.

►Figura 1. Líneas estratégicas de la Salud Universal



Fuente: OMS (2021).

Este informe se centra en los tres ejes de intervención de OIT en Ecuador, en materia de protección social en salud, que comprende la tercera línea estratégica de la OPS referente al financiamiento. En particular, se busca desarrollar las herramientas relacionadas a la necesidad de mejorar y fortalecer la eficiencia del financiamiento y la organización del sistema de salud.

► 2. Metodología

La metodología general del análisis realiza una revisión bibliográfica conceptual y de experiencias internacionales, y de evaluación en base a información secundaria del sistema de financiamiento de la salud en el sector público en Ecuador. Esta metodología se divide en cuatro secciones que se desarrollan a continuación.

La primera sección hace una revisión básica y resumida de los sistemas de pagos y de la gama de mecanismos de pagos a prestadores (MPPs) desarrollados conceptualmente. Para elaborar esta sección se realizó una revisión de la literatura sobre los MPPs. Se incluyen los siguientes MPPs: presupuesto global, presupuesto por insumos, pago per cápita (ajustado y no ajustado por riesgo), pago por caso (grupos relacionados de diagnóstico (GRDs), pago por acto (*fee-for-service*), pago por salario, pago por día de estada, y pago por desempeño. Esto incluye una definición de lo que se denomina “sistema de pago” y los diferentes tipos existentes, seguido de la definición conceptual de los diferentes mecanismos de pago a prestadores. Las definiciones incluyen el tipo de mecanismo, qué cubren, cómo se paga, los incentivos del mecanismo y el resultado esperado. Estos MPPs se comparan a fin de establecer los factores clave para su implementación. Este resumen es la base del marco conceptual general del trabajo y clave para establecer un lenguaje común claro para la discusión.

En la segunda sección se desarrollan algunos ejemplos internacionales de MPPs implementados para el primer nivel de atención y para el nivel hospitalario. Al igual que en la sección anterior, se realiza una revisión de la literatura sobre la experiencia de países en la implementación de una selección de los MPPs. Los ejemplos incluyen el desarrollo de los factores clave para la implementación (por ejemplo, sistemas de información necesarios), los retos durante la implementación y los resultados logrados (positivos o negativos). La adscripción se desarrolla en el análisis de cada ejemplo, destacando su función dentro del ejemplo desarrollado y también como un tema aparte.

La tercera sección se concentra en el desarrollo de la situación actual de los pagos en el sistema público de salud de Ecuador. Para ello, también se realizó una revisión de la literatura sobre el sistema de pago en la RPIS en Ecuador y su funcionamiento. Esta revisión se complementó con entrevistas a personas clave para poder entender los sistemas existentes. Estas entrevistas fueron semiestructuradas e incluyen solicitudes de informes pertinentes para el estudio. Algunas de las características que se desarrollan incluyen: cómo funcionan los subsistemas en la prestación de servicios (cómo funcionan sus redes), cómo se pagan los servicios de los prestadores dentro de un mismo subsistema, cómo se paga a prestadores entre subsistemas. Para lograr una base clara de la situación de pagos en dicho sistema, primero se describe el contexto general del sistema de salud de Ecuador que incluye los subsistemas de pago (fondos), sus prestadores y los usuarios. Aquí se desarrolla la descripción y análisis de los sistemas de pago a prestadores existentes dentro de los subsistemas públicos y entre los subsistemas. Finalmente se realizó un diagnóstico general del sistema con la información disponible del desempeño de los subsectores del sistema público de salud de Ecuador.

La cuarta sección plantea las recomendaciones en mecanismos de pago para el primer nivel de atención y para el nivel hospitalario y también el rol la adscripción al primer nivel de atención. Las recomendaciones se basan en el marco conceptual y el sistema actual para poder plantear una ruta crítica para los mecanismos propuestos.

► 3. Marco conceptual

En el mercado de prestaciones de salud existen retos claramente establecidos por la literatura internacional. Las asimetrías de información¹ entre los prestadores y los pagadores de servicios de salud distorsionan los resultados alejándose de lo socialmente óptimo. El sistema tradicional de “precios”, que en un mercado bien comportado representa el costo marginal del servicio, logra un resultado eficiente en el mercado. Esto no ocurre con los mercados de servicios de salud. Frente a estos retos y a la necesidad de contar con instrumentos que generen un adecuado relacionamiento entre múltiples actores e incentivos a la calidad, la eficiencia y la utilización de los servicios se han desarrollado diferentes mecanismos de pago a los prestadores (MPPs) de servicios de salud.

El marco conceptual general de este análisis es el sistema de financiamiento del sector de la salud. Esta sección desarrolla un resumen de los principales conceptos utilizados en este informe para lograr establecer un lenguaje común.

Desde un abordaje amplio, un sistema de salud se define como “todas las organizaciones, instituciones y recursos que producen acciones cuyo propósito principal es mejorar la salud” (OMS 2000).

Los sistemas de salud tienen un sistema de financiamiento que cuenta con tres funciones: i) recaudación de ingresos (fuentes de recursos, incluidos los presupuestos públicos, planes de seguros prepagos obligatorios o voluntarios, pagos directos de bolsillo de los usuarios y ayuda externa); ii) mancomunación de fondos (acumulación de fondos prepagos en nombre de una parte o de la totalidad de la población); y iii) compra de servicios (pago o asignación de recursos a los proveedores de servicios de salud).

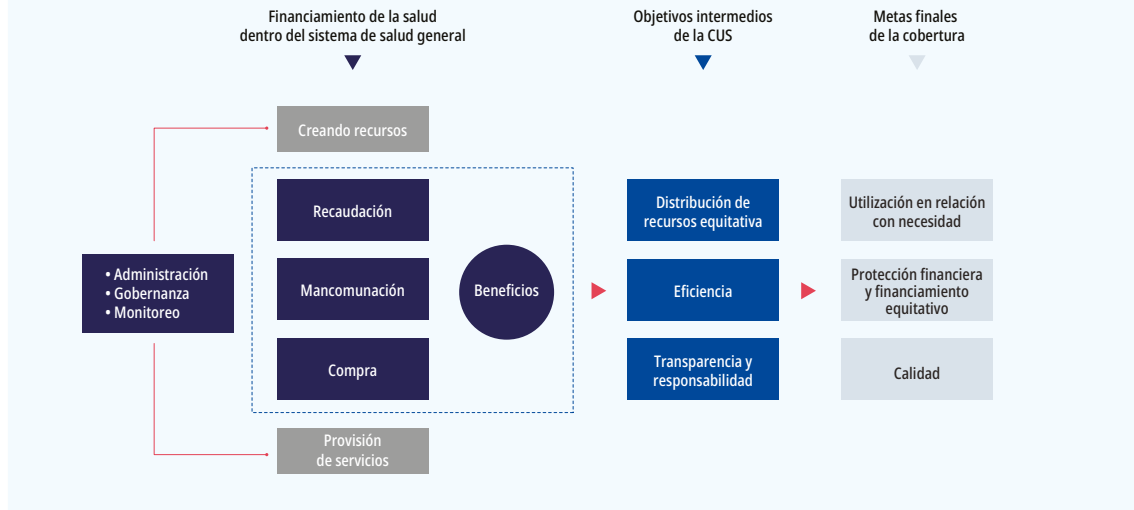
La función de recaudación se refiere a obtener recursos financieros para la salud.² La función de mancomunación supone una redistribución del riesgo financiero entre la población cuyo financiamiento de la salud proviene de un mismo fondo. Esto implica subsidios cruzados de personas sanas a personas enfermas, personas de altos ingresos a personas de bajos ingresos y también de personas jóvenes para personas mayores. Finalmente, la función de compra se refiere a cómo asignar los fondos a los servicios de salud a fin de que estos entreguen los servicios de salud necesarios a la población.

La Figura 2 muestra cómo el financiamiento de la salud se asocia a las metas finales de la CUS a través de objetivos intermedios. El sistema de financiamiento, con sus tres funciones, debe traducirse en los objetivos intermedios de una distribución más equitativa de los recursos, el uso eficiente de los recursos con transparencia y la rendición de cuentas de los responsables. Estos objetivos intermedios deben estar alineados para lograr las metas finales. Las metas finales son: *a)* que el uso de los servicios de salud responda o refleje las necesidades de salud; *b)* que el uso de recursos no genere empobrecimiento, o que no existan barreras financieras, i.e., que exista un sistema de protección financiera para los hogares y que el financiamiento sea equitativo; y *c)* que los servicios de salud sean de calidad.

1. La asimetría de información en el sector salud se refiere a que los prestadores tienen información diferente a los pagadores o que las personas tienen información diferente a la del asegurador.

2. Una de las ramas de estudio de recaudación son los estudios de espacio fiscal para la salud.

► **Figura 2. Metas y objetivos intermedios de la CUS influenciados por las políticas de financiamiento**



Fuente: Elaboración propia en base a la traducción de Kutzin, Witter, Jowett *et al.* (2017).

3.1. Sistemas de pago

Los sistemas de pago deben estar alineados a los objetivos del sistema de salud. En la medida que los sistemas de salud muestren ineficiencias e inequidades, estas pueden ser abordadas en parte por los sistemas de pago. Sin embargo, las políticas de financiamiento y los sistemas de pago no lograrán por sí solos mejorar la eficiencia y la equidad del sistema, se requieren de otras políticas que fortalezcan la atención primaria, las redes integradas de salud, la rectoría, el monitoreo, etc. En suma, el reto es diseñar un sistema de pago que apoye a las instituciones de salud para lograr los objetivos sanitarios, lo que implica a su vez desarrollar las capacidades institucionales para su implementación.

Los sistemas de pago están asociados a la función de compra de servicios de salud. Estos sistemas establecen las reglas de cómo se va a comprar, a quién se le va a comprar, qué se va a comprar y bajo qué condiciones.

La función de compra de servicios de salud tiene dos actores clave: el agente financiador y el agente o unidad de compras (adquisiciones). El **agente financiador** es básicamente la fuente de ingresos para la unidad de compras. La **unidad de compras** es la responsable de asignar los recursos financieros a los proveedores (prestadores) para pagar por los servicios de salud. De esta manera la unidad de compras debe tomar decisiones explícitas o implícitas sobre cómo asignar los recursos y las condiciones que estarían relacionadas a dichas compras (Mathauer y Dkhimi 2019). Un ministerio de salud puede tener más de una unidad de compra. Una unidad de compra también puede ser un agente financiador, por ejemplo, cuando existe un asegurador público que recibe fondos directamente recaudados (por ejemplo, a través de contribuciones de sus asegurados) para luego comprar los servicios de su asegurado (Mathauer y Dkhimi 2019).

Los sistemas de compra han evolucionado en el tiempo. Anteriormente la compra de servicios era un sistema pasivo. Generalmente, estos sistemas pasivos se caracterizan por asignar los recursos en base a normas (por ejemplo, número de camas). Otra característica es que la selección de prestadores es limitada o nula y el monitoreo de la calidad de los servicios también es limitado. Finalmente, suelen ser “tomadores de precios y calidad” porque no tienen impacto ni en el precio ni en la calidad.

Más recientemente se ha desarrollado el concepto de compra estratégica de servicios en base a una lógica dinámica. En contraposición a la compra pasiva, la compra estratégica genera incentivos para mejorar la eficiencia y calidad de servicios, puede seleccionar los prestadores y, de esta forma, influir en el precio y la calidad de los servicios. La compra estratégica implica conectar la asignación de fondos a los prestadores con información del desempeño del prestador y/o de las necesidades de la población que atiende (OMS 2010). La compra estratégica implica el uso constante de las funciones y herramientas disponibles para la unidad de compras con el fin de lograr sus objetivos y contribuir a los objetivos del sistema de salud (WHO 2019).

Según Cashin, Ankhbayar, Phuong *et al.* (2015), las decisiones clave para la compra estratégica son: i) Cobertura (poblacional): ¿para qué población comprar bienes, servicios y prestaciones?; ii) paquete de beneficios (cobertura de servicios), qué bienes, servicios y prestaciones de salud se deben comprar (y cuáles se excluyen), así como cuál es el copago que le corresponde a las personas cubiertas; iii) contratación, o sea, a quiénes comprar, qué bienes, servicios y prestaciones de salud y a qué precios; iv) pago a prestadores, es decir cómo y cuánto pagarle a los prestadores de servicios de salud; y v) calidad, sobre todo pensando en cómo asegurar que los servicios de salud comprados sean de buena calidad.

Estas decisiones, en un sistema de compra estratégica de servicios de salud son dinámicas en la medida que se revisan según las necesidades de las poblaciones.

El sistema de pago a prestadores define cómo y cuánto pagar a los prestadores, y es parte clave de las decisiones del agente de compra en el sistema de salud. En general, se considera que un sistema de pagos debe: combinar mecanismos de pago; incentivar la integración sanitaria (redes integradas); administrar el riesgo financiero equitativamente; gestionar equitativamente a los proveedores; fomentar las decisiones clínicas adecuadas; garantizar la viabilidad y sostenibilidad del proveedor; permitir predicción presupuestaria al financiador; y simplificar la carga administrativa.

Mecanismos de pago a prestadores

Los MPPs se definen especificando, entre otras cosas, a qué prestador se le va a comprar, qué servicio o prestación se va a comprar y por qué monto. Cada MPP genera incentivos específicos para el prestador que podrían generar cambios en el comportamiento de ese prestador. Los sistemas de pagos normalmente utilizan un conjunto de mecanismos de pago para lograr los objetivos del sistema, como aumentar el acceso a servicios prioritarios, mejorar el uso de recursos y mejorar la calidad, entre otros.

Los principales mecanismos de pago a prestadores incluyen, entre otros, pago per cápita, pago por caso (por ejemplo, grupo relacionado de diagnóstico³), pago por acto, presupuesto global, presupuesto por insumos y pago por día de estada. La Tabla 1 muestra una selección de los principales mecanismos de pago a prestadores, su definición (incluyendo la unidad de pago), los incentivos y efectos esperados y mecanismos o acciones que deben contrarrestar los efectos adversos de los MPPs. La unidad de servicio se refiere a qué comprende el MPP, desde el tipo de prestador hasta un servicio de salud específico o una prestación de salud específica. Como cualquier forma de pago, los MPPs incluyen también efectos o incentivos no deseables o adversos. Se incluye en la tabla acciones que se pueden incluir para reducir los efectos adversos de cada MPP.

3. Los grupos relacionados de diagnósticos (GRDs) se basan en un mecanismo de pago por grupos de servicios, por tipo de caso y por nivel de uso de recursos.

► **Tabla 1. Principales mecanismos de pago a prestadores, sus incentivos y efectos esperados**

Mecanismo	Definición	Efectos esperados	Acciones contra efectos adversos
Presupuesto global	Pago de monto fijo durante un período específico para cubrir los gastos agregados que proporcionen un conjunto de servicios acordado. El presupuesto se puede gastar de forma flexible y no está vinculado a partidas individuales Unidad de servicio: Prestador (hospital, centro de salud, puesto de salud, etc.)	<ul style="list-style-type: none"> • Reducir la incertidumbre de los recursos financieros disponibles, aunque con un aumento del riesgo financiero del prestador para poder cubrir la demanda. • Aumentar el control de costos (vía combinación y cantidad de insumos utilizados) • Disminuir costos administrativos • Disminuir la relación con objetivos sanitarios (si no considera la demanda potencial) • Aumentar la persistencia de ineficiencia (si se actualiza en base a ejecución) 	<ul style="list-style-type: none"> • Establecer metas • Monitorear el desempeño • Identificar indicadores clave de seguimiento • Realizar control de calidad
Presupuesto por insumos	Pago de monto fijo durante un período específico para cubrir gastos de insumos específicos (por ejemplo, personal, medicamentos, servicios públicos). El presupuesto no es flexible y los gastos deben seguir las partidas (insumos). Unidad de servicio: Categorías presupuestales	<ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar servicios insuficientes • Aumentar las referencias de pacientes a otros proveedores • Gastar todos los fondos restantes al final del año presupuestario para asegurar una adecuada ejecución presupuestaria y posterior asignación • No incentivar la eficiencia • Limitar las decisiones 	<ul style="list-style-type: none"> • Establecer metas • Monitorear el desempeño • Identificar indicadores clave de seguimiento • Realizar control de calidad
Pago per cápita	Pago de un monto fijo por adelantado para proporcionar un paquete de servicios para cada individuo inscrito durante un período de tiempo fijo Unidad de servicio: Por persona para un paquete de servicios específicos (el prestador gestiona el fondo)	<ul style="list-style-type: none"> • Aumentar la afiliación • Mejorar la combinación de servicios (aumentar la promoción y prevención) • Mejorar la eficiencia técnica (combinación de insumos) • Subutilizar servicios • Aumentar las referencias de pacientes a otros proveedores para disminuir los costos de operación • Aumentar la integración de servicios 	<ul style="list-style-type: none"> • Controlar la calidad • Fomentar la competencia • Controlar las referencias
Pago por caso	Pago de un monto fijo por admisión o alta en función del paciente y características clínicas, que pueden incluir departamento de admisión, diagnóstico y otros factores. Unidad de servicio: Por caso o episodio	<ul style="list-style-type: none"> • Aumentar las admisiones • Reducir los insumos por caso • Desagregar servicios • Reducir la duración de las estancias hospitalarias • Derivar parte de los servicios • Seleccionar casos con costos menores al monto definido para el pago por caso • Rechazar casos con costos sobre el pago (complicados) 	<ul style="list-style-type: none"> • Controlar la selección de casos • Controlar la calidad
Pago por caso (Grupos Relacionados de Diagnóstico)	Pago de un monto fijo según el diagnóstico paciente y agrupación de los servicios realizados durante un episodio. Unidad de servicio: Por diagnóstico	<ul style="list-style-type: none"> • Aumentar las admisiones de GRDs que pagan más • Reducir los insumos por caso • Reducir la duración de las estancias hospitalarias • Seleccionar casos con costos bajo el pago • Rechazar casos con costos sobre el pago (complicados) 	<ul style="list-style-type: none"> • Establecer una contabilidad uniforme para determinar costos • Implementar historias clínicas • Valorar los altos costo de implementación
Pago por acto	Pago por cada servicio individual prestado. Las tarifas se fijan por adelantado para cada servicio o paquete de servicios Unidad de servicio: Por servicio o prestación	<ul style="list-style-type: none"> • Sobreutilización de servicios • Reducir insumos por servicio • Reducir prevención • Aumentar el uso de alta tecnología y calidad • Riesgo moral del proveedor • Barrera al acceso* • Sobreutilización de prestaciones 	<ul style="list-style-type: none"> • Controlar la sobreprovisión • Controlar la calidad

Mecanismo	Definición	Efectos esperados	Acciones contra efectos adversos
Pago por salario	Se paga el tiempo de trabajo Unidad de servicio: Por trabajador y horario de trabajo	<ul style="list-style-type: none"> • Minimizar el esfuerzo en el trabajo • Aumentar la importancia del ascenso y promoción • Aumentar la contratación • Aumentar la cooperación entre médicos • Aumentar el rol del trabajador 	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorear la productividad
Pago por día	Generalmente para prestadores con camas, pago de monto fijo por día por cada paciente ingresado. El monto puede variar según el departamento, el paciente, las características clínicas u otros factores Unidad de servicio: Por día estada	<ul style="list-style-type: none"> • Aumentar la duración media de la estancia • Reducir la estancia y aumentar los ingresos (si es pago por ingreso) • Mínimo costo de las estancias. • Ingresos innecesarios. • No se hace cirugía ambulatoria. • Hospitalización innecesaria. 	<ul style="list-style-type: none"> • Controlar la calidad • Controlar la sobreutilización
Pago por desempeño	Varía según diseño. Sin embargo, se basan en indicadores intermedios que pueden ser estructurales, de costo-eficiencia, procesos clínicos, resultados con el paciente o intermedios, o experiencia del paciente. Los pagos pueden ser premios tipo diferenciales de tasas o el pago de un bono. También pueden ser penalidades como retención de pago o devolución a los pagadores Unidad de servicio: varía según diseño, puede ser el prestador, grupos, administradores, o administración.	Depende del diseño, pero en general se busca: <ul style="list-style-type: none"> • Aumentar la eficiencia • Aumentar la calidad de los servicios o prestaciones 	<ul style="list-style-type: none"> • Varía con el diseño.

Nota: * Cuando el pago por acto lo realiza el hogar. Ver Anexo 1.
Fuente: elaboración propia sobre la base a Cruces (2006).

Los MPPs van desde lo más agregado en términos de servicios de salud, que serían los presupuestos, hasta lo más desagregado, que sería el pago por acto (*fee-for-service*, en inglés). Los intermedios implican diferentes tipos de agrupaciones. Cada MPP tiene su ventaja y su desventaja. Sin embargo, no siempre se aplican como se plantea en su definición conceptual. Por ejemplo, el pago per cápita debería ser calculado en base a una cartera o paquete de servicios bien definida (normalmente con protocolos o guías clínicas claras), cuyos costos reales son conocidos y se tiene información sobre las incidencia y prevalencia de los problemas de salud que se resuelven. Normalmente, sin embargo, los costos reales no se conocen y se utilizan estimaciones. O se pagan a prestadores que no pueden entregar todo el paquete de beneficios. Porque un supuesto clave es que el pago per cápita va a un prestador que puede entregar toda la cartera. Más adelante se discuten los requerimientos básicos para la implementación de los MPPs.

Estos MPPs se pueden clasificar en base a quién asume el riesgo financiero (financiador o prestador) y el momento o tipo de pago (prospectivo y retrospectivo). La Tabla 2 presenta esta clasificación de los MPPs. La combinación de MPPs prospectivos y retrospectivos⁴ se está implementando cada vez más en diferentes sistemas de salud en el mundo. En general, los pagos prospectivos reconocen la planificación en salud y los costos fijos, es decir, “se paga por lo que se es”. En cambio, los pagos retrospectivos reconocen o incentivan los resultados o producción, es decir, “se paga por lo que hace”. Al combinarlos se logra balancear los costos, la eficiencia y calidad de la prestación; y balancear los intereses de los prestadores, el beneficiario y los pagadores.

4. Los pagos prospectivos se definen antes de la prestación de servicios y predicen los costos de la atención mientras que los pagos retrospectivos se realizan una vez que se ha brindado el servicio de salud.

► **Tabla 2. Mecanismos de pago por riesgo financiero y momento de pago**

		Momento de pago		
		Prospectivo	Ambos	Retrospectivo
Riesgo financiero	Financiador			Pago por acto Pago por caso
	Ambos		Pago por caso (GRDs) Pago por día	Pago por desempeño
	Prestador	Pago per cápita Presupuesto global	Presupuesto por insumos	Pago por salario

Fuente: elaboración propia.

Las ventajas y desventajas de los MPPs se presentan en la Tabla 3. Estas ventajas y desventajas están estrechamente asociadas a los incentivos de cada MPP. Todo MPP se puede complementar con medidas que disminuyan sus desventajas.

► **Tabla 3. Ventajas y desventajas potenciales de los mecanismos de pago a prestadores**

Mecanismo	Ventaja potencial	Desventaja potencial
Presupuesto global Presupuesto por insumos	<ul style="list-style-type: none"> • Contención de costos • Fácil administración 	<ul style="list-style-type: none"> • Baja inversión en tecnologías • Selección de pacientes • Redistribución de pacientes • Sustitución de costos bajo el presupuesto del sector
Pago per cápita	<ul style="list-style-type: none"> • Contención de costos • Provisión de servicios preventivos 	<ul style="list-style-type: none"> • Subprovisión • Aumento de referencias a hospitales/especialistas • Baja calidad
Pago por caso (GRDs)	<ul style="list-style-type: none"> • Contención de costos • Tratamiento costo-efectivo • Reducción de atención innecesaria 	<ul style="list-style-type: none"> • Selección de pacientes • Aumento de ingresos (admisiones) • Dadas de alta prematuras • Monitoreo del costo • Subprovisión
Pago por acto	<ul style="list-style-type: none"> • Alta accesibilidad • Alta calidad cuando hay competencia 	<ul style="list-style-type: none"> • Sobreprovisión • Alto costo administrativo
Pago por salario	<ul style="list-style-type: none"> • Contención de costos • Provisión equitativa • Fácil administración 	<ul style="list-style-type: none"> • Baja productividad • Baja calidad del servicio • Baja moral de los prestadores • Pagos informales de los hogares
Pago por día	<ul style="list-style-type: none"> • Contención de costos • Fácil administración 	<ul style="list-style-type: none"> • Aumentan las hospitalizaciones • Disminuye la duración media de la hospitalización • Aumentan reingresos • Hospitalizaciones innecesarias
Pago por desempeño	<ul style="list-style-type: none"> • Mejora eficiencia • Mejora calidad 	Varía con el diseño

Fuente: elaboración propia sobre la base a Park, Braun, Carrin *et al.* (2007).

Como se vio más arriba, los MPPs en la Tabla 1 se definen en su forma más básica y conceptual. Esto quiere decir que cada MPP ha evolucionado para tratar de contrarrestar los efectos adversos. Por ejemplo, el pago per cápita generalmente se aplica con algún tipo de ajuste de riesgo. El riesgo que se quiere ajustar se refiere al riesgo de la persona a enfermarse de tal manera que el pago per cápita refleje estas diferencias en las necesidades de las personas. A modo de ejemplo, en un escenario con dos prestadores (prestador A y prestador B) y ambos reciben un pago per cápita (no ajustado) para atender a 100 personas, pero el prestador A tiene a las personas más mayores (con mayores necesidades de salud) y a personas con enfermedades crónicas, mientras que el prestador B tiene a personas más jóvenes (con menores necesidades de salud) y más sanas. Si se les paga el mismo per cápita, no sorprendería que el prestador A tenga problemas para cubrir todas las necesidades de salud de su población, mientras que

el prestador B seguramente le sobren recursos. El objetivo de ajustar el riesgo del per cápita es que se le pague lo justo a cada prestador.

Existen diferentes metodologías para ajustar el riesgo. Por ejemplo, están los ajustes demográficos, como sexo y edad. Otros ajustes pueden ser en base a variables socioeconómicas como desempleo, grado de urbanización, ingresos, pobreza, entre otros. Finalmente están los ajustes en base al estado de salud utilizando información sobre diagnósticos clínicos o recetas de medicamentos. El objetivo del ajuste es poder mejorar la predictibilidad del gasto en salud de las personas.

Los sistemas de pago y en particular los mecanismos de pago a prestadores tienen sus propios requerimientos de información. Por ejemplo, en el caso del pago per cápita, se tiene que conocer como mínimo la cantidad de personas por las que se está pagando y el paquete de beneficios (bienes, servicios y prestaciones) cubiertos. Esto implica diferentes sistemas de información que deben estar implementados para dar apoyo al sistema de pago.

► **Tabla 4. Requerimientos para la implementación de los principales mecanismos de pago a prestadores**

Mecanismo	Requerimientos (definición o identificación de)
Pago per cápita	<ul style="list-style-type: none"> • Población cubierta • Servicios cubiertos • Costo real de servicios cubiertos
Pago por caso	<ul style="list-style-type: none"> • Costo real de servicios incluidos • Historias clínicas de pacientes
Pago por caso (GRDs)	<ul style="list-style-type: none"> • Costo real de servicios incluidos • Historias clínicas de pacientes
Pago por acto	<ul style="list-style-type: none"> • Costo real del servicio
Presupuesto global	<ul style="list-style-type: none"> • Costo real de servicios incluidos • Demanda potencial • Sistema de ejecución del presupuesto flexible
Presupuesto por insumos	<ul style="list-style-type: none"> • Costo real de servicios incluidos • Demanda potencial
Pago por salario	<ul style="list-style-type: none"> • Salarios competitivos
Pago por día	<ul style="list-style-type: none"> • Costo real promedio del servicio de cama
Pago por desempeño	<ul style="list-style-type: none"> • Indicadores relevantes de desempeño

Fuente: Elaboración propia.

La Tabla 5 muestra la diversidad en la implementación de los MPPs por nivel de atención en los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE). Nótese que, de los 34 países, 25 utilizan más de un MPP en el primer nivel de atención y 24 utilizan el pago per cápita. En el caso del nivel de atención ambulatoria especializada predomina el pago por acto (FFS, por sus siglas en inglés). Mientras que en la atención hospitalaria (paciente hospitalizado) 16 utilizan GRD y 13 utilizan el presupuesto global.

► **Tabla 5. Mecanismo de pago a prestadores por niveles en países de la OCDE**

País	Mecanismo de pago		
	Primer nivel	Especialista ambulatorio	Paciente hospitalizado
Australia	FFS/P4P	FFS	GRD
Austria	FFS	FFS	GRD
Bélgica	CAP/FFS	FFS	Global
Canadá	CAP/FFS/P4P	FFS/Global/Otro	Global
Chile	CAP/FFS	FFS/Global	Servicio de trámite

País	Mecanismo de pago		
	Primer nivel	Especialista ambulatorio	Paciente hospitalizado
Rep. Checa	CAP/FFS/P4P	FFS	GRD
Dinamarca	CAP/FFS	Otro	Global
Estonia	CAP/FFS/P4P/Global	FFS	GRD
Finlandia	Global	FSS	GRD
Francia	FFS/P4P/Otro	FFS/P4P/Otro	GRD
Alemania	FFS	FFS	GRD
Grecia	FFS	FFS	GRD
Hungría	CAP/P4P/Global	FFS	GRD
Islandia	Global	FFS	Global
Irlanda	CAP/FFS	Global	Global
Israel	CAP/Global	Global	Servicio de trámite
Italia	CAP	FFS/Global	Global
Japón	FFS	FFS	GRD/Servicio de trámite
Corea	FFS/P4P	FFS/P4P	Servicio de trámite
Luxemburgo	FFS	FFS	Global
México	CAP/Global	FFS/Global	Global
Países Bajos	CAP/FFS/P4P/Global	FFS/P4P	GRD
Nueva Zelanda	CAP/FFS/P4P	Global	Global
Noruega	CAP/FFS	FFS/Global/Otro	Global
Polonia	CAP	Otro	GRD
Portugal	CAP/P4P/Global	P4P/Global	Global
Eslovaquia	CAP/FFS	FFS	Servicio de trámite
Eslovenia	CAP/FFS	FFS	GRD
España	CAP/P4P	FFS/Global	Partidas
Suecia	CAP/FFS/P4P	FFS/P4P/Global	Global
Suiza	CAP/FFS	FFS	GRD
Turquía	CAP/P4P	Global	Global
Reino Unido	CAP/FFS/P4P/Otro	P4P/Global/Otro	GRD
Estado Unidos	CAP/FFS/P4P/Otro	FFS/P4P/Global	GRD

Nota: CAP: Pago per cápita; FFS: Pago por acto; Global: Presupuesto global; P4P: Pago por desempeño.
Fuente: OECD (2016). Traducción realizada por los autores para la presente nota.

Como se mencionó más arriba, los países de la región están implementando las redes integradas de salud⁵. Estas redes deben ser consideradas dentro del diseño del sistema de pago. Hasta ahora se han desarrollado los MPPs relacionados a prestadores individuales sin considerar el conjunto de prestadores que conforman una red integrada de salud ni la necesidad de incentivar la eficiencia combinada de estos. El objetivo es que la red sea responsable de la atención continua y de los riesgos financieros de su población asignada (o adscrita).

5. Las redes integradas de servicios de salud son un conjunto de instituciones organizadas en redes que brindan servicios de salud o hacen arreglos para prestar dichos servicios a una determinada población (OMS 2010).

Siguiendo la tendencia de fortalecer las redes integradas de salud se han desarrollado MPPs para incentivar la atención integral en red. El objetivo es generar esquemas que incentiven servicios de salud coordinados y continuos entre múltiples prestadores. Muchos países de la región han aprobado modelos de atención integral dentro de un sistema de red integrada de prestadores de servicios de salud. En este sentido, la integración de los servicios de salud puede representar un cambio fundamental en el financiamiento, la organización, gestión y prestación de los servicios de salud.

La Tabla 6 muestra un resumen de algunos de los mecanismos de pago para la integración. Al igual que en el caso de los mecanismos de pago por servicios, cada mecanismo tiene sus propios requerimientos. Entre los requerimientos pueden mencionarse los sistemas de información, las capacidades institucionales, entre otros.

► **Tabla 6. Principales mecanismos de pago a prestadores para la integración**

Mecanismo	Definición
Pago por coordinación	Pago de una tarifa específica que por lo general es adicional o pago por paciente crónico o por actividad de atención a fin de coordinar la atención del paciente entre los diferentes prestadores de servicio
Pago por desempeño	Pago donde los prestadores, de forma individual o agrupada, reciben pagos para lograr ciertos indicadores o resultados relacionados con la prestación de servicios de salud
Pagos empaquetados	Pago a “grupos de atención” o “prestadores agrupados”, que consiste en diferentes combinaciones de prestadores que, en principio, trabajan de forma conjunta para llevar a cabo un procedimiento o tratar cierta afección
Pago per cápita	Pago a una organización de atención integrada que presta servicio integral a un grupo de población definido, que se puede determinar territorialmente o por afiliación a un programa de seguro. También denominada pago per cápita global

Fuente: La Forgia y Graunke (2020).

En conclusión, los sistemas de salud generan sus presupuestos públicos para la salud a través de sus políticas de financiamiento que establecen sistemas de pagos a prestadores.

► 4. Experiencia internacional relevante en MPP

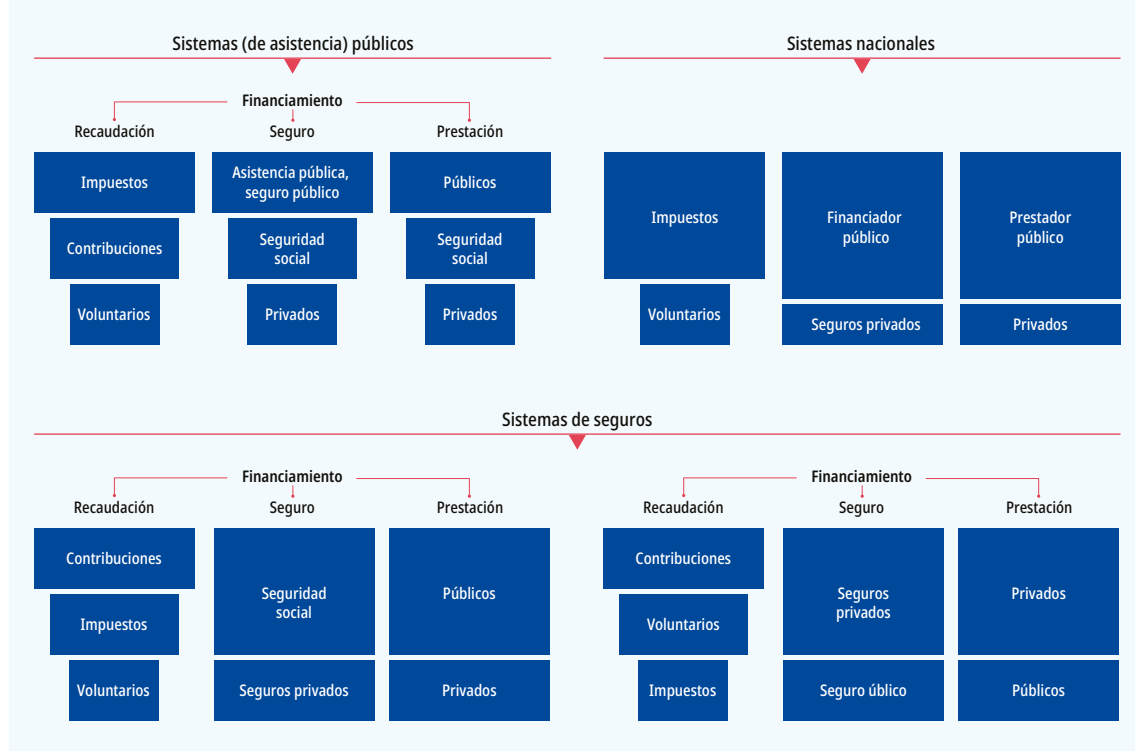
4.1. Experiencias internacionales de los sistemas de salud en el financiamiento

Antes de empezar con las experiencias internacionales sobre MPPs es importante remarcar que la gran mayoría de experiencias sobre mecanismos de pago no son generalizadas. Por otro lado, los mecanismos de pago no necesariamente reflejan la totalidad del presupuesto de los prestadores, sino que son solo una fracción de su financiamiento. La excepción son pagos per cápita que han tenido una tendencia creciente dentro del financiamiento en el primer nivel de atención. Sin embargo, es importante resaltar que a pesar de la extensión que va teniendo el pago per cápita en el primer nivel de atención, el nivel secundario y terciario de los servicios de salud ocupa una participación preponderante en el financiamiento de la salud. Justamente en los niveles secundarios y terciarios las experiencias con mecanismos de pago no tienen aplicación universal, sino que muestran toda la gama de alternativas de mecanismos de pago.

El proceso de implementación de mecanismos de pago es lento y la evidencia progresiva va dando cuenta de los beneficios que aportan en la eficiencia y eficacia del financiamiento y aun de manera limitada sobre los beneficios que aportan a la gestión de salud y a las personas.

Otro aspecto a tener en cuenta es la organización de los sistemas de salud y el tipo de organización que facilita la implementación de MPP. Los tres modelos de sistemas de salud más extendidos son los sistemas públicos, los de seguro de salud y los sistemas nacionales de salud. Sin embargo, cada país tiene sus particularidades y son dinámicos en un proceso continuo de revisión y ajuste.

► **Figura 3. Tipos genéricos de organización de sistemas de salud**



Fuente: Elaboración propia.

Los sistemas públicos predominantemente tienen atención pública y conviven con sistemas de seguridad social a menor escala y sistemas privados (en esta categoría están muchos países latinoamericanos). En los sistemas de seguro de salud existe al menos tres escenarios: aseguramiento público, privado o mixto. En su mayoría este tipo de sistemas se basan en un seguro público (Canadá, países de Europa occidental) con financiamiento vía impuestos y/o de la seguridad social; pero también se presentan los seguros mixtos que combinan el aseguramiento público y privado, y, finalmente, en el otro extremo está el aseguramiento privado (Israel, Estados Unidos). Los sistemas nacionales de salud se financian mancomunadamente (Reino Unido, Suecia) y, a diferencia de los dos modelos antes descritos, cubren a toda la población. Sin embargo, esta clasificación generalizada tiene variantes, algunos países podrían caer en la clasificación de sistemas de seguros de salud y sistemas nacionales de salud a la vez. El punto aquí es resaltar que el nivel de organización —de funciones unificadas o separadas— pueden facilitar las transiciones en el financiamiento.

A continuación, se presentan experiencias de países con sistemas de salud dentro de las categorías expuestas anteriormente y sus experiencias en el manejo de mecanismos de pago a proveedores y adscripción. Se puede observar cómo las características y organización de los sistemas facilitan o dificultan las decisiones de financiamiento de la salud, específicamente para la compra de servicios.

4.1.1. Australia

El sistema de salud australiano está centrado en un seguro público de salud Medicare (cuidado médico) y está vigente desde la década del ochenta. La población tiene libre elección de prestador para el ingreso en el sistema. Medicare ofrece atención gratuita en todos los establecimientos de salud públicos, mientras que en el sector privado la atención se realiza mediante un cobro por encima del monto asignado por Medicare, y lo paga la persona directamente o por su seguro médico privado. La provisión de servicios está conformada por establecimientos de salud (hospitales, clínicas, ONGs, establecimientos públicos) y profesionales (médicos generales, enfermeros y otros), que brindan servicio a la comunidad en atención primaria, emergencias, atención hospitalaria, cuidados recuperativos y paliativos. A nivel de hospitales (subnacional, Estados federados) el financiamiento es del gobierno estatal y negocian el reconocimiento financiero adicional con Medicare (federal) a partir de los gastos ejecutados. La atención de emergencia se concentra en hospitales públicos, los privados tienen una atención de emergencia muy limitada y remiten casos complejos a los hospitales públicos. La atención primaria se brinda principalmente a través de prestadores privados con financiamiento público.

El financiamiento del sistema se ha ido consolidando mediante el financiamiento público. En 2019 el gasto público representó el 70 por ciento del gasto corriente total en salud, el gasto privado el 14 por ciento y el gasto de bolsillo el 16 por ciento. En los últimos años el financiamiento público se ha ampliado a favor del gasto de bolsillo en salud de los hogares (Tabla 7). El gasto público en salud se sustenta principalmente en las contribuciones obligatorias de la población a Medicare: 2 por ciento del ingreso tributario (*Medicare levy*) y un impuesto extra (*Medicare ley surcharge*) para personas de ingresos altos sin un seguro privado de salud complementario (1,5 por ciento del ingreso). Se exceptúan de estas contribuciones las familias de bajos ingresos, residentes extranjeros y pacientes con ciertos problemas médicos.

► **Tabla 7. Australia: gasto en salud por tipo como porcentaje del gasto corriente en salud**

Tipo de gasto	2017	2018	2019
Gastos gubernamentales y contributivos obligatorios de salud	66	66	70
Planes voluntarios de pago de salud	16	16	14
Pago de bolsillo del hogar en salud	18	18	16

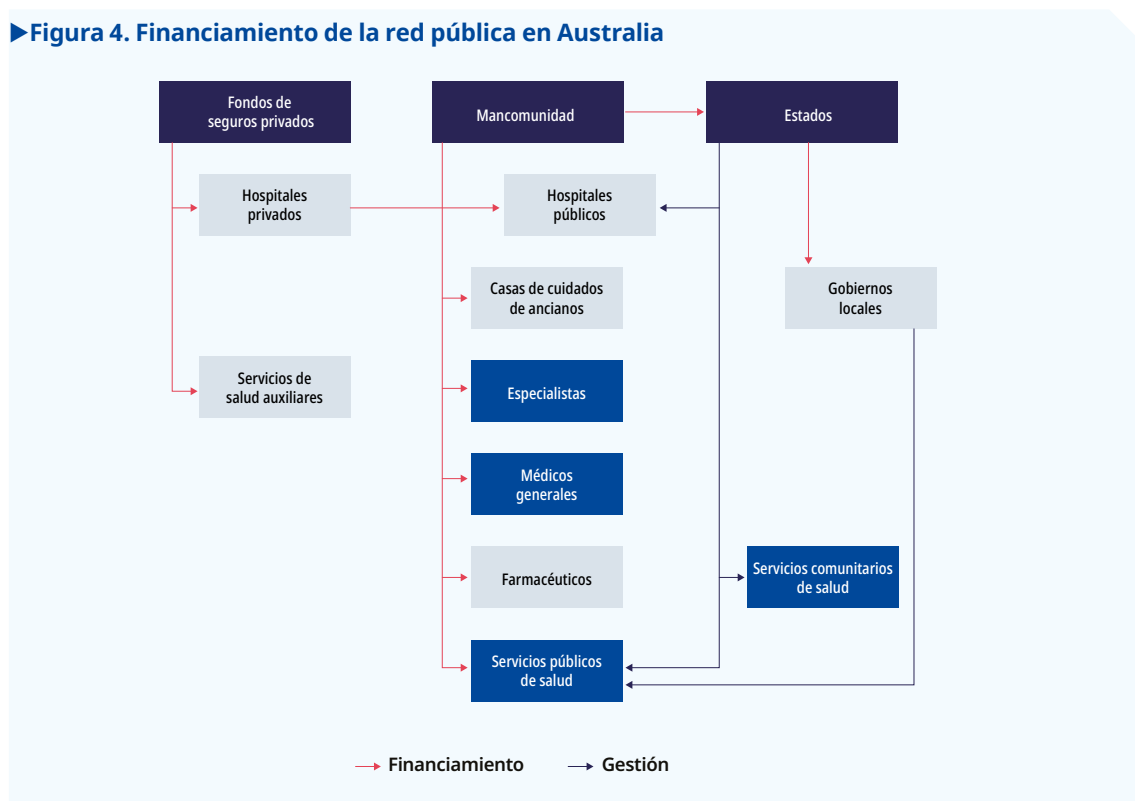
Fuente: OMS (2022).

Los seguros voluntarios privados para atención hospitalaria y atención general actúan complementariamente al seguro público, principalmente para coberturas no completas (dentistas, fisioterapia, otros), pero también hay seguros voluntarios privados completos, donde los asegurados privados pueden acceder a hospitales públicos o privados. Los seguros privados actúan bajo fondos múltiples, mientras que el aseguramiento público es un fondo único.

Los mecanismos de pago empleados en el sistema difieren entre los Estados federados. Healy, Sharman, y Lokuge (2006) hacen referencia al caso del departamento de salud de Nueva Gales del Sur, que asigna a los Gobiernos locales un pago per cápita en base a fondos históricos aplicando una fórmula basada en la población ajustada por edad y sexo, con algunos ajustes para el uso de recursos, que incluye medidas relacionadas con la actividad de casos mixtos (combinación de tipos de casos que tratan). Los demás Estados negocian contratos con proveedores, y en el caso de hospitales se financian parcialmente a través de una combinación de pacientes (casos) tratados o grupos relacionados por el diagnóstico. Los pagos a los hospitales del sector público reciben atención particular de parte del Estado, ya que absorben una gran proporción del presupuesto nacional de salud.

En ese sentido, buena parte de los recursos se materializan a través de pagos en base a acuerdos⁶ de atención médica de ese país. El saldo de los costos operativos netos es asumido por los Estados, que son responsables de operar y regular los hospitales públicos dentro de sus jurisdicciones.

► **Figura 4. Financiamiento de la red pública en Australia**



Fuente: Elaboración propia en base a Healy, Sharman, y Lokuge (2006).

Australia tiene una larga historia de financiación por casos mixtos, pero comenzó a experimentar el mecanismo de pago de Grupo Relacionado de Diagnóstico (GRD) en 1985. Actualmente, tiene un desarrollo de GRD con su propio sistema de clasificación estandarizado, con más de 665 categorías individuales, conocido como el "refinado australiano". Todos los Estados, salvo Nueva Gales del Sur

6. Contratos o Acuerdos de Gestión.

utilizan GRD y todos los hospitales grandes, tienen bases de datos computarizadas que mantienen bajos los costos de transacción.

La adscripción de la población al sistema de salud es a través de la atención primaria con un médico general u otro profesional de la salud, como nutricionista, dentista, centros comunitarios, servicios de atención para población indígena, entre otros (ver Figura 4). Es a partir de esta entrada que la persona puede ser derivada a otros establecimientos y niveles de atención. El acceso al segundo y tercer nivel es a través de interconsultas desde la atención primaria.

La experiencia de Australia se aplica en un contexto descentralizado, pero con un sistema de salud unificado bajo Medicare, que ha permitido el desarrollo y perfeccionamiento de GRD en base a un proceso largo de construcción de información técnica y financiera en todo el país. La excepción de Nueva Gales del Sur con el mecanismo per cápita ajustado por riesgo es una muestra clara de autonomía, con control del gasto del Estado.

4.1.2. Reino Unido

El Reino Unido tiene un Sistema Nacional de Salud (*National Health System -NHS*) que es de cobertura universal y es financiado con impuestos. Los cuatro países del Reino Unido (Escocia, Gales, Irlanda del Norte e Inglaterra) tienen sus propios servicios del NHS desde el año 1999. El Parlamento del Reino Unido asigna fondos en bloque a cada Gobierno nacional, pero depende de ellos decidir cuánto gastar en su NHS. El financiamiento público representa el 78 por ciento del gasto corriente total en salud y los gastos en planes voluntarios privados de salud representan el 6 por ciento, mientras que el gasto de bolsillo en salud de los hogares es de 16 por ciento.

► **Tabla 8. Reino Unido: Gasto en salud por tipo como porcentaje del gasto corriente en salud**

Tipo de gasto	2017	2018	2019
Gastos gubernamentales y contributivos obligatorios de salud	79	78	78
Planes voluntarios de pago de salud	5	6	6
Pago de bolsillo del hogar en salud	16	16	16

Fuente: OMS (2022).

En el año 2013 el NHS de Reino Unido pasó por una reforma en la que el Departamento de Salud es el responsable de financiar y diseñar las políticas de salud. En el año 2016 se conformaron las Asociaciones de Sostenibilidad y Transformación (STP, por sus siglas en inglés), las que agrupan a nivel territorial del NHS a los proveedores, los comisionados, autoridades locales y otros socios para planificar a largo plazo los servicios en función de las necesidades de las poblaciones locales. Los STP cubren áreas con poblaciones de 1 a 3 millones de personas. Los Sistemas de Atención Integrada (ICS, por sus siglas en inglés) están evolucionando a partir de los STP y son un espacio donde se da una colaboración más estrecha entre las organizaciones que asumen una mayor responsabilidad por los recursos, y cuidado de la población local.

En Inglaterra, equivalente al nivel primario y secundario, se conformaron los *Clinical Commissioning Groups* (CCG), consorcios responsables de la compra de atención comunitaria y de los servicios secundarios para sus poblaciones locales. Cada CCG cubre un tamaño promedio de población de alrededor de 250 mil personas (el rango va desde 61 000 a 860 000). Algunas entraron en asociaciones con los CCG vecinos. Todos los médicos de cabecera están obligados a ser parte de un grupo como estos con el doble rol de proveedores y planificadores del servicio (Narodowski 2017).

La atención primaria es brindada por médicos generales de forma integral. Desde julio de 2019, casi todos los médicos de cabecera en Inglaterra se han unido para formar alrededor de 1 300 redes de atención primaria (PCN, por sus siglas en inglés). Estos cubren una población de 30 000-50 000 personas y atienden

servicios generales, junto con proveedores locales para brindar múltiples servicios profesionales y servicios comunitarios⁷.

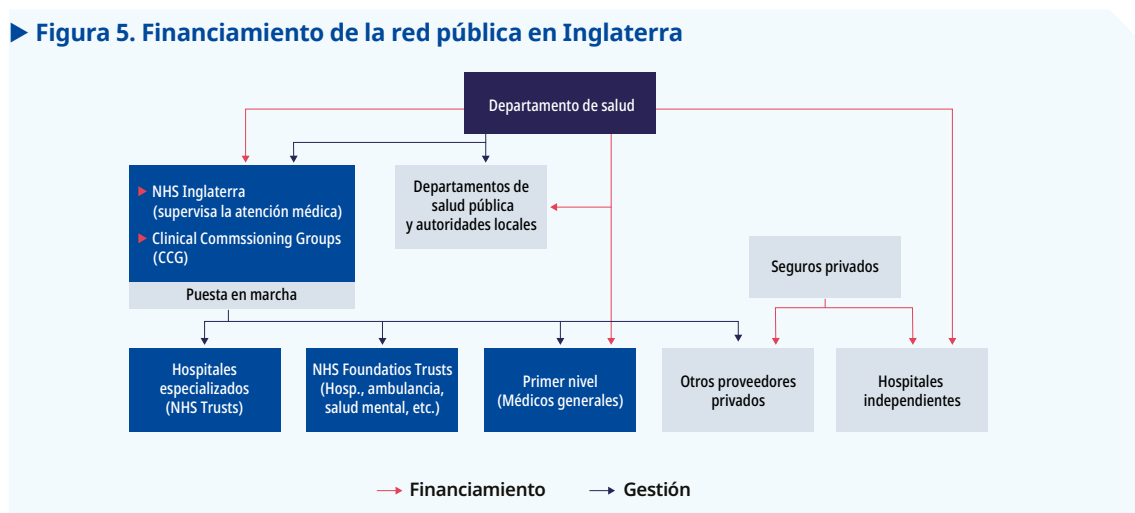
La atención secundaria es brindada a los pacientes por especialistas y profesionales de la salud a quienes a menudo se les deriva a los pacientes a través de un médico de cabecera. Incluye contactos hospitalarios de emergencia y no emergencia, como unidades de emergencia (A&E, por sus siglas en inglés), clínicas de rutina para pacientes ambulatorios y acceso a salud mental y de maternidad.

La atención terciaria es brindada a los pacientes por médicos y enfermeras en hospitales especializados, llamados NHS Trust. Los pacientes solo pueden acceder a la atención terciaria si son derivados por un profesional de la salud que trabaja en la atención secundaria.

El *NHS Foundation Trusts* proporciona la atención que encargan los CCG. Esta incluye servicios de hospital, ambulancia, salud mental, atención social y atención primaria.

El *NHS England* es el organismo paraguas que supervisa la atención médica. Es un organismo independiente, lo que significa que el Departamento de Salud no puede interferir directamente en sus decisiones. Es responsable de garantizar que exista un sistema efectivo de CCG y debe brindar apoyo para la puesta en marcha.

► **Figura 5. Financiamiento de la red pública en Inglaterra**



Fuente: Elaboración propia en base a Cabo-Salvador (2022) y Doheny (2015).

El Instituto Nacional para la Excelencia en Salud y Atención (NICE, por sus siglas en inglés) evalúa regularmente la evidencia más actualizada detrás de los tratamientos y detalla cuáles son los mejores enfoques, sometiendo los posibles tratamientos a un análisis y a una evaluación rigurosa. Los CCG están legalmente obligados a proporcionar fondos para los tratamientos recomendados por NICE después de su publicación.

También cuentan con la Comisión de Calidad de la Atención que se encarga de hacer un monitoreo independiente inspeccionando la seguridad y la calidad de la atención en hospitales, consultorios generales, residencias de ancianos, servicios de ambulancia y centros de atención ambulatoria, y luego entrega una evaluación disponible públicamente. Finalmente, el *Health Education England* es el organismo supervisor de la capacitación y educación permanentes de la fuerza laboral del NHS.

Los mecanismos de pago más utilizados son el pago per cápita, los contratos en bloque, la tarifa nacional y el pago por desempeño.

7. <https://www.themedicportal.com/application-guide/the-nhs/structure-of-the-nhs/>

El pago per cápita se utiliza en la atención primaria, para el pago a la práctica general. Se paga un monto global a los proveedores de salud en función del número de pacientes en una población objetivo. Sin embargo, las STP desde su creación avanzan hacia un presupuesto capitado basado en resultados. De manera específica, los contratos que se firman con los CCG incluyen una cifra global según los pacientes registrados ajustado por edad y sexo, los niveles locales de la morbilidad y la mortalidad. Utilizan un factor de compensación salarial y bonos por más horas de trabajo o mayores servicios específicos.

Los contratos en bloque pagan un servicio específico, como cuidados intensivos en un hospital. La forma como se define el pago varía, puede ser en base a la necesidad del paciente o en base al gasto histórico del servicio a contratar⁸.

Por otro lado, la tarifa nacional paga los servicios especializados de los Grupos de Recursos de Atención Médica, HRG por sus siglas en inglés (anteriormente, eran los GRD). Los HRG están diseñados para ser agrupaciones estándar de tratamientos clínicamente similares que utilizan niveles comunes de recursos de atención médica⁹.

La adscripción de la población se realiza en la atención primaria a través de los médicos de cabecera, que actúan como puerta de entrada al sistema. Los pacientes deben inscribirse obligatoriamente en estos. Los servicios de atención primaria están conformados por médicos generales y enfermeras que ofrecen servicios de atención primaria en el marco de los CCG. En Inglaterra están incluidos los servicios dentales, consultas de medicina general y servicios especializados. Los pacientes pueden elegir su médico de cabecera, pero en la práctica no existen muchas opciones para elegir.

Como ya se mencionó, la experiencia del Reino Unido muestra un Sistema Nacional de Salud Público para los cuatro países. Inglaterra, por ejemplo, busca a través de las reformas mejorar el logro de resultados sanitarios con mejoras en los mecanismos de pago en los que progresivamente se da flexibilidad a los proveedores para actuar en la población y buscar la agrupación de los pagos en hospitales con el objetivo de obtener mejores resultados.

4.1.3. Chile

El sistema de salud de Chile tiene un sistema público y otro privado. El primero posee un aseguramiento único público a través del Fondo Nacional de Salud (FONASA) que cubre al 82 por ciento de la población, y el segundo a través de las Instituciones de Salud Previsional (ISAPREs) que cubre al 18 por ciento restante. Además, cuenta con algunos seguros específicos para las Fuerzas Armadas, Teletón, Codelco y Mutuales. El FONASA se financia con recursos provenientes de la cotización obligatoria de los trabajadores del 7 por ciento del salario y de subsidios públicos. Las ISAPREs, por su lado, se financian con el pago de primas ajustadas por riesgo por los planes voluntarios que ofrecen.

La afiliación al FONASA es a través de sus oficinas y por internet. Esta está destinada a trabajadores tanto dependientes como independientes, recién contratados, personas jurídicas, personas carentes de recursos, pensionados, beneficiarios del subsidio familiar, beneficiarios de la pensión básica solidaria de invalidez o vejez, embarazadas, niños y niñas hasta los seis años de edad, extranjeros incluidos en el convenio refugiado, y funcionarios del sector salud que quieran formar parte del Sistema Público de salud en Chile. La adscripción de la población es voluntaria, en la APS de la red de servicios pública, y cada equipo multidisciplinario tiene hasta 5 000 personas asignadas (Giovannella, Fidelis de Almeida, Vega Romero *et al.* 2015).

8. <https://www.bma.org.uk/advice-and-support/nhs-delivery-and-workforce/funding/models-for-paying-providers-of-nhs-services>

9. El propósito de los HRG es ofrecer a las organizaciones la capacidad de comprender su actividad en términos de los tipos de pacientes que atienden y los tratamientos que realizan. Pueden usarse para permitir la comparación de actividades dentro y entre diferentes organizaciones y brindar la oportunidad de comparar tratamientos y servicios para respaldar el análisis de tendencias a lo largo del tiempo.

La participación del gasto público en el gasto corriente total en salud era de 61 por ciento en el 2019, de 7 por ciento en planes voluntarios privados y de 33 por ciento del gasto de bolsillo en salud de los hogares. El gasto de bolsillo es alto, Chile destina el 5,56 por ciento de su PIB al gasto público en salud (2020).

► **Tabla 9. Chile: gasto en salud por tipo como porcentaje del gasto corriente en salud**

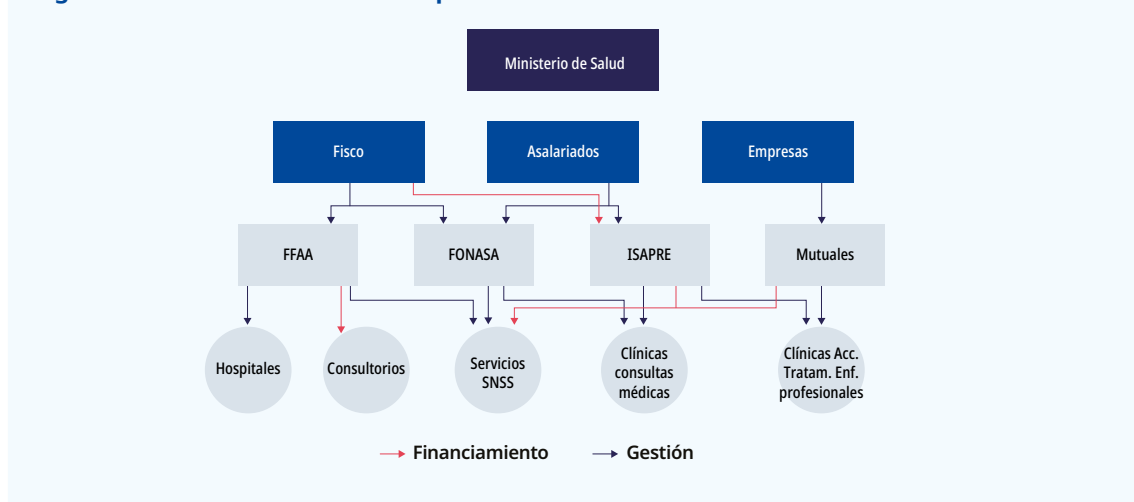
Tipo de gasto	2017	2018	2019
Gastos gubernamentales y contributivos obligatorios de salud	60	61	60
Planes voluntarios de pago de salud	7	6	7
Pago de bolsillo del hogar en salud	33	33	33

Fuente: OMS (2022).

La provisión pública de servicios está organizada y coordinada por el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS) que cuenta con servicios descentralizados en todas las regiones. La atención primaria de salud se brinda a través de tres dependencias: i) el sistema de Atención Primaria de Salud Municipal bajo responsabilidad de las entidades administradoras de salud municipal, ii) la atención primaria dependiente de los propios Servicios de Salud¹⁰, y iii) las organizaciones no gubernamentales (convenios suscritos con los Servicios de Salud).

El financiamiento de la atención primaria se brinda para las tres modalidades: municipal, servicios de salud y ONG. Las modalidades municipal y servicios de salud se ajustan a la Ley de presupuesto que define el monto para cada instancia (entidades administradoras de salud municipal o ejecutora de la prestación para los servicios de salud). Los recursos que van a la Atención Primaria de Salud Municipal se transfieren en un 68 por ciento mediante un mecanismo de pago per cápita, 23 por ciento para iniciativas de capacitación, 7 por ciento para gastos de las leyes N° 19.813, N° 20.157 y N° 20.250¹¹ y la diferencia para otras asignaciones. Los Servicios de Salud reciben del Ministerio de Economía, Fomento y Turismo presupuesto prospectivo por prestación y presupuesto histórico.

► **Figura 6. Financiamiento de la red pública en Chile**



Fuente: MINSAL (2010).

10. Los Servicios de Salud son organismos estatales de funcionamiento descentralizado.

11. Ley 19.813 publicada el 25/06/02 para la asignación de desarrollo y estímulo al desempeño colectivo (por cumplimiento de metas sanitarias y mejora de la atención al usuario); Ley 20.157 publicada el 05/01/07 y su Reglamento Dto. 47/07 publicado el 27/09/07 que concede beneficio al personal de la APS; Ley 20.250 publicada el 09/02/08 otorga beneficios al personal de la APS en zonas extremas (Región 1, 2, 12 y 15).

El per cápita es calculado por el Ministerio de Salud en base al plan de beneficios (Plan de Salud familiar y Acceso Universal a Garantías Explícitas en Salud-AUGE). De las 322 comunas que tienen APS Municipal, 47 son clasificadas como comunas de costo fijo, no reciben per cápita porque su tamaño es muy pequeño.

El pago per cápita se basa en el plan de salud familiar y AUGE que incluye acciones destinadas a la salud del niño, del adolescente, del adulto y del adulto mayor, de la mujer, odontológica, del ambiente y la mayor parte de las garantías explícitas otorgadas por el nivel primario de atención. El pago per cápita parte de un cálculo homogéneo para la población, pero luego aplica criterios de ajuste (Ley 19.378) como nivel socioeconómico de la población (pobreza, adultos mayores), comportamiento de las prestaciones anteriores en los establecimientos de la jurisdicción, ruralidad, problemas de acceso, atenciones efectivas en los establecimientos.

Los hospitales se financian en buena parte mediante presupuestos históricos (Programa de Prestaciones Institucionales – PPI) y a través de mecanismos de pago (Programa de Prestaciones Valoradas – PPV). El financiamiento PPV busca mejorar la eficiencia en el uso de los recursos. Ambas modalidades tienen mecanismos de monitoreo diferentes, de acuerdo con Cáceres Torres (2020), el PPV por ejemplo. Las prestaciones realizadas por el hospital que fueron costeadas por FONASA deben ser programadas y monitoreadas mensualmente para que sean pagadas como producción del hospital. El PPI en cambio, se concentra en un pago para financiar los costos fijos de la institución. Los hospitales reciben un aporte mediante ingresos extraordinarios del el Ministerio de Hacienda, que habitualmente son ingresos variables a fin de financiar las deudas hospitalarias y la inversión.

Asimismo, la atención secundaria y terciaria recibe la asignación de recursos para patologías. AUGE sigue el mismo patrón de transferencias, privilegiando un pago asociado a producción que es realizado con parte del PPI y recursos adicionales del FONASA. Este volumen de recursos adicionales proviene de programas especiales como el Programa del Adulto Mayor y el Programa Oportunidad en la Atención. Así, una proporción cercana al 50 por ciento del gasto hospitalario del FONASA corresponde a PPV.

Los mecanismos de pago utilizados en hospitales han sido principalmente pago por acto y pago por servicios, lo que los ha llevado a experimentar sobreejecución del gasto de salud y una consecuente deuda con los hospitales. Por ello, se inició una reforma del financiamiento de 27 hospitales a fin de mejorar los mecanismos de transferencia. Entre las soluciones se implementó la prohibición de generar deuda más allá del gasto aprobado. Otra solución fue la implementación del mecanismo de pago de GRD que busca un uso más eficiente del financiamiento (hacer más sin gastar más). Además, se están realizando ajustes para que respondan al resultado final esperado. En el caso de los hospitales especializados, se ha definido que deben de resolver la complejidad e incorporar herramientas administrativas para gestionar mejor sus prestaciones (Ahumada, Lagos y Sugg-Herrera 2016)¹². La aplicación de GRD ha avanzado hacia un plan de pago a prestadores privados con GRD desde el 2017, pero se mantiene mayoritariamente en pagos por servicios. Goyeneche y González (2020), refieren que, si bien aún es temprano para ver efectos de los GRD, en un análisis basado en la discusión del presupuesto de salud, el presupuesto destinado a los hospitales vía pagos mediante GRD será en promedio 14,48 por ciento más bajo que el gasto real que efectúan los hospitales.

El caso de Chile, como se observa, existe un sistema mixto, con avances en la aplicación de mecanismos de pago, pero que conviven con presupuestos históricos y algunos desajustes en los gastos. Los avances hacia GRD ha requerido de voluntad política, inversión, pruebas piloto y ajustes. Es un proceso en formación con resultados en progreso.

12. Entrevista a P. Lagos (MINSAL 2016).

4.1.4. Colombia

La rectoría del sector está en el Ministerio de la Protección Social y el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud desde el 2007 (Ley 1122). Colombia ha modificado su sistema de salud con varias reformas y tiene un sistema complejo con participación de privados que son pagados por el Estado. Con la Constitución Nacional de 1991, se definió la Seguridad Social como un servicio público de carácter obligatorio a cargo del Estado. En 1993, mediante la Ley 100 se creó el Sistema General de Seguridad Social Integral con los componentes de Pensiones, Riesgos Profesionales y Salud que agrupaba un conjunto de seguros regulados por el Estado y financiados con contribuciones de trabajadores y empleadores, o mediante subsidios del Estado con el fin de cubrir a toda la población ya sea con seguros públicos o privados¹³.

El sistema se financia mediante el pago de contribuciones de los trabajadores con ingresos formales y el financiamiento público a través de una combinación de aportes de cotizaciones, impuestos y otros para el régimen subsidiado¹⁴. La administración de los seguros está delegada en las Entidades Promotoras de Salud (EPS) del régimen contributivo y en las del Régimen Subsidiado (EPS-S), que pueden ser públicas o privadas.

La participación del gasto público en el gasto corriente total en salud es del 77 por ciento (2019), de 8 por ciento del privado y de 15 por ciento del gasto de bolsillo del hogar en salud.

► **Tabla 10. Colombia: gasto en salud por tipo como porcentaje del gasto corriente en salud**

Tipo de gasto	2017	2018	2019
Gastos gubernamentales y contributivos obligatorios de salud	77	77	77
Planes voluntarios de pago de salud	8	8	8
Pago de bolsillo del hogar en salud	15	15	15

Fuente: OMS (2022).

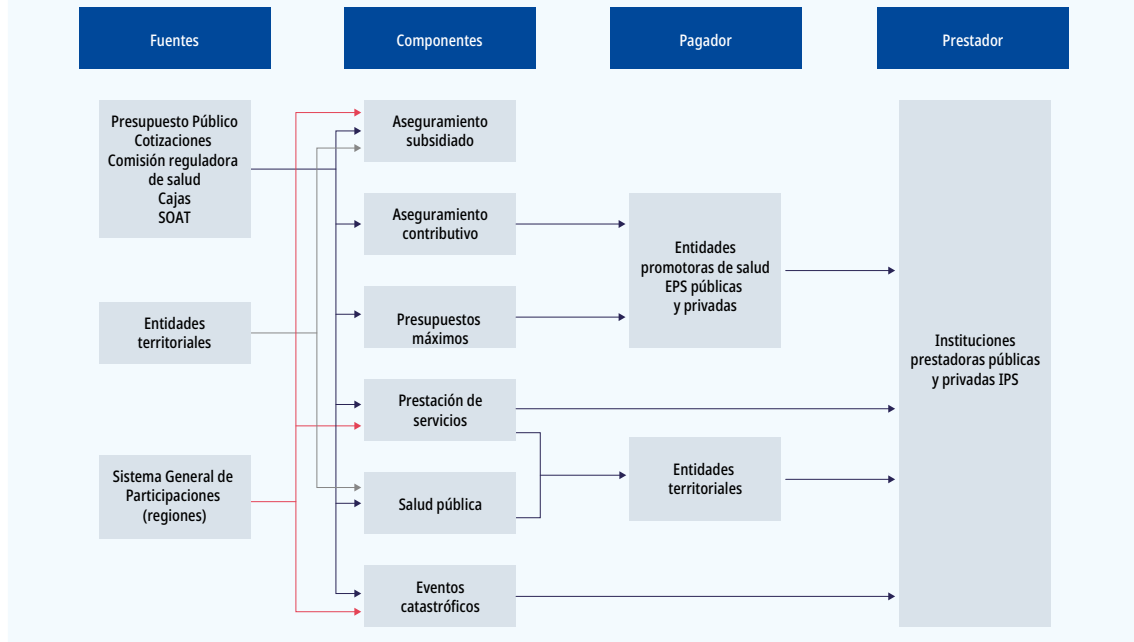
El Sistema reconoce un plan de beneficios con una prima llamada Unidad de Pago por Capitación (UPC) que en el régimen contributivo toma en cuenta edad, sexo y sitio de residencia de la población afiliada e incluye actividades, procedimientos e intervenciones para eventos que requieran atención en los diferentes niveles de complejidad y medicamentos según lista definida. El régimen subsidiado tiene una UPC única y equivale al 66 por ciento de la del régimen contributivo. El Plan de beneficio del Régimen Subsidiado es inferior e incluye actividades, procedimientos e intervenciones del nivel de atención básica, servicios de alto costo y en el nivel de mediana complejidad está limitado a cirugías abdominales, oftalmología y optometría para menores de 20 y mayores de 60 años y atención ambulatoria de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial. El Régimen Subsidiado ha incorporado ampliaciones para algunos territorios (mayores de 100 000 habitantes con acceso a alta complejidad) para la atención de alta complejidad en determinados rubros. En el 2008 se exigió la unificación de los planes de beneficios, pero existieron dificultades de financiarlo. En el 2015 se amplía la UPC para el Régimen Subsidiado y Contributivo. En la práctica enfrentan problemas para cubrir el financiamiento de la UPC y contener el gasto¹⁵. El financiamiento fluye a través de las EPS a los proveedores públicos y privados.

13. Antes de la Ley 100 la participación de los seguros en la población era entre el 15 y 18 por ciento mediante la cobertura del Instituto de Seguridad Social, 4 por ciento por parte de las Cajas de Previsión, 14 por ciento de las Cajas de Compensación, 5 por ciento de la medicina privada y el acceso (no cobertura) a las instituciones públicas. Además, entre el 25 y 35 por ciento de la población no tenía acceso (pobres).

14. El régimen subsidiado se financia mediante aportes de solidaridad de los cotizantes contributivos, recursos de las cajas de compensación familiar, el Sistema General de Participaciones de las entidades territoriales (SGP) creado por la Ley 715 de 2001 y recursos de los entes territoriales procedentes de rentas cedidas o impuestos a las loterías, licores y rifas y juegos. La administración de los recursos está centralizada principalmente en el Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA), cuenta fiduciaria administrada por la Administradora de Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES), anteriormente, la Dirección Financiera del Ministerio de la Protección Social (Guerrero, Gallegos, Becerril-Montekio et al., 2011).

15. Por la deuda de FOSYGA con las EPS, prestadores de servicios de salud y entidades territoriales. Así mismo, igualar la UPC contributiva y subsidiada llevó a un sobre esfuerzo financiero sin tomar medidas de contención del gasto y con cobertura de atención muy amplia en el régimen subsidiado (2/3 de la población). Se suma, la sentencia de la Corte Constitucional que obliga al Estado a prestar servicios de salud sin límites.

► **Figura 7. Financiamiento de la red pública en Colombia**



Fuente: Santa María (2021).

La provisión de servicios de los hospitales públicos está en manos de las Secretarías de Salud departamentales y municipales y los hospitales son empresas sociales estatales. La atención básica está a cargo de los municipios. La provisión de servicios de atención primaria brinda atención clínica y un paquete básico de acciones de salud pública, a pesar de que en el 2011 con el Plan nacional de salud pública se planteó articular la atención primaria con los equipos de salud (consultorios independientes) y los prestadores de servicios públicos y privados. Esto no ha sido posible porque hay municipios que no tienen prestadores de servicios públicos.

Los mecanismos de pago aplicados en Colombia se basan en tarifas para el pago de servicios en hospitales públicos y privados. Las EPS han desarrollado experiencias de mecanismos de pago diversos en varios hospitales públicos y privados para mejorar la eficiencia en el uso de los recursos, pero de manera limitada y aun con problemas para su implementación. Por ejemplo, Cortes, Gorbanev, Agudelo-Londoño *et al.* (2016) evaluaron la posible aplicación de GRD en tres hospitales de alta complejidad, y encontraron que la información era insuficiente, la agrupación por diagnóstico tenía problemas y el 15.3 por ciento no se podía agrupar. De la casuística total registrada, al seleccionar las 15 primeras, estas acumulaban entre el 22 y el 25 por ciento de las hospitalizaciones. Finalmente, al intentar describir los GRD más frecuentes, se observó que estaban mal definidos o eran de baja complejidad, indicando un problema en el registro. Concluyeron que esto supondría un trabajo a largo plazo, que requería voluntad política y una inversión en capacitación y sistemas de información. Gorbanev, Cortes, Torres *et al.* (2011) revisaron la experiencia de ocho EPS en el uso de P4P y encontraron cinco utilizando P4P (del régimen contributivo) para servicios ambulatorios (servicios que no pesan en la facturación total de las aseguradoras y promoción y prevención). El incentivo estaba en el rango de 5-15 por ciento del pago habitual por cumplimiento de metas de productividad. Las alianzas entre aseguradoras y prestadores de servicios ambulatorios les permitió aplicar un alto control con incentivos bajos. Concluyeron que la aplicación de P4P depende de la capacidad de gerencia. No se aplica P4P en hospitales debido a la fragmentación del aseguramiento, ya que estas tienen bajo volumen de compra de servicios y no generan interés por el uso de P4P, pero también por la dificultad de las aseguradoras de estandarizar la práctica médica.

A nivel de la atención primaria, la aplicación del per cápita es generalizada y se basa en un presupuesto histórico con ajustes por mandato a partir de una evaluación de los costos y ampliaciones.

La adscripción está en manos de las EPS para afiliados públicos y privados que requieran acceder a la atención. El régimen subsidiado afilia a la población identificada mediante la aplicación del SISBEN¹⁶ por focalización, clasificada en los niveles 1 y 2, y a la identificada mediante listados censales. El régimen contributivo adscribe a partir de la contratación formal de trabajadores dependientes e independientes.

En suma, Colombia tiene un sistema mixto que ha pasado por varias reformas en corto tiempo¹⁷. Sus avances en el desarrollo de mecanismos de pago han sido escasos producto de la continua recomposición del sistema y su financiamiento.

4.2. Mecanismos de pago para el primer nivel de atención

El mecanismo de pago que mejor se adapta para la atención primaria es el pago per cápita, que permite una asignación poblacional con criterios de ajuste. Vargas y Poblete (2006), realizaron una revisión de los per cápita de 15 países para analizar los criterios de ajuste aplicados con el fin de encontrar aportes para una mejor definición del per cápita. Cid Pedraza (2020), por su parte, analiza la variable per cápita de diez países y sus criterios de ajuste para una mejor aplicación al concepto de redes integradas de salud. A continuación, se presenta un consolidado de los hallazgos de ambos análisis para los pagos per cápita.

► **Tabla 11. Experiencias de países y características de los esquemas de capitación en atención primaria**

País	Ajustes individuales	Ajustes agregados	Otros ajustes
Alemania	Edad, sexo. Diagnósticos agrupados por costos		
Australia (Nueva Gales del Sur)	Edad, sexo, etnicidad	Ruralidad, etnicidad de trabajadores, necesidad de salud (mortalidad, estatus socioeconómico y ubicación geográfica)	Dispersión de costos regionales
Bulgaria	Pacientes con afecciones crónicas	Condiciones desfavorables de desempeño (zonas montañosas, lejanas o con pobre infraestructura)	
Canadá	Edad, sexo, estatus seguridad social, etnicidad	Lejanía	Dispersión de costos regionales
España		Insularidad, población mayor de 65 años	
Estados Unidos (Medicaid)	Edad, sexo		
Finlandia	Edad	Perfil de morbilidad, lejanía Áreas del archipiélago	
Holanda	Edad (mayores de 65 años), sexo, estatus de seguridad social	Grupo de costo de fármacos, grupo de costo de diagnóstico (DCG)	Transferencia de fondo central asegurados regionales al GP
Inglaterra	Edad, sexo		Dispersión de costos regionales

16. El SISBEN es un sistema de identificación de potenciales beneficiarios de programas sociales en Colombia. Clasifica a las personas en función de sus condiciones de vida y de sus ingresos.

17. En 1990 se dejó de lado al sistema estatal de salud y se dio paso a la venta de servicios por parte de los hospitales. En 1993, se creó el Sistema General de Seguridad Social, que incluyó la competencia regulada, la obligatoriedad de contratación de pólizas de seguro de los trabajadores, con la responsabilidad del Estado sobre la cobertura de las pólizas para la población en situación de pobreza. En 2011 se dio un nuevo proceso de cambio en el sistema de salud colombiano con la creación de nuevos organismos, el énfasis en la universalización del aseguramiento y la sostenibilidad financiera, el fortalecimiento de la rectoría, la incorporación del modelo de atención primaria en salud, entre otros cambios.

País	Ajustes individuales	Ajustes agregados	Otros ajustes
Irlanda del Norte	Edad, sexo	Necesidad de salud (tasa de mortalidad)	Dispersión de costos entre áreas rurales y urbanas
Italia	Edad, sexo	Mortalidad, indicador epidemiológico territorial	Pago a GP por parte de Fondo de salud. Municipios responsables de salud primaria
Noruega	Edad, sexo		
Nueva Zelanda	Edad, sexo, etnicidad, estatus socioeconómico		Características de la Organización de salud primaria (si incurrió en faltas)
Polonia	Edad (mayores de 65 años y menores de 5)		
Brasil	No considera (el pago per cápita es plano)		Programas estratégicos de salud bucal, asistencia farmacéutica básica, lucha contra las deficiencias nutricionales, lucha contra las endemias y vigilancia sanitaria
Dinamarca	Edad, sexo, socioeconómico		
Chile	Edad, sexo, socioeconómicos	Ruralidad	Asignaciones fijas por programación y actividad, y por desempeño difícil a médicos del primer nivel.

Nota: *Maryland y Minnesota utiliza el método ACG (*Adjusted Clinicals Groups*) y Oregon utiliza el DPS (*Drugs Payment Scheme*)
Fuente: Cid Pedraza (2020); Vargas y Poblete (2006).

Los ajustes más utilizados en el uso de pago per cápita son edad y sexo, como base, seguidos de ajustes con variables demográficas, de etnicidad, geográficas, socioeconómicas y epidemiológicas (incluyendo tasas de mortalidad y códigos de diagnósticos). La disponibilidad de información es una condición para la aplicación de ajustes en los pagos per cápita, por ejemplo, un censo correcto que identifique la pobreza o información trazadora del comportamiento de las enfermedades en la población. La ruralidad y el problema del acceso de comunidades alejadas puede ser un ajuste para tomar en cuenta a partir de la definición de poblaciones por debajo de una determinada densidad.

En todo caso, la experiencia internacional muestra que las fórmulas son dinámicas y van ajustándose a medida que se va monitoreando los efectos de la implementación con el fin de aplicar cambios en los grupos poblaciones, en los perfiles epidemiológicos de determinadas zonas, entre otros.

Cid Pedraza (2020) analiza el pago per cápita para su aplicación en el financiamiento de las Redes Integradas de Servicios de Salud y no solo por establecimiento. Esto indica que el per cápita tendría que incluir criterios de eficiencia y equidad para una mejor distribución del riesgo entre financiadores y proveedores, que tome en cuenta pérdida financiera por efecto de la enfermedad, cambios en el uso, y costos, por acceso. Así se tendría una cápita basada en las necesidades de la población y se promovería la articulación entre niveles de atención. Este sería un cápita ajustado por riesgo con un pago mixto prospectivo (estructuras o costos fijos) y otro retrospectivo (costo de la morbilidad esperada y actividad). Como se muestra en la tabla anterior, los ajustes por riesgo no son nuevos y permiten asignaciones más justas en beneficio de la población. Sin embargo, no solo es el mecanismo de pago per cápita ajustado por riesgo, se requieren adecuaciones a la planificación en salud y presupuestos de salud para que se alineen los propósitos.

4.3. Experiencias de mecanismos de pago en hospitales

4.3.1. Pago per cápita

La experiencia del pago per cápita se aplica también a hospitales, aunque tiene grandes limitaciones. A continuación se presentan dos experiencias. La primera en un hospital de nivel secundario con población adscrita al hospital en Vietnam con resultados favorables y la segunda en un hospital terciario de Nueva Zelanda con resultados poco satisfactorios para los hospitales, dando cuenta de la importancia de los incentivos y riesgos entre comprador y proveedor en cada uno de los mecanismos de pago.

4.3.1.1. Vietnam

La seguridad social de Vietnam fijó un plan para transitar de pagos por servicios a contratos con pagos per cápita a establecimientos de primer nivel (principalmente hospitales de distrito) y limitar los pagos por actos y por casos a los establecimientos de referencia.

Nguyen, Bales, Wagstaff *et al.* (2013) se refieren a la aplicación de un pago per cápita prospectivo para los hospitales de distrito para brindar un conjunto de prestaciones por cada paciente adscrito al hospital. El mecanismo implicaba que, si el proveedor gastaba más que lo recibido por el presupuesto per cápita, éste asumía el gasto con sus recursos (a través de retención de excedentes o con ingresos). En cambio, si gastaba menos podía retener y reinvertir el excedente.

El cálculo del pago per cápita se hizo a partir de los datos de los reembolsos promedio provinciales históricos basados en los pagos por servicios (entre el 2005 y 2011), para cada una de las seis categorías de afiliación que posee el seguro¹⁸ y los multiplicaron por el número de personas adscrita en cada categoría registrada en el hospital. En el Anexo 2 se incluye la fórmula utilizada para el cálculo.

Los resultados de la aplicación muestran que cambiar al pago per cápita mejoró la eficiencia para producir lo mismo con menor gasto. Los hospitales lograron un gasto de medicamentos de un 8,7 por ciento menor en comparación con los hospitales sin capitación. Asimismo, se redujo el gasto corriente en un 5,2 por ciento. Así, los hospitales de distrito respondieron a pago per cápita reduciendo costos. En cuanto a la calidad, no se pudo verificar si hubo mejoras o si se mantuvo como antes. Sin embargo, también hubo algunos problemas por ajustar el per cápita a las seis categorías que dio como resultado diferentes montos de capitación para distintos grupos de categorías que no reflejan necesariamente los riesgos para la salud. Por ejemplo, las personas en situación de pobreza y los niños menores de 6 años, cuya prima está totalmente subsidiada, obtuvieron la tasa de capitación más baja. En cambio, los trabajadores del sector formal, los grupos voluntarios y los jubilados obtuvieron las tasas de capitación más altas. Otro problema que se obtuvo fue la limitada capacidad de los hospitales de distrito para controlar su propio presupuesto.

En suma, en esta experiencia se expresan resultados mixtos, con algunos hospitales mostrando mejoras en la ejecución de su presupuesto y en otros casos no. También se debe resaltar que no se pudo constatar si hubo un impacto importante en la calidad. La reducción de costos puede ser deseable, siempre y cuando esto no signifique una caída en la calidad de los servicios.

4.3.1.2. Nueva Zelanda

Nueva Zelanda introdujo en el 2003 un sistema de pago per cápita basado en las características de la población regional. Shin, Schumacher y Fees (2017), encontraron que el monto de la financiación basada

18. (1) funcionarios públicos y empleados del sector formal; (2) jubilados y personas que reciben subsidios, héroes de guerra; (3) personas en situación de pobreza; (4) alumnos y estudiantes; (5) niños menores de 6 años; y (6) el resto de la población, en su mayoría trabajadores del sector informal y dependientes de trabajadores del sector formal.

en la población regional, y no en el tratamiento real brindado o la cantidad de hospitales operados, subfinanció los hospitales terciarios. El pago per cápita se ajustaba por edad, sexo, etnia, niveles de pobreza y densidad poblacional. También se consideraba el pago capitado para los pacientes transferidos entre las Juntas de Distrito de Salud; el Ministerio de Salud asignaba fondos adicionales a estas Juntas cuando brindaban servicios terciarios con la finalidad de cubrir los costos más altos del tratamiento de casos más complejos.

Desde la introducción del sistema de financiación basado en la población, las Juntas Distritales de Salud de nivel terciario se han quejado de que sufren una selección adversa y que el ajustador de su nivel no es suficiente para cubrir los mayores costos realizados para, por ejemplo, tratamiento de casos de alta complejidad. El estudio se basó en un análisis de aproximadamente 7 500 000 eventos hospitalarios financiados con fondos públicos desde julio de 2003 hasta junio de 2011.

El principal hallazgo del estudio fue que las Juntas Distritales de Salud que tratan casos más complejos obtienen una financiación menor por caso, lo que indica que los factores de ajuste son insuficientes para dar cuenta de que los pacientes de alto riesgo no solo generan mayores costos por caso, sino que también requieren un mayor número de tratamientos.

El ejemplo de Nueva Zelanda con la aplicación del método per cápita de manera generalizada muestra los problemas de basarse en un cálculo poblacional para una atención terciaria donde los incentivos resultan inadecuados en la atención de los pacientes.

4.3.2. Pago por desempeño (P4P)

Como se vio anteriormente, el pago por desempeño (P4P por sus siglas en inglés) es una estrategia diseñada para mejorar la calidad de la atención médica a través de incentivos financieros e intenta mejorar la adherencia a las mejores prácticas proporcionando incentivos financieros para los profesionales de la salud. Sin embargo, la adherencia a las mejores prácticas no es la única medida de desempeño, las medidas de resultado también son una fuente de evaluación. Por otro lado, P4P evita los posibles incentivos negativos de los esquemas de reembolso que vinculan el pago con el volumen de atenciones.

Kovacs, Powell-Jackson, Kristensen *et al.* (2019) realizaron un estudio de P4P en países de ingresos bajos y medios y encontraron 41 esquemas de P4P implementados en el primer nivel de atención, en hospitales, en múltiples niveles de atención y en colegios, con trabajadores de salud comunitarios. Asimismo, hallaron que estos fueron aplicados en su mayoría en servicios públicos y en menor medida en servicios mixtos públicos-privados.

A continuación, se presentan dos experiencias de la aplicación de P4P: la de Estados Unidos, que muestra los efectos variados e indeterminados de su aplicación, y la experiencia de Tailandia, que muestra una experiencia exitosa de P4P.

4.3.2.1. Estados Unidos

Kyeremanteng, Rodidoux, D'Egidio *et al.* (2019) realizaron una investigación de P4P en hospitales de Canadá y Estados Unidos. En el caso de Estados Unidos, la investigación ha demostrado que el impacto de P4P es mixto. La mayoría de los estudios encontraron un beneficio pequeño de dichos programas, pero la calidad de la evidencia es heterogénea. Los autores refieren, por ejemplo, en 2007, que un estudio analizó un programa P4P basado en recompensas con el objetivo de mejorar los informes públicos, analizando una población de pacientes cardíacos en 613 hospitales estadounidenses, incluido un componente P4P financiado por el gobierno federal, en comparación con 403 hospitales estadounidenses que dependían del salario base. Los investigadores concluyeron que P4P ofreció pequeñas mejoras cuando se unió a una iniciativa de informes públicos.

En el mismo año, otro estudio sobre la mejora de la calidad, utilizando el P4P basado en recompensas para pacientes cardíacos (en 54 hospitales estadounidenses que participaban en un proyecto piloto de P4P financiado con fondos federales, en comparación con 446 hospitales de control), encontró que el programa no parecía afectar la calidad de la atención. Unos años más tarde, se realizó un metaanálisis de P4P en varios países, que arrojó resultados contradictorios similares y, en última instancia, concluyó que los efectos de P4P pueden variar ampliamente, dependiendo de la instancia específica analizada y de una serie de factores contextuales, como la magnitud relativa de los incentivos, cómo se midieron los objetivos, la duración de la intervención y el tipo de tratamiento médico buscado.

Los autores concluyeron que la magnitud del incentivo financiero ofrecido puede ser uno de esos factores que influyen en los resultados de las prácticas de P4P. Pero ¿cuánto incentivo resultará en resultados positivos? ¿Es justo decir que es probable que más dinero genere más cambios? Un estudio sugirió que un aumento del 5 por ciento en los ingresos per cápita de los médicos podría ser lo suficientemente significativo como para influir en el comportamiento. Sin embargo, el entorno y el contexto también juegan un papel, independientemente de la compensación bruta.

En un contexto de Medicina de Cuidados Críticos, en tres hospitales académicos en Pensilvania, incluidas las UCI mixtas y de subespecialidades, se ha demostrado que P4P aumenta las exclusiones basadas en la elegibilidad, pero no tiene ningún efecto sobre la mortalidad y los resultados adyacentes. Sin embargo, la calidad de la atención puede variar según el riesgo del paciente y la gravedad de la afección, y esto no siempre se tiene en cuenta al medir los resultados de los pacientes en la UCI.

Los autores, resumieron las estructuras del P4P más utilizados en tres tipos, según se muestra en la Tabla 12.

► **Tabla 12. Estados Unidos: características distintivas clave de las estructuras P4P más comunes**

Estructuras basadas en:	Incentivos	Punto de referencia	Medidas de calidad
Comparación con otros	Basado en recompensas	Desempeño absoluto	Basado en resultados
Estándares de atención	Basado en penalidad	N/A	Basado en procesos
Evidencia previa	N/A	Desempeño relativo	Basado en la estructura

Fuente: Kyremanteng, Rodidoux, D'Egidio *et al.* (2019).

4.3.2.2. Tailandia

Tailandia introdujo el P4P en el 2010 para lograr la cobertura universal en salud en el país. Se aplicó en hospitales de distritos, hospitales promotores de salud y/o unidades de atención primaria llamados CUP. Los hospitales de distrito aplican atención primaria y secundaria, los hospitales promotores de la salud solo brindan atención primaria, servicios comunitarios, servicios de promoción de la salud y prevención de enfermedades.

El primer programa de P4P, denominado pago adicional, buscaba reducir las variaciones en la calidad y accesibilidad de la prestación de atención al alentar a los CUP para mejorar la infraestructura y el personal. Dado que este programa fue criticado por no contribuir claramente a la calidad de los servicios y los resultados de salud, fue reemplazado por el Marco de Calidad y Resultados (QOF) en octubre de 2013. Como iniciativa de P4P, el QOF incentiva a los proveedores de salud a mejorar la calidad de la atención primaria en áreas clave predeterminadas, a saber: i) promoción de la salud y enfermedades, prevención; ii) servicios de atención primaria de la salud; iii) desarrollo y gestión organizacional; y iv) servicios dirigidos a las necesidades locales.

Se crearon dos tipos de indicadores QOF: indicadores básicos, utilizados a nivel de CUP en todo el país, e indicadores locales, desarrollados por juntas regionales de salud, que se encuentran en las Oficinas Provinciales de Salud y regionales, provinciales, y hospitales de distrito. A su vez se separaron en cuatro categorías: a) indicadores de calidad y desempeño de promoción de la salud y prevención de

enfermedades; *b*) indicadores de calidad y desempeño de servicios de atención primaria; *c*) indicadores de calidad y desempeño de desarrollo organizacional y gestión; y *d*) indicadores de calidad y desempeño de servicios prioritarios a las necesidades locales.

El programa QOF fue exitoso, obtuvo apoyo político y recibió la aprobación colectiva para la mejora de la calidad y el desempeño, a pesar de que enfrentó obstáculos para lograr los incentivos adecuados para los prestadores de servicios de salud.

4.3.3. Grupos Relacionados de Diagnóstico

En GRD las agrupaciones pueden variar en sus aplicaciones, en su mayoría se agrupan por diagnósticos, pero también pueden agrupar procedimientos (la primera es la más aplicada).

La implementación de los GRD puede enfrentar dificultades porque requiere de mayores recursos, de una fuerza laboral de salud más fuerte y de una cantidad adecuada de médicos. Además, la aplicación de GRD a menudo requiere una sólida capacidad de gestión de los órganos de gobierno, sistemas de contabilidad y financieros sofisticados y sistemas de información de salud coordinados. Las ventajas de su aplicación se ven en mejoras de eficiencia de la atención médica (Zou, Li, Zhou *et al.* 2020).

A continuación, se presentan los casos de México y Estonia, el primero con una adopción de GRD que presentó dificultades, con la necesidad de enmendar el rumbo por procesos complejos y buscar soluciones más adecuadas a su realidad. La experiencia de Estonia, por el contrario, muestra un proceso de diseño ordenado, con la identificación de cuellos de botella por resolver antes de la implementación y búsqueda de la mejor ruta para su viabilidad.

4.3.3.1. México

El caso de México resulta una advertencia en la implementación de GRD, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) a fines de los noventa introdujo los GRD para mejorar el manejo clínico y reducir variaciones en la práctica clínica. Seleccionaron los diagnósticos de uso frecuente y los agruparon en aproximadamente 40 a 60 categorías que fueran clínicamente similares. Lograron simplificar 18 000 diagnósticos de alta hospitalaria, y dentro de la clasificación internacional de enfermedades (CIE) se simplificaron aproximadamente 500 GRD. Sin embargo, los GRD fueron hechos por cada hospital obteniendo así una variación significativa entre los 15 hospitales que participaron. Los GRD se suspendieron en 2003, también por el costo del sistema de información y tecnología y los recursos humanos necesarios para desarrollarlos y mantenerlos (Mathauer y Wittenbecher 2012).

Sin embargo, después de la suspensión el IMSS adoptó los GRD-HCFA (Administración de finanzas de atención médica) que se restringió a gastos de insumos materiales, que representaban aproximadamente el 2-8 por ciento del gasto hospitalario (2006), con el uso en simultáneo de gasto histórico. Actualmente el IMSS cuenta con más de 700 GRD que cubren gastos médicos y materiales.

La experiencia mexicana deja lecciones importantes en torno a la necesidad de trabajar mecanismos de pago sobre esquemas estandarizados para todas las instituciones de salud que participan del proceso.

4.3.3.2. Estonia

Estonia al momento de aplicar GRDs contaba con el Fondo de Seguro de Salud de Estonia (EHIF) que obtenía información detallada de los hospitales como, procedimientos, atenciones, hospitalizaciones, entre otros; y estaban en condiciones de resumir los costos del procedimiento por caso hospitalario paciente. El proceso de diseño empezó en 2001 y se evaluó los diferentes GRD aplicados en otros países, entre ellos los GRD-refinado australiano y otros. Asimismo, se evaluó los sistemas de información

disponibles y se analizaron los cambios requeridos para lograr que los GRD funcionen. Así, se llegó a identificar los sistemas requeridos señalados en la Tabla 13.

► **Tabla 13. Estonia: GRDs y sistemas de información**

Sistema	Función principal
1. Sistema informático de los proveedores para historial médico	Primer nivel donde llega la información (sexo del paciente, edad, diagnóstico, etc.) para la agrupación de GRD
2. DRG Grouper	Software que transforma la Información del paciente a los grupos DRG
3. Sistema de contabilidad del proveedor	Transforma la información necesaria (incluido DRG) al formato de factura médica que se transmitirá al EHIF
4. Sistema informático de EHIF	Verificación de facturas médicas transmitidas, reembolso
5. Herramienta de análisis y planificación	Visual DRG facilita el seguimiento de la agrupación DRG lógica a nivel de caso individual

Fuente: DEHIF (2009).

El fin de los ajustes a los sistemas consistía en encontrar la solución más sencilla para los proveedores en el manejo de los GRD. Por ello, se definió un agrupador central y se acordó que el proceso de agrupamiento no debía ser un proceso complicado técnicamente ni que llevase mucho tiempo. Además, para evitar la oposición de los proveedores solo se planificaron cambios mínimos para la aplicación de los GRD en los sistemas de información de los proveedores.

El proceso se basó en las facturas que llenaban los proveedores separando las facturas de internamiento y casos de cirugía ambulatoria, que fueron las que pasaron a la agrupación GRD en el servidor central de EHIF. Tras la agrupación, teniendo en cuenta los precios de GRD, se calculó el monto total de la factura médica. Finalmente, para el manejo de los pagos se compararon las facturas médicas contra los controles de contenido electrónico. Aquellas facturas que no presentaron problemas se pasaron al proveedor para su aceptación final antes del pago.

Los precios de los GRD se calcularon en función de la información de facturación médica de la atención hospitalaria aguda y atención ambulatoria quirúrgica, disponible en EHIF, eliminando los casos atípicos con un costo fuera de tres desviaciones estándar y de éstos excluyeron los valores atípicos con costos fuera de dos desviaciones estándar. Los costos promedio por caso basados en esta información dieron una aproximación relativamente buena de los costos reales por caso. Se planificó que los costos reales se actualizarían más adelante si se desarrollaba el modelo de costos.

Estonia ha mantenido el mismo mecanismo, no ha habido modificaciones en las clasificaciones primarias con el sistema *Nordic Medico-Statistical Committee* (NOMESCO) Clasificador de Procedimientos Quirúrgicos (NCSP). El NCSP salvaguarda las clasificaciones, las actualizaciones y las propuestas de cambios en las agrupaciones son evaluadas por el Centro Nórdico.

Una condición básica para la buena implementación ha sido desarrollar las capacidades locales a nivel de país y convocar paneles para tener discusiones entre administradores y médicos. Todas las actividades locales pueden luego alimentar la colaboración internacional donde se llevan a cabo reuniones periódicas. Otro punto clave en los GRD fue la decisión de la EHIF de que los precios debían ser iguales para todos los proveedores y no habría tarifas más altas para los hospitales docentes o para otros hospitales especializados o de nivel superior. El argumento utilizado fue que no había ninguna buena razón por la que una apendicectomía o una amigdalectomía ordinarias fueran más costosas en hospitales de nivel superior. Por otro lado, los hospitales de nivel superior están acostumbrados a atender casos más complicados y esto ya es tenido en cuenta en la lógica de agrupación de GRD (DEHIF, 2009).

4.4. Adscripción

Como se pudo observar en la sección sobre experiencias internacionales de los sistemas de salud en el financiamiento, la adscripción puede ser un proceso obligatorio de entrada en los sistemas de salud únicos o basados en un seguro público, en cambio en los sistemas mixtos la adscripción puede variar de acuerdo con la red de servicios de salud a la que corresponda el individuo (en algunos casos permite libre elección) o asociada con la afiliación al asegurador que corresponda (con evaluación y plena identificación o automática). Sin embargo, la adscripción se vincula no solo con la organización de los sistemas y subsistemas, sino también con un consenso del modelo asistencial y la combinación de factores (recursos humanos, capacidad de resolución, cartera de servicios) que hacen posible su implementación.

Mena (2021) revisa la experiencia de la adscripción en países sudamericanos encontrando que, en estos, el proceso es territorial y en base a un rango de número de familias por unidad de servicio (que cuenta con un equipo básico de personal de salud) y utilizando a los agentes comunitarios para facilitar el acceso de la población a la adscripción. En general, para la adscripción, la población requiere del documento de identidad y para su aplicación cuentan con sistemas de verificación de la identidad, condición de pobreza, entre otros aspectos.

Tsui, Hirsch, Bayer *et al.* (2020) detectaron, mediante la realización de un estudio sobre acceso a la salud en Estados Unidos, la importancia de monitorear la distribución espacial de los recursos de atención médica en un contexto de disparidad en el acceso a la salud. Concluyeron que no basta con mejorar el acceso al aseguramiento y cumplir con el proceso de la adscripción de la población, importan más las barreras de acceso a la atención ambulatoria. Enfatizaron la importancia de comprender el contexto del vecindario y el acceso geográfico a los recursos de atención médica al diseñar programas y políticas de salud de la población.

Forti (2009), en una revisión de las experiencias internacionales de la APS como puerta de entrada al sistema de salud, encuentra diversidad en la definición de la APS y en los sistemas de salud. En el caso de países europeos, el Reino Unido, España, Portugal y Holanda, la adscripción es obligatoria, se realiza con el proveedor y el beneficiario tiene libre elección regulada de médico. En el caso de países latinoamericanos existe mayor diversidad en el mecanismo de adscripción. En la mayoría de los países revisados la adscripción es obligatoria, ya sea a nivel individual o familiar. Otro aspecto es la elección del prestador. En algunos países no hay libre elección (Brasil, Costa Rica y Panamá), aunque en otros países sí se permite algún nivel de elección del prestador (Chile, Uruguay y Venezuela). Sin embargo, la libre elección podría reflejar una debilidad en el rol de la APS como mecanismo ordenador del sistema.

A continuación, se incluyen dos ejemplos de adscripción, el caso de Perú basado en la afiliación al asegurador asociado con la adscripción al establecimiento de salud y la experiencia de Brasil con adscripción en el proveedor de servicios.

4.4.1. Perú

La adscripción en salud es vinculante con el tipo de seguro de la población. El seguro público (Seguro Integral de Salud, SIS) afilia a la población a través de sus oficinas desconcentradas a nivel nacional con el uso del documento de identidad como mecanismo de identificación. El SIS cuenta con un régimen subsidiado, que se apoya en el Sistema de Focalización de Hogares (SISFOH) para calificar a los pobres y pobres extremos; y un régimen semi contributivo en el que se afilia a trabajadores independientes, informales, microempresas y en general a personas sin seguro. La afiliación al seguro permite la adscripción al establecimiento de salud más cercano al domicilio de la red de servicios pública (del Ministerio de Salud y de los Gobiernos Regionales) siguiendo los lineamientos del Modelo de Atención Integral para el acceso al sistema a través del primer nivel de atención.

En el caso de los asegurados al seguro social (EsSalud), la afiliación es automática una vez que el trabajador dependiente es contratado y se extiende el beneficio para sus dependientes declarados. La

adscripción a un establecimiento se produce con el registro del domicilio en la base de datos de EsSalud y el criterio de adscripción es la cercanía para el asegurado a su domicilio. De igual modo operan los subsistemas de las Fuerzas Armadas y Policía Nacional del Perú. La adscripción es a la red de servicios de salud a la que corresponde el aseguramiento de cada individuo.

4.4.2. Brasil

En Brasil, el Sistema Único de Salud (SUS), con su estrategia de Salud Familia, cubre a las familias con mayor vulnerabilidad social y económica y se desarrolla dentro de la estrategia de atención primaria de salud. La estrategia se concreta en el Programa Salud de la Familia (PSF) para el sector público y actúa con Equipos de Salud Familia (ESF) distribuidos territorialmente donde se encuentra la población vulnerable. Los ESF atienden necesidades de atención de salud de la población en el primer nivel de atención. Los ESF operan complementariamente a las Unidades Básicas de Salud tradicionales (territoriales) o a veces compiten con éstas (Pérez y Arrivillaga 2017). La creación de los ESF se dio con el fin de mejorar el acceso de la población a la salud. La adscripción es a través de la Unidad Básica de Salud (UBS), pero los ESF realizan la búsqueda activa de la población y prestan servicios en municipios de menos de 50 000 habitantes.

La adscripción territorial es un eje de la estrategia de atención primaria de salud. Las UBS tienen una población adscrita, pero puede ser pasiva (a demanda), y los ESF promueven la adscripción efectiva, en especial de la población vulnerable.

► 5. Resumen de los MPPs en el sistema público de Ecuador

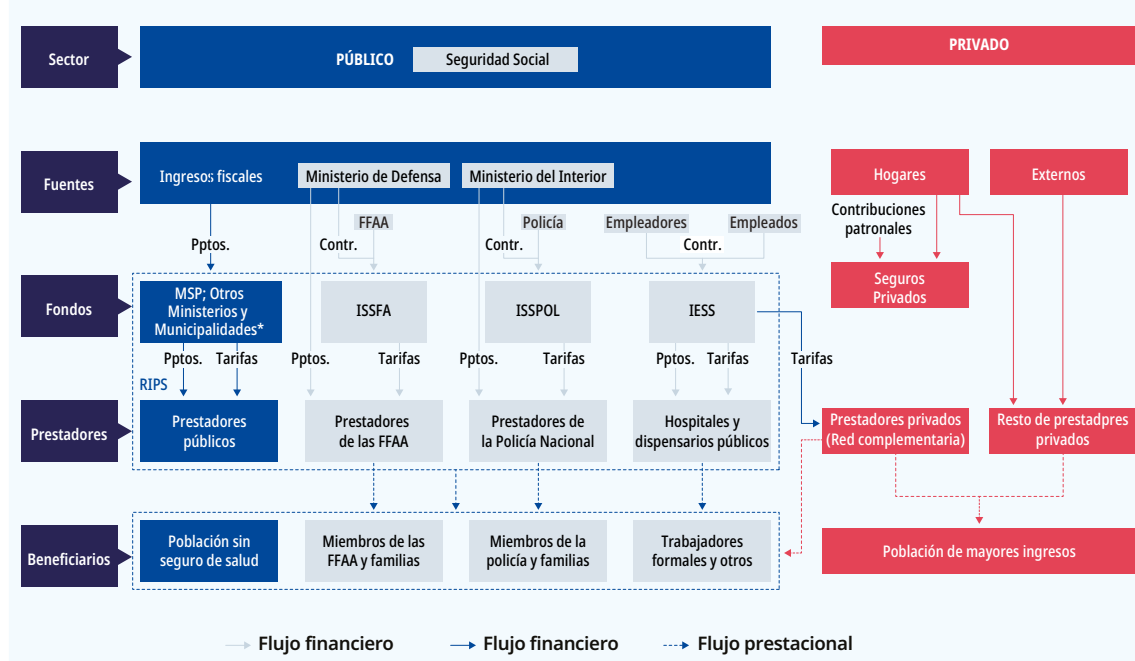
5.1. Contexto general: sistema de salud en Ecuador

El sistema de salud ecuatoriano, o Sistema Nacional de Salud, es un sistema mixto, segmentado y fracturado. El sistema público incluye a cuatro subsistemas públicos: i) el MSP; ii) el IESS; iii) el ISSFA y Fuerzas Armadas; y iv) el ISSPOL y la Policía Nacional. La segmentación se refiere a un aseguramiento que depende de características específicas de la población. En el caso del IESS, este asegura a los trabajadores formales y tiene su propio fondo. Lo mismo ocurre para el ISSFA que cubre a los militares de las fuerzas armadas y sus familias y el ISSPOL que cubre al policía y sus familiares. En el caso del MSP, aunque no funciona como un seguro, sí ofrece cobertura a la población sin seguro de salud. Por un lado, los subsistemas de seguridad social (IESS, ISSFA e ISSPOL) se financian con contribuciones de empleadores y empleados. Mientras que el subsistema del MSP se financia con impuestos y funciona como un sistema nacional (ver sección 4.1).

La fragmentación se refiere a la organización de los prestadores o proveedores de servicios de salud. Cada subsistema administra sus propios prestadores que, aunque son parte de la Red Pública Integral de Salud (RPIS), no funcionan como una red integrada. Asimismo, existe cierto nivel de coordinación a través del reconocimiento económico para servicios prestados a personas con otro aseguramiento dentro del RPIS y con la red privada complementaria, sin embargo, aún no se han implementado la gestión de redes integradas de servicios de salud. La atención integrada a través de redes integradas de servicios de salud se refiere a las formas para coordinar la atención de manera intencional y sistemática. Esto incluye la comunicación y el aprendizaje, en todos los niveles de prestadores que trabajan en distintos estratos o escenarios para brindar atención adecuada, oportuna y de alta calidad.

La Figura 8 muestra de manera general el financiamiento del sistema de salud en Ecuador. En el lado izquierdo, en amarillo, se especifica cómo interpretar cada fila de la figura. Por ejemplo, el sector puede ser público o privado y dentro del sector público se encuentran los subsectores de la seguridad social. La siguiente fila se refiere a las fuentes de financiamiento de los subsectores. El subsector público se financia con recursos fiscales financiando los “fondos” (en la siguiente fila) del MSP, otros ministerios y las municipalidades. Mientras que los subsectores de la seguridad se financian con contribuciones de los empleadores, de los trabajadores y también con recursos fiscales.

► **Figura 8. Financiamiento del Sistema Nacional de Salud de Ecuador**



Nota: * Las municipalidades no forman parte de la RPIS. Pptos: presupuestos; Contr.: contribuciones.

Fuente: elaboración propia en base a la normativa vigente, Lucio, López, Leines et al. (2019) y las entrevistas con actores clave.

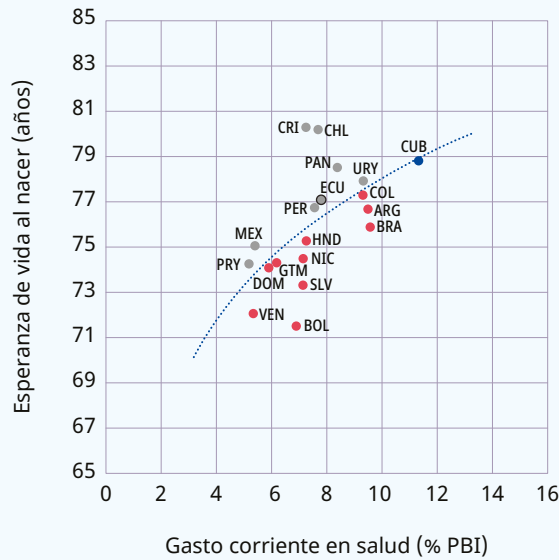
Los fondos reciben recursos, ya sea vía presupuestos o vía contribuciones. El agente financiador del MSP es el Ministerio de Economía y Finanzas (MEF), mientras que las unidades de compra son el MSP y los otros ministerios y municipalidades que compran servicios de salud. En el caso de los subsectores de seguridad social, los agentes financiadores son los mismos fondos que reciben las contribuciones y que también son sus propias unidades de compra.

Los prestadores reciben la mayor parte de sus recursos vía presupuestos, como es por ejemplo el mecanismo de pago de prestadores en base a presupuestos globales. Esto quiere decir que el MEF también cumple la función de unidad de compra, ya que estaría comprando servicios a los prestadores vía los presupuestos globales. Sin embargo, también existen pagos entre subsectores a través de pagos por actos y según el tarifario (esto se verá más en detalle en la siguiente sección). En la Figura 8, las flechas de las tarifas están al centro de la RPIS, indicando que las unidades de compra pueden comprar a cualquier prestador de la RPIS.

La RPIS se muestra como un rectángulo (línea azul punteada) que abarca a todos los prestadores de los subsistemas públicos y los aseguradores públicos, con excepción de las municipalidades. Cada subsistema entrega servicios a sus beneficiarios, pero cuando la red propia no puede otorgar el servicio puede derivar a su beneficiario a prestadores de otros subsectores públicos y prestadores de la red privada complementaria. Así un beneficiario de ISSPOL se puede atender en prestadores de IESS, ISSFA o del MSP, teniendo la derivación correspondiente. Al recibir esta atención, el fondo correspondiente paga la tarifa al prestador que brindó el servicio.

Desde una visión global del sistema de salud, una forma de evaluar el nivel de eficiencia de un sistema de salud es comparando el gasto corriente total en salud con la esperanza de vida al nacer. Claramente los determinantes del estado de salud van más allá del gasto corriente total en salud, pero se utiliza como un indicador general de la inversión en salud del país. Cabe señalar que el gasto corriente total en salud incluye a todos los sectores, tanto público como privado. Por otro lado, cuando se quiere comparar lo que se invierte con los resultados obtenidos en salud, se utilizan indicadores de salud, y en este caso se opta por la esperanza de vida al nacer como un indicador general del estado de salud de la población.

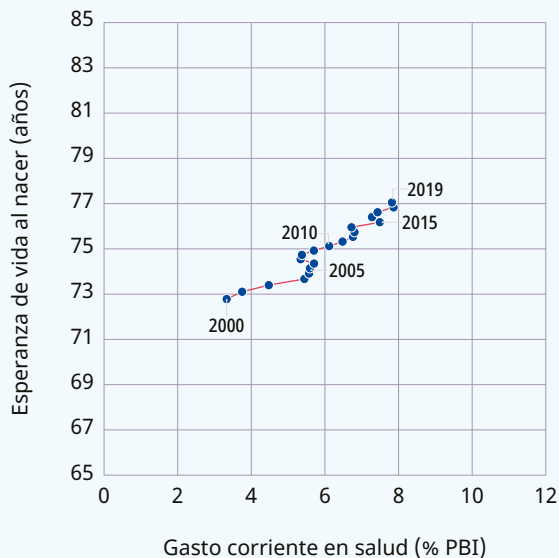
► **Figura 9. Gasto en salud y esperanza de vida al nacer, 2019**



Fuente: Elaboración propia en base al Banco Mundial (2022).

La Figura 9 muestra el gasto corriente total en salud y la esperanza de vida al nacer de países seleccionados de América Latina. La línea punteada azul representa una estimación de la relación entre el nivel de gasto total y la esperanza de vida al nacer. Dicha estimación muestra una relación positiva del gasto total y la esperanza de vida, que se interpreta como a mayor gasto más años de vida (mejor estado de salud). Los países representados por puntos grises (incluyendo Ecuador) son los que obtienen un nivel de esperanza de vida mayor al esperado dado su nivel de inversión en salud (gasto corriente total en salud). Chile (CHL) y Costa Rica (CRI) invierten a niveles similares que Ecuador, pero logran más años de esperanza de vida al nacer, mostrando mayor eficiencia. Cuba (CUB) que gasta más en salud que el resto de los países seleccionados logra el estado esperado y por eso el punto se pinta de azul. Los países con resultados de salud por debajo de lo esperado están en rojo.

► **Figura 10. Gasto en salud y esperanza de vida al nacer de Ecuador, 2000-2019**



Fuente: Elaboración propia en base al Banco Mundial (2022).

La Figura 10 muestra la evolución de estos dos indicadores en Ecuador, desde el año 2000 al 2019. En este caso se ve el aumento en el gasto corriente total en salud de Ecuador pasando de 3,3 por ciento al 7,8 por ciento del PIB; y aumentando la esperanza de vida al nacer de 72.8 años a 77.0 años, en el mismo período. Esto muestra un avance importante en el sector salud de Ecuador tanto en inversión como en resultados de salud.

Si se quiere analizar el sector público de salud, se utilizan otros indicadores. La OMS, en su Informe sobre la Salud del Mundo del año 2010, desarrolla los retos en el financiamiento de la salud para lograr la cobertura universal en salud (CUS) (OMS 2010) (ver sección 1). El desarrollo del informe incluyó estudios complementarios entre los cuales está el estudio de Xu, Saksena, Jowett *et al.* (2010) que analizan umbrales del gasto en salud para lograr la protección financiera en salud. En ese estudio, el gasto corriente en salud se divide entre el gasto corriente público y el privado. El gasto corriente en salud privado incluye el gasto de bolsillo en salud (GBS) de los hogares. El GBS mide cuánto los hogares gastan en salud en el momento de recibir servicios de salud. Esto incluye el gasto por servicios médicos, en medicamentos, en exámenes, pero no incluye el pago de primas de seguros privados para la salud. El GBS, a su vez, es el que se usa para medir la protección financiera frente a los riesgos de la salud. El GBS se puede traducir en un gasto catastrófico en salud o en un gasto empobrecedor en salud. El gasto catastrófico en salud se presenta cuando el GBS sobrepasa algún umbral, y la OMS utiliza el umbral de 40 por ciento del gasto total de no subsistencia del hogar.¹⁹ El gasto empobrecedor es el GBS que lleva al hogar al empobrecimiento.

► **Figura 11. Gasto público y gasto de bolsillo en salud en países seleccionados de América Latina, 2019**

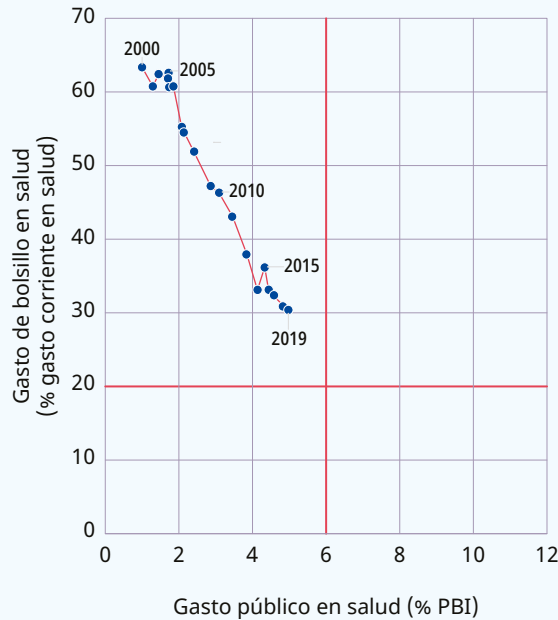


Fuente: elaboración propia en base a OMS (2022).

Xu, Saksena, Jowett *et al.* (2010) muestran que cuando el GBS supera el 20 por ciento del gasto total en salud, aumenta el riesgo (probabilidad) de que los hogares incurran en gastos catastróficos y empobrecedores en salud. Asimismo, los autores explican que cuando el gasto corriente público en salud supera el 5-6 por ciento del PIB, se reduce el riesgo (probabilidad) de incurrir en gasto catastrófico y gasto empobrecedor en salud.

19. El gasto total de no subsistencia se refiere al gasto total de hogar menos el gasto en alimentos.

► **Figura 12. Evolución del gasto público y gasto de bolsillo en salud en Ecuador, 2000-2019**



Fuente: elaboración propia en base a OMS (2022).

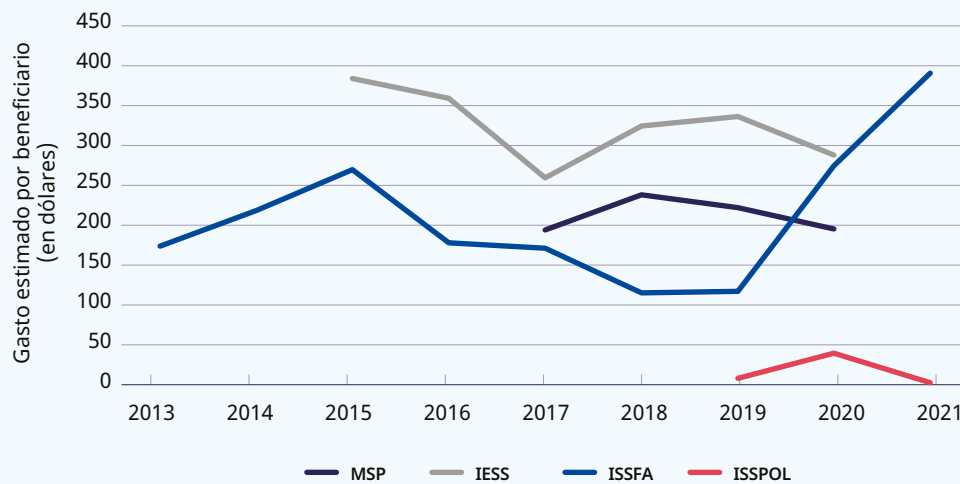
La Figura 11 muestra el gasto público en salud (como porcentaje del PIB) y el GBS (como porcentaje del gasto corriente total en salud). Las líneas rojas muestran los dos umbrales de estudio, el vertical muestra el umbral del gasto público en salud de 6 por ciento del PIB y el horizontal el GBS de 20 por ciento del gasto corriente total en salud. Los países deberían buscar estar en el cuadrante inferior derecho con mayor gasto público en salud y menor GBS. La gran mayoría de los países de América Latina seleccionados se encuentran en el cuadrante superior izquierdo, incluyendo Ecuador con un gasto público en salud de 4,8 por ciento del PIB y un GBS de 30,9 por ciento del gasto total en salud. Uruguay y Cuba son los únicos que logran estar en el cuadrante deseado. Colombia y Venezuela han logrado reducir el GBS, pero no alcanzan el nivel de gasto público deseado.

La Figura 12 muestra la evolución de estos dos indicadores en Ecuador desde el año 2000 al año 2019 y muestra los importantes avances que ha logrado Ecuador en reducir el GBS y aumentar el gasto público en salud.

El análisis presentado agrupa a todos los subsistemas, pero la situación de los subsistemas públicos es diversa. Se recolectó información sobre el gasto en prestaciones de salud de los cuatro subsistemas públicos y de los beneficiarios de cada subsistema para estimar el gasto en prestaciones de salud por beneficiario. En el caso de MSP, como no se cuenta con información de beneficiarios, se estimó su población beneficiaria como la diferencia entre los beneficiarios de los tres subsistemas públicos de seguridad social (IESS, ISSFA e ISSPOL) y sobre un estimado de 8,07 por ciento de la población con seguro privado, según las estimaciones anuales de la población total de Ecuador. Esta población beneficiaria del MSP podría estar sobreestimada y, por lo tanto, la estimación del gasto en prestaciones de salud por beneficiario del MSP, podría estar subestimada.

La Figura 13 muestra la estimación del gasto per cápita de los cuatro subsistemas (ver Anexo 3 presenta el detalle de los cálculos). Con información limitada, se puede identificar algunas tendencias. Primero, el gasto por beneficiario del IESS es el más alto de los subsistemas públicos. Entre los años 2018 y 2019, en segundo lugar se ubica el gasto por beneficiario del MSP que, como ya se indicó, debe estar subestimado. Luego está el ISSFA y finalmente ISSPOL. En la medida que estos cuatro subsistemas cubren similares prestaciones, se esperaría que los gastos por beneficiario también sean similares, sin embargo, se muestran grandes diferencias.

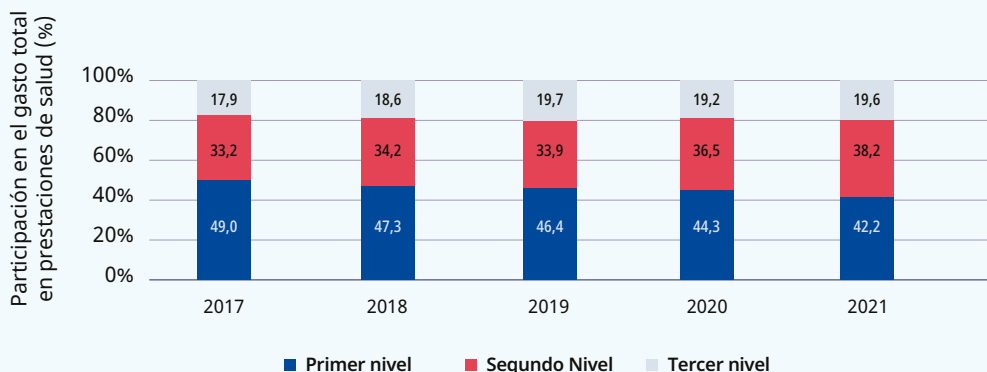
► **Figura 13. Gasto estimado en prestaciones de salud por beneficiario de los subsistemas públicos, 2013-2021**



Fuente: Elaboración propia en base a IEES (2016, 2017, 2018, 2020, 2021); INEC (2022); ISSFA (2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2020, 2021, 2022); ISSPOL (2017, 2018, 2019, 2020a, 2020b, 2021a, 2021b, 2022); MSP (2022).

La información del MSP permite desagregar la ejecución del gasto en prestaciones de salud por nivel de atención (Figura 14). Esta desagregación sirve para contrastar la participación de cada nivel de atención en el gasto en prestaciones de salud, teniendo en cuenta que la OMS recomienda que el gasto en la atención primaria sea aproximadamente el 30 por ciento del gasto general en prestaciones. En este sentido, el MSP en el año 2017 asignó 49 por ciento del gasto en prestaciones al primer nivel de atención, con una tendencia a una reducción de esta participación que llega a 42,2 por ciento en el año 2021. Sin embargo, destaca la alta participación del primer nivel de atención en el gasto en prestaciones de salud del MSP, lo que se debe a que el MSP tiene la mayor cantidad de establecimientos del primer nivel de atención en el país.

► **Figura 14. Distribución del gasto en prestaciones de salud del MSP, por nivel de atención, 2017-2021**

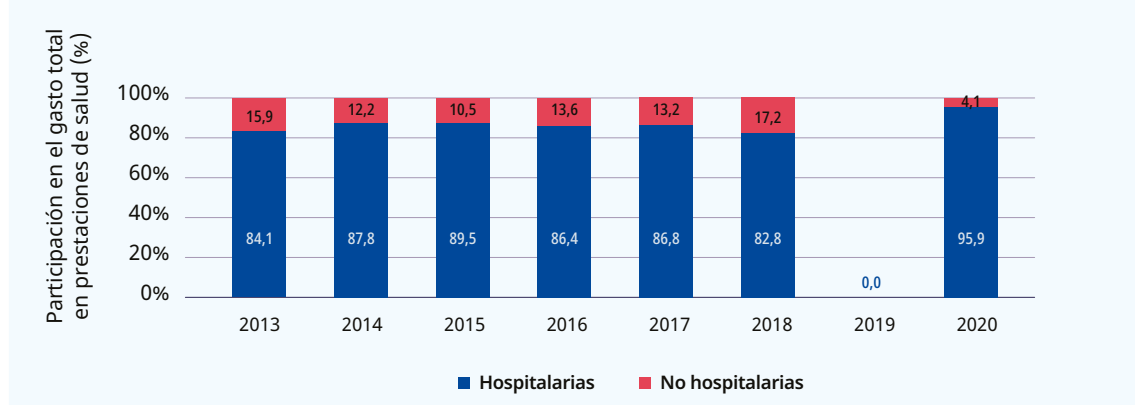


Fuente: Elaboración propia en base a MSP (2022).

La desagregación que se logra para el ISSFA es entre prestaciones hospitalarias y no hospitalarias (Figura 15). En este caso, si se asume que las prestaciones no hospitalarias reflejan el gasto en la atención primaria, se muestra variaciones entre los años 2013 al 2020, que van desde 15,9 por ciento en el año 2013 a 4,1 por ciento en el año 2020. En este subsistema, el gasto va principalmente al segundo y tercer nivel de atención²⁰.

20. Para la presente nota, la información de ISSPOL e ISSFA no estuvo disponible.

► **Figura 15. Distribución del gasto en prestaciones de salud del ISSFA, por tipo de prestación, 2013-2020**



Fuente: Elaboración propia en base a ISSFA (2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2020, 2021, 2022).

En suma, Ecuador muestra avances importantes a nivel país en el sector salud con indicaciones de una eficiencia general del gasto total en salud y también con una evolución del gasto público hacia lo recomendado para lograr la CUS. Sin embargo, el análisis del subsector público muestra grandes diferencias entre los subsectores en el gasto por beneficiario. Asimismo, la asignación del MSP a atención primaria está por sobre lo recomendado por la OMS aunque con una tendencia a la baja, mientras que el ISSFA está muy por debajo de lo recomendado. El gasto en el primer nivel de atención en toda la RPIS merece especial atención, considerando la necesidad de fortalecer el primer nivel de atención, incluyendo una adecuada asignación presupuestaria, para obtener mejores resultados en salud.

5.2. Pagos dentro de cada subsistema

El Sistema Nacional de Finanzas Públicas rige para todo el sector público y comprende el conjunto de normas, políticas, instrumentos, procesos, actividades, registros y operaciones que las entidades y organismos del sector público deben realizar con el objeto de gestionar en forma programada los ingresos, egresos y financiamiento públicos (Finanzas 2018).

Los presupuestos de las instituciones públicas²¹ dentro del sistema de salud operan a través de las Unidades de Administración Financiera (UDAF) encargadas de la política presupuestaria institucionales, dictadas por el Ministerio de Economía y Finanzas (MEF), y de la interacción y coordinación con el MEF para las acciones que superan la competencia institucional. A nivel operativo están las Entidades Operativas Desconcentradas (EOD) encargadas del ciclo presupuestario.

Los subsistemas de prestadores del sistema nacional de salud en todos los niveles de atención reciben presupuesto del MEF vía los ministerios respectivos y pagos por los servicios prestados a través de las instituciones de seguridad social (IESS, ISSFA e ISSPOL). En el caso de los recursos que asigna el MEF, este opera a través de la asignación de techos presupuestarios a las instituciones para cada ejercicio fiscal por toda fuente de financiamiento. El subsistema del MSP opera en el marco normativo del presupuesto público completamente.

Los subsistemas con financiamiento del sistema de seguridad social público (IESS, ISSFA, ISSPOL) se financian de las contribuciones obligatorias y también del financiamiento público. El Estado destina recursos a la seguridad social a través de distintas contribuciones definidas en el marco legal: financiamiento para las prestaciones de salud de jubilados, personas con discapacidad, jefas de hogar y el tratamiento de enfermedades crónicas en el IESS, contribuciones al Seguro Social Campesino, asignaciones para las prestaciones de salud de aspirantes y conscriptos del sistema militar y policial, entre otros. El sistema de financiamiento "es de 'reparto simple'. Según este método, los gastos de cada

21. No incluye a las instituciones de la seguridad social

periodo anual corresponden, aproximadamente, a los ingresos del año, de modo que el excedente es nulo” (Durán-Valverde 2008). Tanto el ISSPOL como la ISSFA están sujetos a la Ley de Seguridad Social de sus respectivas instituciones para el manejo de los recursos financiados con presupuesto público y del financiamiento vía contribuciones (Ley 80 y Ley 169) bajo sus respectivos ministerios. El IESS en cambio, fija y maneja su presupuesto de manera autónoma, con la aprobación del Consejo Directivo de la institución (Lampet-Grassi 2019).

Dentro del Sistema Nacional de Salud, no existe una separación de funciones entre compradores y proveedores, es decir, no se cuenta con un asegurador o aseguradores (según el modelo de sistema elegido) que financie la demanda velando por el acceso efectivo y la calidad de atención para los asegurados mediante la compra de servicios.

5.2.1. Subsistema público del Ministerio de Salud Pública

El MSP utiliza como mecanismo de pago a sus prestadores de servicios propios el presupuesto histórico. El presupuesto llega a los hospitales generales, de especialidades directamente (coordinaciones zonales) y a los establecimientos del primer nivel de atención y hospitales básicos a través de las Entidades Operativas Desconcentradas (EOD) encargadas administrativa y financieramente del presupuesto asignado. El SMSM tiene 2 094 establecimientos.

► Tabla 14. MSP: Funciones, niveles de gestión, proveedores y administración financiera

Funciones de gestión	Niveles de Gestión	Proveedores de servicios de salud	Administración financiera de la provisión
Rectoría, regulación planificación nacional, control	Plana central		
Planificación, control, coordinación	Coordinaciones zonales (9)	Hospitales 70 a más camas G/E/ES	Coordinaciones zonales
Micro planificación, gestión, control, coordinación	Distritos (140)	Hospitales de 70 o menos camas Unidades de salud tipo A, B, C	Entidades Operativas Desconcentradas Direcciones Distritales (medicamentos e insumos)

Fuente: Adaptado de MSP (2012).

5.2.2. Subsistema del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social

Mena y Casalí (2020) refieren que las unidades médicas de la red IESS, proveedores externos de la red pública y privados son financiados por el Seguro General de Salud Individual y Familiar para atender a los afiliados de la seguridad social (trabajadores y sus dependientes, jubilados y otros) y los dispensarios médicos son financiados por el Seguro Social Campesino para atender a campesinos, pescadores y población rural en general. El financiamiento es a través de presupuesto desconcentrado. El SIESS tiene una red de provisión de servicios de 767 establecimientos, de acuerdo con el sistema de geo-referencia del MSP.

5.2.3. Subsistema de las Fuerzas Armadas

De acuerdo con Lucio, López, Leines *et al.* (2019), los proveedores del SISSFA son 103 establecimientos para la atención de militares en servicio activo y pasivo y sus dependientes, aspirantes a oficiales y tropa, excombatientes y sus viudas, y beneficiarios de montepío. El financiamiento del ISSFA para la atención de sus afiliados es a través de aportes de seguridad social y presupuesto público²². Las unidades de

22. Cotizaciones de aporte individual (3.35 por ciento), aporte patronal (5,85 por ciento), aportes del Ministerio de Defensa para prestaciones de aspirantes y conscriptos (2 por ciento del sueldo de un soldado en servicio activo) (Mena y Casalí 2020).

salud de las Fuerzas Armadas reciben una parte de su presupuesto a través del presupuesto histórico del Ministerio de Defensa Nacional y otra del fondo de salud del ISSFA, que se gestiona en base al pago a los prestadores vía el tarifario único. El ISSFA paga a todos sus prestadores externos por prestaciones a través del tarifario. El ISSFA opera centralizadamente.

5.2.4. Subsistema de la Policía Nacional

Al igual que el ISSFA, el ISSPOL es para miembros policiales en servicio activo y pasivo con sus dependientes, aspirantes a oficiales y a policías. Los prestadores del SISSPOL incluyen a 56 establecimientos de salud (Lucio, López, Leines *et al.*, 2019) y se financian con cotizaciones de los afiliados activos²³. Los prestadores de servicios de salud del Ministerio de Gobierno son financiados con presupuestos históricos y el fondo de salud del ISSPOL paga a los proveedores de servicios de salud mediante el tarifario único por la atención a los asegurados. Al igual que el ISSFA, el ISSPOL también opera centralizadamente.

5.3. Pagos entre subsistemas

La Red Pública Integrada de Salud (RPIS) está conformada por los subsistemas públicos del MSP, IESS, Fuerzas Armadas y Policía²⁴. Como se desarrolló líneas arriba, cada uno se maneja de manera independiente, con sus propios recursos y formas de operación.

De acuerdo con Torres Riascos (2019), la RPIS interactúa con un conjunto de entidades como las facultades de ciencias médicas de las universidades, la Sociedad de Lucha contra el Cáncer (SOLCA), los gobiernos autónomos descentralizados, establecimientos de salud privados sin fines de lucro y otras instituciones públicas. La RPIS y las entidades públicas se relacionan con la red complementaria constituida por el sector privado lucrativo o también llamado subsistema privado (Lucio, López, Leines *et al.* 2019) con la compra de servicios mediante un tarifario único²⁵.

El sistema nacional de salud tiene un marco programático y de gestión que rige para todos los subsistemas y que se traduce en el Modelo de Atención Integral de Salud MAIS, el Cuadro Nacional de Medicamentos Básicos, la denominación de establecimientos (tipología de homologación de establecimientos para el sistema), el relacionamiento para prestación de servicios de salud entre instituciones de la RPIS, la red complementaria y el reconocimiento económico (Acuerdo Ministerial 091-2017), la selección y adquisición de servicios de salud de la RPIS y la red complementaria (Acuerdo Ministerial 0052-2019). Este sistema brinda los lineamientos para la selección, calificación y aprobación de las unidades de salud por la Agencia de Aseguramiento de la Calidad de los Servicios de Salud y Medicina Prepagada (ACESS) para la aplicación del mecanismo de pago y la liquidación económica.

Las prestaciones reconocidas en la compra entre subsistemas son: promoción, prevención, emergencia, atención ambulatoria, atención prehospitalaria, hospitalización, diálisis, rehabilitación, cuidados paliativos y atención domiciliaria. El reconocimiento económico a las prestaciones de servicios opera en términos generales según se presenta en la Tabla 15.

23. Aporte individual (2.5 por ciento), aporte patronal (3 por ciento), aporte del Ministerio del Interior para prestaciones de aspirantes (2 por ciento del sueldo de un policía en servicio activo) (Mena y Casalí 2020).

24. Se firmó el convenio marco interinstitucional para la conformación de la RPIS (10 de abril de 2015, Acuerdo Ministerial 017-2015).

25. Con Acuerdo Ministerial 0091 de junio de 2017 – Norma sustitutiva de relacionamiento para la prestación de servicios de salud entre instituciones de la RPIS y la red privada complementaria. El tarifario de prestaciones del Sistema Nacional de Salud por Acuerdo Ministerial 4929 de junio de 2014 indica prestaciones y las Unidades Relativas de Valor (UVR) para el cálculo de la tarifa techo.

► **Tabla 15. Reconocimiento económico al sistema privado complementario y dentro del RPIS**

De la RPIS al subsistema privado	Dentro de la RPIS
Derivación desde cualquier nivel de atención, solo cuando no hay disponibilidad	Derivación desde cualquier nivel de atención, solo cuando no hay disponibilidad
Derivación por emergencia* o programadas, previa verificación de la disponibilidad del servicio en el prestador a derivar. Requiere código de validación (autoriza la entrega de la prestación)	Referencia, derivación, contrarreferencia, referencia inversa y transferencia de usuarios (MSP-Ecuador 2013)
Autoderivación: el paciente llega a un establecimiento privado. Busca atención de emergencia*	Autoderivación: paciente llega a un establecimiento público. Busca atención de emergencia o consulta externa
Planillaje de facturación (procedimientos, medicamentos, insumos y dispositivos médicos utilizados)	Planillaje de facturación (procedimientos, medicamentos, insumos y dispositivos médicos utilizados)
Pago de precio de compra más 10 por ciento por gasto de gestión en medicamentos y dispositivos médicos	Pago de compra de más de 10 por ciento en gasto de gestión para medicamentos y dispositivos médicos
Pago contra factura aprobada por auditoría	Pago contra factura aprobada por auditoría
	Envío del pago a institución financiera encargada (de la unidad de servicios): MSP – pago vía Min. Finanzas, para el IESS, ISSFA, ISSPOL va a sus matrices y caja del seguro

(*) Con amenaza inminente para la vida.
Fuente: Elaboración propia.

Desde la puesta en marcha del mecanismo de reconocimiento económico entre subsistemas, Villacrés (2021) reporta para el período 2014-2019 derivaciones del MSP a la red pública de 2 y de 98 por ciento a la red complementaria; el ISSFA reporta 9 por ciento de derivaciones a la red pública y 91 por ciento a la red complementaria; el IESS reporta 2 por ciento de derivaciones a la red pública y 98 por ciento a la red complementaria; y, en el caso del ISSPOL (con datos de 2017-2021), reporta un 20 por ciento de derivaciones a la red pública y 80 por ciento a la red complementaria. Es decir, el mecanismo opera principalmente hacia la red complementaria y no así para la red pública. Villacrés encuentra que las prestaciones más derivadas son las relacionadas con procedimientos ambulatorios.

5.4. Diagnóstico del desempeño de los sistemas de pagos actuales

Ecuador ha logrado avances importantes en el sector salud. El gasto total en salud ha aumentado en los últimos años a través del incremento del gasto público en salud. También se ha logrado reducir el gasto de bolsillo en salud de los hogares, de tal manera de reducir el riesgo con que estos se enfrenten a gastos catastróficos o empobrecedores de salud. Desde una perspectiva del estado de salud también se muestra avances.

El reto que enfrenta el sector público de salud en Ecuador es el de salir de un esquema de pagos a prestadores basados en presupuestos históricos hacia un sistema de pago en base a la compra estratégica. Los presupuestos históricos suelen repetir errores pasados y, si no están basados en los principios detrás del presupuesto global, los incentivos positivos se pierden.

5.5. Adscripción en el sistema de salud de Ecuador

Como se vio en las experiencias internacionales, la adscripción es un proceso que identifica a las personas para su acceso a la atención de salud. Algunos países asocian la afiliación al aseguramiento con la adscripción a un establecimiento de salud dentro de una red de servicios, otros tienen la adscripción directa en los proveedores de servicios. Ambos casos requieren contar con un sistema de

identificación que permita la trazabilidad de la persona dentro del sistema de salud y la adscripción para el financiamiento, ya que esto facilita la implementación de mecanismos de pago.

Actualmente en Ecuador no existe adscripción, sin embargo los subsistemas de salud cuentan con bases de datos de sus afiliados y beneficiarios que podrían analizarse y estimar la viabilidad de compartirlas a nivel de todo el sistema para generar la adscripción. Este proceso es delicado y requiere contar con las garantías de mantener la confidencialidad de los datos de las personas. Otra opción es la creación de un sistema *ad hoc* que cumpla con todos los requerimientos para un sistema seguro, confiable y simple.

► 6. Recomendaciones

Antes de la aplicación de los MPP, se debe revisar y generar algunas condiciones en el sistema de salud que incluyen, entre otras cosas, la información disponible y los sistemas de información. De no ser así, como se pudo observar en la experiencia internacional revisada anteriormente, se enfrentan problemas por falta de datos, falta de información confiable, escasa interacción de sistemas de información y otros más.

Primero es deseable partir del diseño de un plan de implementación de los MPPs. Luego es necesario identificar el objetivo a alcanzar con la aplicación del MPP o MPPs seleccionados, quiénes participarán dentro del sistema de salud en la implementación, así como definir la estrategia de capacitación, generación y análisis de información. También es menester definir la implementación inicial (actividades y responsables), el proceso de escalamiento de la experiencia, los indicadores para el esquema y sistema de seguimiento, los mecanismos de control de calidad y el conjunto de requerimientos para la implementación (recursos físicos, tecnológicos y humanos). Finalmente, lo más importante: lograr la voluntad y compromiso político.

En segundo lugar, e independiente de la aplicación del MPP a escoger para el sistema, es importante contar con una plena identificación de los actores. A continuación, se ofrece una lista de algunas acciones imprescindibles, con relación a la información de la población y su comportamiento:

- Identificar y caracterizar la población: los registros de población afiliada a algún seguro, población no asegurada, población adscrita a la provisión de servicios o a la red de servicios, población con problemas de acceso por tipo (ruralidad, urbana, etnicidad, minorías).
- Identificar morbilidades y comportamiento de la población para solucionar sus problemas de salud, para su atención y no atención de salud: Clasificación de las morbilidades por grupos (sexo, edad), comportamiento de la población para su atención (primer nivel, hospitales, farmacias, otros) dentro y fuera del sistema (con remedios caseros, curanderos, otros).

Como tercer aspecto a tener en cuenta, y con relación a la provisión de servicios, es recomendable hacer un recuento de la capacidad de resolución de la provisión de servicios de acuerdo con las clasificaciones tradicionales asignadas dentro del sistema. Un inventario de servicios y recursos disponibles por proveedor, por subsector, por todo el sistema. Así mismo, definir el comportamiento de la provisión de servicios en cuanto a:

- Identificar los tipos de atenciones (consultas, emergencia, hospitalización, cirugías y servicios intermedios) en los proveedores de los subsistemas y de manera agregada en el sistema.
- Revisar la trazabilidad de las personas dentro del sistema mediante la interacción de los registros de identidad nacional, registros de migraciones y otros con los sistemas de gestión clínica de la provisión, sin afectar la privacidad de las personas.
- Identificar el proveedor de servicios a cargo y la red de proveedores de servicios de salud con la que operan normalmente debido al flujo económico y social de la población (acceso a carreteras, otros servicios, etc.) versus la definición nominativa (asignada pero no corresponde al flujo natural de circulación o con problemas de acceso). También identificar la capacidad de respuesta básica en campo a manera de línea de base.
- Identificar los mecanismos y evolución en el tiempo de la referencia, derivación y contrarreferencia dentro de la red de servicios de cada subsistema y con la red complementaria.

En cuarto lugar es necesario revisar el flujo de financiamiento de los recursos con la organización de la provisión de servicios actual, haciendo un análisis de los problemas que enfrentan los proveedores en el

acceso y gestión de los recursos. Asimismo, es vital poder identificar los problemas que genera la gestión del presupuesto de salud en los proveedores.

En quinto lugar, teniendo en cuenta los puntos anteriormente mencionados, para la aplicación de los MPPs es recomendable que se tome en cuenta la revisión de los sistemas de información actuales y los requerimientos de información que demanda el desarrollo del MPP en el sistema. Para ello se debe identificar la suficiencia de información equivalente en cada subsistema, definir las necesidades de información adicional, definir la pertinencia de interrelacionar bases de datos de los diferentes subsistemas y evaluar la necesidad de diseñar sistemas integrados. Los siguientes son algunos ejemplos de este tipo de sistemas:

- Sistema de gestión clínica (historia clínica digital) en todos los niveles de prestadores de servicios de salud.
- Sistema de costos en los proveedores. Organizaciones como la OPS ofrecen apoyo técnico y de sistemas de costos tipo MGPSS-PERC²⁶ que es una herramienta “para facilitar el análisis de la información, su pertinencia, la eficiencia, la calidad de la atención, la negociación de acuerdos de gestión (contratos) y la gestión de costos y finanzas en el ejercicio de la atención en salud” homologable con el WINSIG (versión anterior al MGPSS-PERC) y podría evaluarse la compatibilidad con otros sistemas de costos vigentes en los subsistemas para tener información integrada de costos en el sistema.
- Sistema de gestión financiera pública de redes de servicios (por tipo de gasto: de prestación, administración y otros) con el fin de que las redes de servicios de salud estén debidamente representadas por las EODs, de tal manera de poder hacer seguimiento y mejorar la asignación presupuestaria.
- Información estadística a nivel de proveedor, con indicadores de gestión trazadores. Se conoce como Cuadros de Mando Integral (o tableros de control), que en general tienen cuatro “salidas” o perspectivas: cliente, producción, financiera, y procesos; y sirven en la toma de decisiones gerenciales.
- Sistema de seguimiento de resultados sanitarios, generalmente se hace a través de los sistemas nacionales de encuestas.

Finalmente, en sexto lugar, se recomienda una discusión sobre las funciones del financiamiento para el sistema de salud de Ecuador:

- Evaluación del gasto per cápita de los subsistemas identificando brechas.
- Recaudación. Identificar fuentes de financiamiento para el cierre de brechas entre subsistemas (homologación del per cápita para todo el sistema).
- Mancomunación. Definir tipos de fondos (fondos múltiples articulados, fondo único, fondos múltiples separados).
- Mecanismos de pago. Definir estado del arte, definir mecanismos de pago tendientes a la agrupación (poblacional, procedimientos, diagnósticos).
- Gestionar los recursos (técnicos y financieros) necesarios para la aplicación de los MPP.

26. Ver: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=13004:productive-management-methodology-for-health-services&Itemid=3535&lang=es

6.1. Sistema de pago para el primer nivel de atención

Como se vio en las experiencias internacionales, el primer nivel de atención o la atención primaria, suele estar financiada con un pago per cápita y en varios casos con ajustes de riesgo. Sin embargo, la implementación de un pago per cápita no es sencilla y existen varios pasos previos a considerar.

Primeramente es necesario definir la población que será beneficiaria de la cobertura de servicios (cartera de servicios), o definir la cobertura poblacional, es decir, para qué población comprar bienes, servicios y prestaciones. La definición de la población implica tener datos sobre sus características, desde los más básicos, como edad y sexo, hasta lo más específicos relacionados con sus necesidades en materia de salud. En la medida que la información de salud no esté disponible, se puede utilizar variables complementarias como información de dónde viven (ruralidad), etnicidad, nivel socio económico (por quintiles de ingreso o pobreza), acceso a agua potable, etc. Estas son variables más agregadas (para grupos de población) que son parte de los determinantes del estado de salud de la población que permitirían realizar ajustes al pago per cápita por riesgo.

En segundo lugar es necesario definir la “cartera de servicios” lo que implica establecer los servicios de salud que el primer nivel de atención será el responsable de entregar, o definir la cobertura de servicios, respondiendo a cuáles bienes, servicios y prestaciones de salud se deben comprar (y cuáles se excluyen) y cuál es el copago que le corresponde a las personas cubiertas. En el caso del sector público, en Ecuador ya está establecido por la Constitución que no existiría copago en los servicios. Existen diferentes maneras de definir la cartera de servicios. Sin embargo esto es esencial para poder luego realizar el costeo de la cartera. También existen diferentes metodologías para calcular el costo de la cartera, como, por ejemplo, a través de un estudio de costos reales o costeo estándar.

Como tercer aspecto, no se puede dejar de lado la necesidad de que los prestadores del primer nivel de atención tengan la capacidad instalada (de recursos físicos y humanos) para prestar los servicios incluidos en la cartera. Esto tiene que ver con la “contratación” para la compra de servicios, o la respuesta a las preguntas sobre a quiénes comprar, cuáles bienes, servicios y prestaciones de salud y a qué precios. Con relación a los prestadores, en la medida que existan diferencias en la capacidad instalada entre prestadores del primer nivel, los déficits de algunos se pueden suplir a través de un primer paso en la implementación de redes integrales de servicios de salud.

Por último, se deben implementar mecanismos de control de calidad. Es decir, asegurar que los servicios de salud comprados sean de buena calidad. Como se mencionó en la sección conceptual, es importante controlar los posibles efectos negativos del pago per cápita. En este sentido, se deben considerar sistemas de control de calidad, fomentar la competencia entre los prestadores del primer nivel de atención y controlar el sistema de referencias y contra referencias.

Tanto en la definición de los prestadores a quién comprar los servicios, como en el control del sistema de referencias, la organización de la red de servicios toma un rol central. Por eso se recomienda una revisión de las normas vigentes del MAIS, referencia y contrarreferencia, como también pasar por un proceso de homologación operacional de tipos de establecimientos.

El tema de costeo, que podría demorar un par de años en desarrollarse, debe ser visto desde el punto de vista de poder establecer las brechas existentes en la asignación presupuestaria. Es decir, puede que los prestadores no estén recibiendo el costo real de la cobertura de servicios por la cual son responsables. Estas brechas se deberían ir cerrando en el mediano y largo plazo. Sin embargo, el costeo también debe ser revisado periódicamente.

6.2. Sistema de pago para el nivel hospitalario de atención

Como se presentó en la sección de la experiencia de Ecuador, persisten los presupuestos globales en el nivel hospitalario de atención. De manera complementaria, se implementó el tarifario entre los subsectores del RPIS, para todos los niveles de atención, incluyendo, obviamente, el nivel hospitalario. En este sentido sería esencial revisar la experiencia del tarifario en dos aspectos: i) estudio de costos para evaluar las brechas que puedan existir entre los costos reales de los servicios y las tarifas que se están implementado (como se mencionó en la sección 6.1, el estudio de costos que puede demorar entre 1-2 años), y ii) realización de un análisis integral de la implementación de las tarifas que determine factores clave como el presupuesto que cada subsector asigna a pagos a otros subsectores o el presupuesto que cada subsector recibe de otros subsectores. También es importante determinar el valor neto de estos pagos (ingresos por tarifas – pagos por tarifas), determinar cuáles son los principales servicios que cada subsector compra a otros, determinar la participación de cada nivel de atención en los pagos de tarifas y estimar el gasto administrativo asociado al sistema de pagos de tarifas, entre otros.

Por otro lado, al igual que en el caso del primer nivel de atención, es necesario que los prestadores del nivel hospitalario también cuenten con los sistemas de información clínicos, contables y financieros o de costos. Por ejemplo, si se quiere implementar el pago por GRDs, se requerirá evaluar el tipo de información clínica disponible (ya sea por diagnósticos, procedimientos) para determinar posibilidades de agrupación de los casos. En caso de que esta información no esté disponible se deben implementar los sistemas correspondientes.

Independiente del MPP, para el caso del nivel hospitalario de atención también se debe revisar norma de recursos humanos en salud y sistemas de información para la generación de estadísticas de la provisión de servicios en el cumplimiento de metas y posibilidad de generar indicadores de eficiencia y calidad en base a la información disponible.

La implementación de GRDs es recomendable, pero es un proceso que puede tomar varios años antes de que pueda funcionar como un MPP para el nivel hospitalario de atención. Como se mencionó en la experiencia de Chile, su implementación tardó alrededor de una década. Sin embargo, al incluir los sistemas de información necesarios se puede ir avanzando en mejorar la gestión hospitalaria.

Por otro lado, en la medida que exista la posibilidad de implementar un sistema de incentivos para los profesionales de salud y para la gestión, también se pueden desarrollar mecanismos de pago que incentiven la integración de los servicios (la coordinación de una red integral de servicios) y mejoren el desempeño en la provisión de servicios de salud.

6.3. Adscripción al primer nivel de atención

El tema de la adscripción de la población a la red de servicios de salud RPIS también se debe implementar. Para la implementación de un pago per cápita en el primer nivel de atención es imprescindible, ya que determina cuántas personas recibirán servicios de cada prestador.

La adscripción puede tener diferentes niveles. En el caso de los beneficiarios de los subsectores de seguridad social, la adscripción podría ser más rápida ya que se cuenta con una nómina de beneficiarios. En el caso del MSP, este es un proceso que podría tomar más tiempo, pero que en el mediano plazo debería estar implementado.

La adscripción también se puede utilizar para generar competencia entre los prestadores del primer nivel (y fomentar el uso más eficiente de los recursos). Es decir, si los beneficiarios son los que seleccionan su prestador y se adscriben a este, entonces se genera competencia entre los prestadores para captar a los beneficiarios. La selección de prestador por parte de los beneficiarios los hace partícipe del control de calidad de los prestadores de salud. También genera un incentivo para mejorar el acceso a los servicios de salud, ya que, en la medida que cada persona selecciona a su prestador, es más probable que busque atención en dicho prestador que cuando se le asigna un prestador. Para que esto sea dinámico se podría

dar la opción a los beneficiarios de cambiar su adscripción a otro prestador cada cierto período, por ejemplo, cada dos años.

El reto de la selección de prestador para la adscripción podría ser la falta de opciones en ciertos territorios. Sin embargo, la estrategia de adscripción puede incluir no solo a todos los prestadores RPIS (donde beneficiarios de un subsistema se pueden adscribir a un prestador de otro subsistema) sino que también a los de la red complementaria privada.

La adscripción a prestadores es esencial para el fortalecimiento del primer nivel de atención. Sin embargo, solo se fortalece la atención primaria si la adscripción lleva a los beneficiarios a buscar atención en el establecimiento al cual están adscritos. Los prestadores tendrán el incentivo de fortalecer el acceso a servicios de promoción y prevención para capturar a los beneficiarios. Por eso es esencial que se considere a los beneficiarios como tomadores de decisiones en lo que respecta a la búsqueda de atención.

► Bibliografía

- Ahumada, B., Lagos, P., y Sugg-Herrera, D. 2016. *Sobregasto operacional y deuda del Sistema Nacional de Servicios de Salud*. Santiago de Chile: Ministerio de Hacienda.
- Banco Mundial. 2022. *Indicadores del Desarrollo Mundial*. <https://databank.worldbank.org/source/world-development-indicators#>
- Cabo-Salvador, J. 2022. Sistemas Sanitarios en la Unión Europea.
- Cáceres Torres, C. 2020. *Comparación de financiamiento hospitalario entre mecanismos de pago prospectivo en un problema de salud de un hospital de urgencia de la Región Metropolitana*. Santiago de Chile: Universidad de Chile.
- Cashin, C., Ankhbayar, B., Phuong, H. T., Jamsran, G., Nanzad, O., Phhoung, N. K., Oanh, T. T. M., Tien, T. V., y Tsilaajav, T. 2015. *Assessing Health Provider Payment Systems: A Practical Guide for Countries Working Toward Universal Health Coverage*. Washington, D.C.: Joint Learning Network for Universal Health Coverage. <https://www.jointlearningnetwork.org/resources/assessing-health-provider-payment-systems-a-practical-guide-for-countries-w/>
- Cid Pedraza, C. 2020. "Financiamiento de redes integradas de servicios de salud". *Revista Panamericana de Salud Pública*, 44, 7. doi:10.26633
- Cortes, A., Gorvanev, I., Agudelo-Londoño, S., y Yepes, F. 2016. "Grupos relacionados por el diagnóstico: experiencia en tres hospitales de alta complejidad en Colombia" *Universitas Médica*, 57(2). Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana - Bogotá. 10. doi:http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.umed57-2.grde
- Cruces, G. 2006. *Protección social y sistemas de salud. Los sistemas de salud y de protección social frente a los nuevos escenarios epidemiológicos y demográficos*. s.l.: CEPAL.
- UNFPA (Fondo de Población de las Naciones Unidas). Santiago de Chile. Disponible en: <https://www.cepal.org/sites/default/files/events/files/cruces2.pdf>. Accedido el: 05/01/2022.
- DEHIF (Department of Health Economics Estonian Health Insurance). 2009. *Overview of Estonia experience DRG system*. Tallinn: DEHIF.
- Doheny, S. 2015. The organization of the NHS in the UK: comparing structures in the four countries *National Assembly for Wales*, 15/1002/020(www.assemblywales.org/research), 28.
- Durán-Valverde, F. 2008. *Diagnóstico del sistema de seguridad social del Ecuador*. OIT.
- Finanzas, Ministerio de Economía. 2018. *Normas técnicas de presupuesto* Quito: Ministerio de Economía.
- Forti, S. 2009. *La APS como ordenadora del Sistema de Salud: Ventajas y desventajas de una puerta preferencial: Intercambio EUROsocial Salud III*.
- Giovanella, L., Fidelis de Almeida, P., Vega Romero, R., Oliveira, S., y Tejerina, H. 2015. "Panormana de la Atención Primaria de Salud en Sudamérica: concepciones, componentes y desafíos". *Saúde Debate*, 39. Rio de Janeiro. 23. doi:0.1590/0103-110420151050002002.
- Gorvanev, I., Cortes, A., Torres, S., y Yepes, F. 2011. "Pago por desempeño en el sistema colombiano de salud". *Revista de Salud Pública*, 13, 10.

- Goyeneche, M., y Gonzáles, C. 2020. "Resumen de evidencia sobre mecanismos de pago a hospitales". *Confederación Nacional de Profesionales Universitarios de los Servicios de Salud - FENPRUSS*, 41.
- Guerrero, R., Gallegos, A. I., Becerril-Montekio, V., y Vásquez, J. 2011. "Sistema de salud de Colombia". *Revista de Salud Pública México*, 53 (Suplemento 2), 12.
- Healy, J., Sharman, E., & Lokuge, B. 2006. "Australia: Health System Review. Health Systems in Transition". *Copenhagen: European Observatory on Health Care Systems, WHO Regional Office for Europe*.
- IESS (Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social). 2016. *Boletín Estadístico Número 21*. Quito. <https://www.iess.gob.ec/es/web/guest/estadisticas>
- _____. 2017. *Boletín Estadístico Número 22 Año 2016*. Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. Quito. <https://www.iess.gob.ec/es/web/guest/estadisticas>
- _____. 2018. *Boletín Estadístico Número 23 Año 2017*. Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. Quito. <https://www.iess.gob.ec/es/web/guest/estadisticas>
- _____. 2020. *Boletín Estadístico Número 24 Años 2018-2019*. Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. Quito. <https://www.iess.gob.ec/es/web/guest/estadisticas>
- _____. 2021. *Boletín Estadístico Número 25 Años 2020*. Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. Quito. <https://www.iess.gob.ec/es/web/guest/estadisticas>
- INEC. 2022. *Ecuador: Proyección de la Población por años en edades simples, 2010-2020*. Instituto Nacional de Estadística y Censos. Quito. <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/proyecciones-poblacionales/>
- ISSFA (Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas). 2014. *Anuario Estadístico 2013*. Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas. Quito. Disponible en: <https://www.issfa.mil.ec/conozcanos/estadisticas.html>
- _____. 2015. *Anuario Estadístico 2014*. Quito. Disponible en: <https://www.issfa.mil.ec/conozcanos/estadisticas.html>. Accedido el 01/02/2022.
- _____. 2016. *Anuario Estadístico 2015*. Quito. Disponible en: <https://www.issfa.mil.ec/conozcanos/estadisticas.html>
- _____. 2017. *Anuario Estadístico 2016*. Quito. Disponible en: <https://www.issfa.mil.ec/conozcanos/estadisticas.html>
- _____. 2018. *Anuario Estadístico 2017*. Quito. Disponible en: <https://www.issfa.mil.ec/conozcanos/estadisticas.html>
- _____. 2020. *Información Estadística del ISSFA a Diciembre de 2019*. Quito. <https://www.issfa.mil.ec/conozcanos/estadisticas.html>
- _____. 2021. *Información Estadística del ISSFA a Diciembre de 2020*. Quito. <https://www.issfa.mil.ec/conozcanos/estadisticas.html>
- _____. 2022. *Información Estadística del ISSFA a Diciembre de 2021*. Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas. Quito. <https://www.issfa.mil.ec/conozcanos/estadisticas.html>
- ISSPOL (Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional). 2017. *Información Estadística 2016*. Quito. <https://isspol.org.ec/informacion-estadistica/>
- _____. 2018. *Información Estadística 2017*. Quito. <https://isspol.org.ec/informacion-estadistica/>

- _____. 2019. *Información Estadística*. Quito. <https://isspol.org.ec/informacion-estadistica/>
- _____. 2020a. *Cédula Presupuestaria de Egresos-Contabilidad 2019*. Quito. <https://isspol.org.ec/EFinanciero/>
- _____. 2020b. *Información Estadística 2019*. Quito. <https://isspol.org.ec/informacion-estadistica/>
- _____. 2021a. *Cédula Presupuestaria de Egresos-Contabilidad 2020*. Quito. <https://isspol.org.ec/EFinanciero/>
- _____. 2021b. *Información Estadística 2020*. Quito. <https://isspol.org.ec/informacion-estadistica/>
- _____. 2022. *Información Estadística 2021*. Quito. <https://isspol.org.ec/informacion-estadistica/>
- Kovacs, R., Powell-Jackson, T., Kristensen, S., Singh, N., y Borghi, J. 2019. How are pay-for-performance schemes in healthcare designed in low- and middleincome countries? Typology and systematic literature review. *BMC Health Services Research*, 14. doi:10.1186/s12913-020-050075-y
- Kutzin, J., Witter, S., Jowett, M., y Bayarsaikhan, D. 2017. *Developing a national health financing strategy: a reference guide*. World Health Organization. Ginebra. <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/254757/1/9789241512107-eng.pdf>
- Kyeremanteng, K., Rodidoux, R., D'Egidio, G., Fernando, S., y Neilipovitz, D. 2019. An analysis of Pay for Performance schemes and their potential impacts on health systems and outcomes for patients *Critical Care Research and Practice*, 2019. Hindawi, 7. doi:10.1155/2019/8943972
- La Forgia, G., y Graunke, H. 2020. *Pagando por la integración de los servicios de salud y condiciones para la implementación efectiva de los mecanismos de pago al prestador*.
- Lampet-Grassi, M. P. 2019. *Sistemas Nacionales de Salud: Ecuador. Asesoría Técnica Parlamentaria, N° SUP: 123156*. Santiago de Chile: Biblioteca del Congreso Nacional de Chile.
- Lucio, R., López, R., Leines, N., y Terán, J. A. 2019. "El financiamiento de la salud en Ecuador". *Revista PUCE*, 106, 44. Quito: Pontificia Universidad Católica de Ecuador.
- Mathauer, I., y Dkhimi, F. 2019. *Analytical guide to assess a mixed provider payment system (9241515333)*. World Health Organization. Ginebra. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/311020/9789241515337-eng.pdf>.
- Mathauer, I., y Wittenbecher, F. 2012. DRG-based payment systems in low- and middle-income countries: Implementation experiences and challenges. *HSS/HSF*, 10.2, 55. Ginebra: World Health Organization.
- Mena, A. C. 2021. Adscripción poblacional en el primer nivel de atención en Ecuador: retos y oportunidades (Ed.). OIT (pp. 14). https://www.ilo.org/lima/publicaciones/WCMS_831085/lang--es/index.htm
- Mena, A. C., y Casalí, P. 2020. *Financiamiento del Sistema Nacional de Salud ecuatoriano para la cobertura universal* (Ed.), (pp. 1-8). https://www.ilo.org/lima/programas-y-proyectos/WCMS_770104/lang--es/index.htm
- MINSAL (Ministerio de Salud de Chile). 2010. *Financiamiento del Sistema Público de Salud en Chile: Un país, dos sistemas*. Ministerio de Salud. Santiago. <https://es.slideshare.net/SSMN/sistema-de-financiamiento-de-la-salud-publica-en-chile>
- _____. 2016. *Eje gestión de recursos financieros en Atención Primaria* Ministerio de Salud. Santiago de Chile.

- MSP (Ministerio de Salud Pública de Ecuador). 2013. *Norma del subsistema de referencia, derivación contrarreferencia, referencia inversa y transferencia del sistema nacional de salud* Ministerio de Salud Pública de Ecuador.
- _____. 2012. *Nuevo Modelo de Gestión del Ministerio de Salud Pública*. (pp. 29). <https://aplicaciones.msp.gov.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/2012-11-29-NuevoModeloGestion.pdf>.
- _____. 2022. *Ejecución Presupuestaria 2017-2021*.
- Narodowski, P. 2017. Estudio comparado de diez sistemas de salud nacionales. Los diversos modelos de regulación, financiamiento, aseguramiento, provisión y control. Entre la mayor responsabilidad estatal y las nuevas formas legales de la provisión. *Proyecto PDTS UNAJ-UNLP, 1* (<https://periferiaactiva.files.wordpress.com/2018/03/informe-paises-seleccionados.pdf>), 484.
- Nguyen, H. T., Bales, S., Wagstaff, A., y Dao, H. 2013. Getting incentives right. An impact evaluation of district hospital capitation payment in Vietnam. *Policy Research Working Paper, 6709*. s.l.: World Bank, 33.
- OECD. 2016. *Better Ways to Pay for Health Care*. Paris: OECD.
- OMS (Organización Mundial de la Salud). 2000. *Informe sobre la salud en el mundo 2000: Mejorar el desempeño de los sistemas de salud*. Ginebra: OMS.
- _____. 2010. *Informe sobre la salud en el mundo 2010: Financiación de los sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal* (978 92 4 356402 9). Ginebra: OMS. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44373/1/9789243564029_spa.pdf
- _____. 2021. Perú. Alianza mundial en pro del personal de salud. Respuesta en los países.
- _____. 2022. *Base de datos Global de Gasto en Salud*. WHO Global Health Expenditure Database. s.l.:OMS <https://apps.who.int/nha/database/Select/Indicators/en>
- _____. 2019. *Governance for strategic purchasing: An analytical framework to guide a country assessment*. Ginebra. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/330247/9789240000025-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- OPS/OMS. 2014. *53o Consejo Directivo: 66.a Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas*. Washington, DC: OPS. http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9774%3A2014-53rd-directing-council&catid=7003%3A53rd-session-29-sep-3-oct&Itemid=41062&lang=es
- Park, M., Braun, T., Carrin, G., Evans, D. B., y Organization, W. H. 2007. *Provider payments and cost-containment: lessons from OECD countries*. s.l.: OMS.
- Pérez, S.-L., y Arrivillaga, M. 2017. Redes integradas de servicios de salud en el marco de la atención primaria en salud en países seleccionados de América Latina. *Salutem Scientia Spiritus*, 3 (Pontificia Universidad Javeriana), 18.
- Santa María, M. 2021. Sistema de Salud en Colombia: Logros, retos y sostenibilidad financiera. Bogotá: Foro de la salud y 27mo Foro Farmacéutico de la ANDI.
- Shin, S., Schumacher, C., y Fees, E. 2017. "Do capitation-based reimbursement systems underfund tertiary healthcare providers? Evidence from New Zealand". *Health economics*, 22. doi:10.10002.

- Torres Riascos, Á. 2019. *El sistema de salud pública en ciudades policéntricas: análisis comparativo de las áreas metropolitanas de Quito y Guayaquil*. FLACSO.
- Tsui, J., Hirsch, J., Bayer, F., Quinn, J., Cahill, J., Siscovick, D., y Lovasi, G. 2020. "Patterns in geographic access to health care facilities across neighborhoods in the United States based on data from national establishment time-series between 2000 and 2014". *JAMA Network Open*.
- Vargas, V., y Poblete, S. 2006. "Incrementar la equidad en atención primaria: revisión de la fórmula per cápita". *Revista Chilena de Medicina Familiar*, 7(2), 8.
- Villacrés, T. 2021. Diagnóstico del modelo de reconocimiento económico de la red pública integral de salud. OIT.
- Xu, K., Saksena, P., Jowett, M., Indikadahena, I., Kutzin, J., y Evans, D. B. 2010. Exploring the thresholds of health expenditure for protection against financial risk. *World Health Report (2010) Background Paper*, (19).
- Zou, K., Li, H.-Y., Zhou, D., y Liao, Z.-J. 2020. "The effects of diagnosis-related groups payment on hospital healthcare in China: a systematic review". *BMC Health Services Research*, 112 (BMC) <https://doi.org/10.1186/s12913-020-4957-5>

► **Anexos**

Anexo 1: Tipos fundamentales de sistemas de pago

Sistema de pago	Concepto	Incentivo económico	Distribución de riesgos	Efectos previsibles	Eficiencia	Calidad	Intervención pública
Pago por servicio médico	Se paga el servicio más desagregado	Maximizar el número de actos médicos	Suele recaer en el financiador	i) Falta de prevención ii) Alta tecnología y calidad iii) Inducción de la demanda iv) "Corrupción" v) Discriminación de tarifas vi) Desigualdad	Incentiva la actividad y la sobreutilización	+	Tarifas máximas
Pago por salario	Se paga el tiempo de trabajo	Minimizar el esfuerzo en el trabajo	vii) Salario puro: el riesgo recae en el prestador viii) Ajuste de productividad: el riesgo recae en el financiador	ix) Importancia del ascenso y promoción x) Crecimiento de plantillas xi) Cooperación entre médicos	xii) Puede incentivar la actividad y la sobreutilización xiii) Sobredimensión del papel de los médicos	+ -	xiv) Debilidad negociadora xvi) Garantías de calidad xvi) Diseño de sistemas mixtos
Pago per cápita	Se paga la afiliación, la asistencia a un individuo	Maximizar la afiliación y minimizar los costos de la asistencia	xvii) Per cápita sin correcciones: el riesgo recae en el prestador xviii) Per cápita ajustado: el riesgo recae en el financiador	xix) Prevención xx) Derivación xxi) Selección de riesgos	Fomento de la integración de los servicios y de la prevención cuando es eficiente	-	Control de la calidad mediante estándares y fomento de la competencia
Pago por estancia hospitalaria	Se paga al hospital por cada paciente y noche	Maximizar el número de estancias y minimizar el costo medio de la estancia	xxii) Si no se ajusta el pago, el prestador soporta el riesgo de que las estancias sean caras xxiii) Si se ajustan las tarifas según los costos esperables, el riesgo recae en el financiador	xxiv) Aumenta los ingresos xxv) Reduce la duración media de los ingresos xxvii) Reingresos xxviii) Hospitalización innecesaria	Se fomenta la activada hospitalaria	-	xxviii) Penalización de reingresos xxix) Exclusión de casos extremos xxx) Ajuste de las tarifas
Pago por presupuesto	Se paga al hospital por una actividad poco concreta en un plazo de tiempo	Maximizar costos	Suele recaer en el prestador si no se tienen en cuenta particularidades	xxxi) Aplicación costosa xxxii) Planificación compatible xxxiii) Margen de maniobra para el prestador	Se fomenta la eficiencia, excepto si hay muchas asimetrías de información	-	Requiere de gran esfuerzo para no caer en inercias

Fuente: Cuadro III.6 página 103 de Cruces (2006).

Anexo 2: Cálculo del pago per cápita para hospitales distritales (con población adscrita) de Vietnam

El pago por capitación se calcula a nivel de provincia mediante la siguiente fórmula:

$$C_t = \sum_i (\text{Expit-1} * \text{Nit}) * K$$

Donde C_t es el monto per cápita pagado por el seguro a un hospital de distrito en el año t , i denota seis grupos de categorías del seguro. Expit-1 es el reembolso promedio del seguro para el grupo de miembros i en el año $t-1$; Nit es el número total de afiliados en el grupo i en el año t , y K es el factor de ajuste para tener en cuenta la inflación y el aumento del costo de la tecnología. K se ha fijado en 1,1, lo que permite un aumento del gasto del 10 por ciento cada año.

El monto C_t no incluye la promoción y prevención de la salud, que está bajo la responsabilidad de los establecimientos de salud comunales y se implementa en gran medida a través de programas verticales.

C_t tampoco incluye algunos servicios de alta tecnología (diálisis renal, cirugía cardíaca y tratamiento del cáncer), que continúan pagándose sobre la base del mecanismo de pago de pago por servicios.

Por otro lado, C_t sí incluye los costos de tratamiento en los puestos de salud comunales y el reembolso total o parcial de los cargos incurridos por los afiliados en los hospitales de referencia (el monto depende de si el paciente fue derivado oficialmente o no).

En el caso de las referencias, las reclamaciones de seguros se determinan sobre la base del pago por servicios, se deducen los copagos (con una tasa de copago más alta para los pacientes auto referidos) y la diferencia se deduce del monto de capitación asignado al hospital de distrito.

Al final del año, los hospitales de distrito pueden retener un excedente hasta un máximo del 20 por ciento del fondo de capitación y pueden utilizar estos fondos para invertir en equipos o instalaciones, contratar personal o complementar los salarios del personal. Por otro lado, si un hospital incurre en un déficit, puede apelar para que se le reembolse hasta el 60 por ciento del déficit justificando a la agencia de seguros que el déficit se debió a nuevas inversiones en servicios costosos o epidemias recientes en la población de captación, u otras razones que se consideren justificables.

Anexo 3: Cálculo del gasto per cápita por subsistema

El gasto per cápita de los subsistemas, o gasto por beneficiario, se calcula como el gasto en prestaciones de salud entre la cantidad de beneficiarios. Esta cifra muestra el gasto esperado por beneficiario.

La Tabla Anexo 3.1 muestra las cifras utilizadas para el cálculo del gasto per cápita del MSP. No se contó con información de gasto para el período 2012-2016. Para calcular a los beneficiarios, se tomaron las estimaciones de la población total de Ecuador para los años 2012-2020 y se restó a los beneficiarios de los otros subsistemas (IESS, ISSFA, ISSPOL). Para restar a la población con aseguramiento privado se asumió que el 8,7 por ciento de la población total cuenta con seguro privado.

La Tabla Anexo 3.2 muestra las cifras utilizadas para el cálculo del gasto per cápita del IESS. En este caso el cálculo del gasto toma el gasto promedio en prestaciones de enfermedad multiplicado por la cantidad de personas que recibieron dichas prestaciones; más el gasto promedio en prestaciones de maternidad multiplicado por las personas que recibieron dichas prestaciones. Estas dos cifras se suman para obtener el gasto en prestaciones de enfermedad y maternidad. En el caso de los beneficiarios se suman los afiliados al Seguro General Obligatorio Seguro general obligatorio, al Seguro Voluntario, los hijos de afiliados y beneficiarios de extensión de cobertura y los pensionistas. Luego se resta a los pensionistas del Seguro Social Campesino.

La Tabla Anexo 3.3 muestra las cifras para el subsistema de las Fuerzas Armadas. En este caso se suma el gasto en prestaciones hospitalarias y las no hospitalarias para obtener el gasto total en prestaciones de salud. Se toma el total de la población beneficiaria del ISSFA.

Finalmente, Tabla Anexo 3.4 muestra las cifras para el subsistema de la Policía Nacional. En este caso se contó con muy poca información. Solo para el año 2020 se cuenta con información del gasto en servicios de salud prestados a afiliados y el gasto en servicios de salud prestados a afiliados y beneficiarios por parte de red de salud pública. Para el año 2019, se cuenta con una cifra del gasto en servicios de salud prestados a afiliados, que parece estar subestimado. En el caso de los beneficiarios, se suman los reportados como activos, pasivos, Montepío y dependientes.

► **Tabla Anexo 3.1. Gasto en prestaciones de salud, beneficiarios y gasto per cápita del MSP**

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Gasto									
Primer nivel				993 335 166,36	1 076 977 474,96	1 014 168 284,88	887 082 606,35		
Segundo nivel				672 438 481,32	779 013 245,42	742 219 046,49	731 077 393,01		
Tercer nivel				361,996,412,62	423 036 267,95	430 294 641,48	385 257 921,82		
Gasto del MSP				2 027 770 060,30	2 279 026 988,33	2 186 681 972,85	2 003 417 921,18		
Beneficiarios									
Población estimada (nacional)	15 520 973	15 774 749	16 027 466	16 278 844	16 528 730	16 776 977	17 023 408	17 267 986	17 510 643
Población con seguro privado	1 252 543	1 273 022	1 293 417	1 313 703	1 333 869	1 353 902	1 373 789	1 393 526	1 413 109
Población beneficiaria	11 140 832	10 912 450	10 968 596	10 349 736	10 572 356	10 511 800	9 608 971	9 899 551	10 326 146
Gasto por beneficiario				192.90	237.18	220.89	207.18	220.89	194.01

Fuente: Elaboración propia en base a INEC (2022); MSP (2022).

► **Tabla Anexo 3.2: Gasto en prestaciones de salud, beneficiarios y gasto per cápita del subsistema del IESS**

Gasto	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Prestaciones de enfermedad y maternidad				1 664 916 141,53	1 527 242 207,75	1 173 080 565,77	1 834 888 654,94	1 904 628 128,12	1 549 203 202,42
Gasto del IESS				1 664 916 141,53	1 527 242 207,75	1 173 080 565,77	1 834 888 654,94	1 904 628 128,12	1 549 203 202,42
Beneficiarios									
Seguro general obligatorio	2 687 377	2 856 127	3 015 312	2 957 661	2 846 365	2 889 524	2 963 118	2 943,270	2 672 400
Seguro voluntario	75 417	88 123	97 851	116 246	138 215	149 201	161 910	170 251	178 855
Hijos de afiliados y beneficiarios de extensión de cobertura				863 092	827 986	1 032 370	2 044 707	2 024 916	1 979 557
Pensionistas	371 817	401 435	433 921	464 030	510 721	542 439	579 917	622 704	653 844
Pensionistas (SSC)	49 480	53 148	57 091	61 761	67 255	73 727	82 531	90 350	94 021
Población beneficiaria	3 085 131	3 292 537	3 489 993	4 339 268	4 256 032	4 539 807	5 667 121	5 670 791	5 390 635
Gasto por beneficiario				383,69	358,84	258,40	323,78	335,87	287,39

Fuente: Elaboración propia en base a IESS (2016, 2017, 2018, 2020, 2021).

► **Tabla Anexo 3.3. Gasto en prestaciones de salud, beneficiarios y gasto per cápita del subsistema de FFAA**

Gasto	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Hospitalarias				55 144 981	35 366 843	34 137 953	21 565 150		60 126 177
No hospitalarias				6 462 925	5 548 821	5 111 458	4 485 646		2 589 862
Gasto del FFAA				61 607 906	40 915 664	39 329 411	26 050 796		62 716 039
Beneficiarios									
Población beneficiaria				229 042	231 507	231 768	229 449		229 041
Gasto por beneficiario				268,98	176,74	169,69	113,54		273,82

Fuente: Elaboración propia en base a ISSFA (2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2020, 2021, 2022).

► **Tabla Anexo 3.4. Gasto en prestaciones de salud, beneficiarios y gasto per cápita del subsistema de la Policía Nacional**

Gasto	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Servicios de salud prestados a afiliados								419 698,70	5 039 193,78
Servicios de salud prestados a afiliados y beneficiarios por parte de red de salud pública									650 271,69
Gasto de la PN								419 698,70	5 689 465,47
Beneficiarios									
Activos				46 835	48 094	49 027	50 145	51 248	
Pasivos				15 364	16 212	17 236	17 572	18 043	
Montepío				5 284	5 544	5 776	6 029	6 565	
Dependientes				67 483	69 850	72 039	73 746	75 856	
Población beneficiaria				134 966	139 700	144 078	144 078	151 712	
Gasto por beneficiario								5,69	37,50

Fuente: Elaboración propia en base a ISSPOL (2017, 2018, 2019, 2020a, 2020b, 2021a, 2021b, 2022).



**Organización
Internacional
del Trabajo**

Oficina de la OIT para los Países Andinos, Ecuador

Centro Corporativo Ekopark
Vía a Nayón y Av. Simón Bolívar, Torre 4, piso 3
Quito - Ecuador

Tel. (593) 23824240
www.ilo.org/ecuador

 OITAmericas