

CAPÍTULO VI
ORGANIZACIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE LOS
PROGRAMAS DE SALUD

CAPÍTULO VI

ORGANIZACIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE LOS PROGRAMAS DE SALUD

VI.1 Introducción

Los sistemas de salud están pensados para cumplir con cinco objetivos principales: i) mejorar el estado de salud de la población; ii) contribuir a la equidad social; iii) alcanzar la eficiencia macroeconómica; iv) aumentar la eficiencia de las operaciones; y, v) lograr la satisfacción del usuario. Aunque estos objetivos son universales, su importancia es relativa entre las naciones, comunidades y contextos. Inclusive una revisión breve de los puntos mencionados nos señala que la complejidad de este tema se manifiesta cuando los objetivos se refieren a la salud como tal, a los "servicios de salud", y a las aspiraciones sociales sobre los derechos de los ciudadanos. Un proyecto de investigación en sistemas de salud de la CISS aborda esta cuestión de manera más exhaustiva. Nuestro enfoque aquí es en relación a su organización y administración. No obstante, es imposible entender la complejidad de los sistemas de salud sin tomar en consideración el peso de los propósitos generales.

Es así como comenzamos preguntando cuál es el significado de estos objetivos. El mejoramiento del estado de salud es un objetivo que puede explicarse por sí solo. La equidad hace referencia a dos aspectos en los sistemas de salud: a la equidad vertical y a la equidad horizontal. La equidad horizontal se refiere al acceso a la atención a la salud de acuerdo a la necesidad y no a la capacidad de pago. La equidad vertical se refiere a las

contribuciones de las personas al sistema con base en su capacidad de pago y no al actual o eventual costo de salud (Wagstaff, et al 1991, 1994a, 1994b). La eficiencia macroeconómica se refiere al manejo de presiones inflacionarias—un aumento superior del costo del servicio en relación a las ganancias en salud—que se relacionan con el poder monopólico de los proveedores y su habilidad para crear una demanda innecesaria por servicios. La eficiencia microeconómica se refiere al proceso de producción de la atención a la salud: cómo son utilizados los insumos para producir cierto resultado. Complementa a la eficiencia macroeconómica dado que contribuye a contener los costos. La satisfacción del usuario parecería ser una cuestión sencilla y sin necesidad de explicación, pero aun aquí hay algunas preguntas complejas. ¿Quiénes son los usuarios?, ¿cuál es el significado de satisfacción?, ¿es ésta un estado de bienestar basado en criterios médicos o un estado mental estimulado por cuestiones de otra índole? La Organización Mundial de la Salud relaciona la satisfacción del usuario con siete características: dignidad, autonomía, confidencialidad, atención oportuna, calidad de servicios básicos, acceso a redes sociales de apoyo durante la atención, y la posibilidad de elegir al proveedor.

Aunque la falta de recursos para hacer frente a las necesidades crecientes y a los altos costos es uno de los factores que explican los poco satisfactorios resultados para el alcance de los objetivos en diversos países, la organización y la

administración del sistema de salud podrían estar imponiendo límites a un mejor desempeño (Ver Recuadro VI.1). En general podemos identificar dos fuentes de esta limitante. La primera tiene que ver con el diseño de los sistemas, y la segunda con las deficiencias en el modelo operativo.

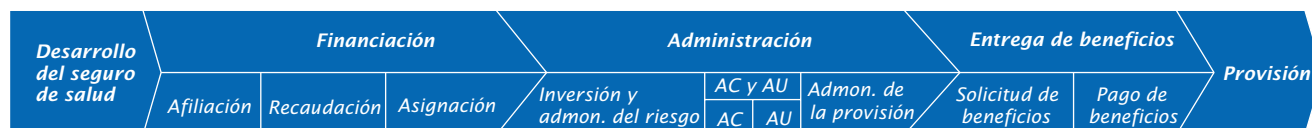
Los sistemas de salud se clasifican generalmente por el diseño de su sistema de financiación (ver por ejemplo CISS 2003 y Mesa-Lago 2005). Aunque es difícil sobredimensionar la importancia del diseño de la financiación, durante los últimos años algunos avances en economía de la salud y en el diseño de políticas han dejado en claro que el desempeño de un sistema de salud depende también de: i) de cómo se administran el consumo y el riesgo, ii) la capacidad de los proveedores para responder a la demanda de los usuarios, y iii) la complejidad de la interacción entre la financiación, la provisión, y la administración del riesgo y del consumo.

Éstas complicaciones nos llevan a estudiar el "modelo operativo" de un sistema de salud, el cual enfrenta diversos retos dependiendo de su diseño. Sin embargo, en relación al modelo operativo vemos

que los planes basados en sistemas de reparto o en derechos universales comparten muchos de los retos más importantes. Como se explica en Chernichovsky (1995, 2002), este mapa operativo tiene tres componentes principales: la financiación, la organización y administración del cuidado de la salud (OACS), que en este caso también incluye la administración y la entrega de beneficios, y la provisión (ver Gráfica VI.1).

Debido a la amplia heterogeneidad de los sistemas de salud en el Continente Americano tenemos que limitar nuestro análisis a los retos más comunes. No obstante, una premisa de este enfoque afirma que estos elementos comunes proveen una herramienta útil para avanzar en la reforma de cualquier sistema. Las siguientes secciones tratan con los retos y las "mejores prácticas", primero en el diseño, y después en cada uno de los procesos. A este respecto, en el Capítulo III ya se han discutido los procesos comunes a cualquier programa social. Para evitar cualquier repetición en relación a otros capítulos de este Informe, nos enfocaremos en destacar aquellos temas que consideramos merecen comentarios especiales.

Gráfica VI.1
Mapa General de Procesos en Salud



Recuadro VI.1
Reformando el Sistema Holandés: Límites Impuestos por la Complejidad Administrativa

El sistema de salud en Holanda es visto en ocasiones como un modelo para equilibrar las herramientas necesarias para alcanzar la equidad y los objetivos financieros y de atención, a los cuales las naciones aspiran. Después de décadas de procesos de reformas, el sistema holandés alcanzó en el 2006 una nueva ley que garantiza el acceso universal, que permite la flexibilidad en la elección de los consumidores y un ambiente más competitivo para los compradores de servicios de salud. Sin embargo, el sistema actual se ha alcanzado sólo después de un proceso largo de reformas.

De acuerdo a Van de Ven (2007) en el Acta de Aseguramiento de Salud 2006 se establecen los derechos (el *qué*); las condiciones para *quién*, *dónde* y *cuándo* se proveerá el servicio; y los procedimientos

Recuadro VI.1 (continuación)

en relación a las referencias, a las prescripciones y a otras características. El proceso de reforma se remonta a 1986 con las propuestas de Dekker. Desde la perspectiva de Van de Ven, en ocasiones se subestimaron los prerrequisitos para un despliegue exitoso de los nuevos procesos previstos por los reformadores. Actualmente hay un consenso sobre la necesidad de contar con "métodos adecuados de ecualización del riesgo, con una clasificación de productos y una medición de la calidad, con un sistema apropiado de información del consumidor y con una política efectiva de competencia."

En el Continente Americano, los esfuerzos de las reformas de Colombia y la República Dominicana han sido intencionalmente modelados con base en principios similares a los aplicados en Holanda. El sistema chileno ha adoptado algunas de estas ideas a través de los años, y desde mediados de los años noventas, la política mexicana también se ha orientado en esta dirección, aunque solo sea de una forma ambigua. El principio de este Informe y el análisis de Van de Ven sugieren que las naciones de América deben de haber enfrentado dificultades administrativas a la hora de implementar este enfoque. ¿Ha sido éste el caso? Aparentemente sí lo es. Todos estos países enfrentan limitaciones administrativas para afiliar individuos y pequeños empleadores, para desarrollar las reglas de financiación de los fondos de salud a través de presupuestos capitados para los organizadores del consumo de los servicios de salud, y para establecer métodos de pagos prospectivos para los proveedores, entre otros problemas.

Lejos de hacer un diagnóstico en contra de las estrategias de reforma, la lección es que el desarrollo administrativo y organizacional debe ser una piedra angular de cualquier esfuerzo de reforma de los sistemas de salud.

La Gráfica VI.2 ejemplifica un modelo operativo que captura todos los requerimientos de información que son sugeridos en este capítulo. La parte superior de la gráfica muestra los procesos que tienen que ser realizados en la atención a la salud y que han sido descritos en los párrafos anteriores. Seguido de ello, hemos incluido a todos los actores del sistema, quienes a través de un portal estandarizado pueden alimentar las bases de datos. En la parte central, encontramos tres tipos de bases de datos, las de las instituciones encargadas de la financiación, las de las OACS y las de los proveedores. Esta base de datos puede compartir información para conformar un frente común de servicios para los consumidores a través de diferentes canales: telefonía celular, kioscos, Internet, etc. La misma información debe proveerse en todos los canales. La información más común se describe en la parte inferior de la gráfica.

En un mundo ideal existiría una central de almacenamiento de información médica y financiera. En el caso de que los sistemas de salud estén fragmentados en agencias verticales, esta central

reuniría información de diferentes organizaciones; y de los fondos, de las OACS y de los proveedores si la separación de funciones prevalece. Esta solución ayudaría a disminuir los costos y a mejorar la calidad. Además de los historiales médicos y financieros de los pacientes, la base de datos contaría con información en relación a las "mejores prácticas" médicas y a su impacto en la atención al paciente. Serviría de apoyo a los investigadores para identificar tendencias relacionadas a la salud, y estaría a la disposición de doctores, pacientes, aseguradores e investigadores a través de redes confidenciales y seguras.

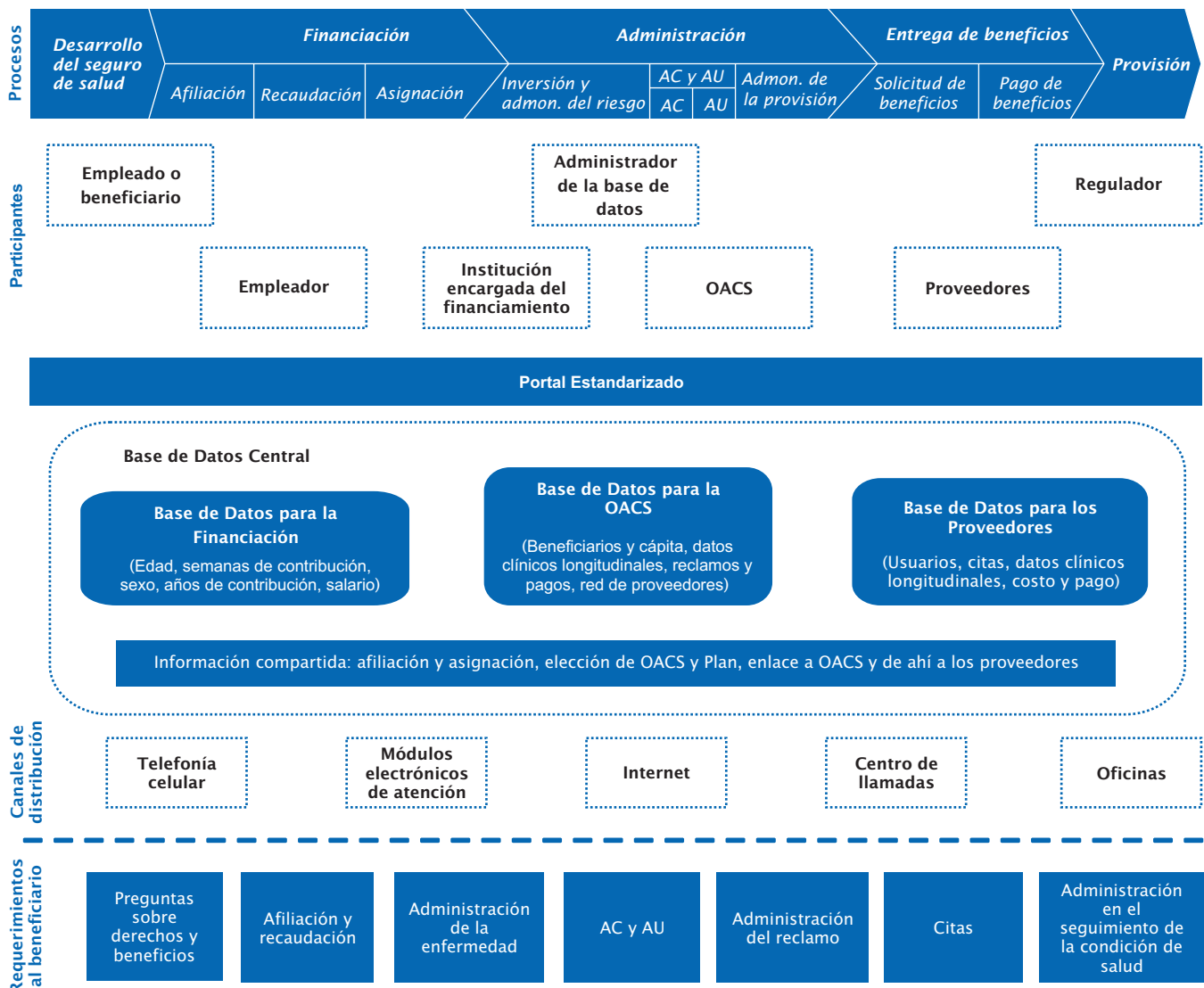
Muchos argumentarían que un sistema como tal no es factible en el presente ni en el mediano plazo en la mayoría de los países del continente. Primero, se necesitaría de una inversión considerable en TI para transformar la TI de una industria para permitir la captura de información y poder reportarla a todos los participantes. Segundo, se requeriría de la cooperación de una multitud de médicos, especialistas, enfermeras y técnicos en hospitales, clínicas y laboratorios, lo cual es particularmente

complicado en países con una alta participación del gasto privado. Tercero, existen preocupaciones reales acerca de la privacidad y la seguridad de datos. Y cuarto, hay un desequilibrio entre los beneficios y los costos a través de los diferentes actores: la mayoría gana, pero los proveedores tienen que enfrentar los costos (Bender, et al 2005).

Sin embargo, creemos que en países con sistemas verticalmente integrados, un modelo operativo como éste puede implementarse en el mediano plazo, trayendo beneficios importantes a

los afiliados y aumentando la eficiencia en casi todos los procesos. En el caso de los sistemas con funciones separadas, creemos que a pesar de los obstáculos que este modelo operativo enfrenta, los países también deberían realizar inversiones dirigidas a alcanzarlo en el largo plazo. Este esfuerzo requeriría de una importante participación reguladora, y podría incluir subsidios cruzados por parte de los sectores que más se beneficiarían, en este caso las OACS, hacia los que enfrenten mayores costos (Bender, et al 2005).

Gráfica VI.2
Modelo Operativo del Seguro de Salud



Fuente: Elaboración propia.

VI.2 Modelo Operativo de los Programas de Seguro de Salud

VI.2.1 Desarrollo del Producto



En el mundo, los sistemas de salud siguen diferentes diseños que corresponden al enfoque de política social de cada país. En esta sección describiremos brevemente los diferentes modelos que han seguido los países del continente haciendo énfasis en los problemas operativos que pueden surgir en cada uno de ellos.

De forma general los sistemas de salud se clasifican de la siguiente forma: i) programas universales ofrecidos por los Ministerios de Salud y financiados por impuestos generales, donde todas las personas del país, ciudadanos o no, tienen el derecho de recibir servicios, aunque generalmente no se proporciona un paquete garantizado; ii) programas de seguridad social, no universales, obligatorios para una clase de trabajadores, financiados por contribuciones obligatorias del empleado y/o del empleador, y algunas veces complementadas por fondos estatales; los afiliados de estos programas tienen el derecho a recibir un paquete de beneficios, el cual puede ser limitado o ilimitado; y iii) los programas de asistencia social para una población específica en desventaja (CISS 2003).

En relación al diseño de la organización, la mayoría de los sistemas, ya sean programas de seguridad social o aquellos gestionados públicamente por los Ministerios de Salud, trabajan con las funciones integradas verticalmente, es decir, los sistemas manejan todos los procesos mostrados en la Gráfica VI.1. Encontramos excepciones significativas en los sistemas de salud reformados, tales como los de Canadá, Chile, Colombia y República Dominicana, así como los que están más orientados

al mercado como el sistema de los Estados Unidos. Adicionalmente a la integración vertical, es habitual que las instituciones presenten un bajo desempeño debido a que las herramientas administrativas utilizadas en funciones básicas son obsoletas. Una regla más o menos persistente radica en que las oficinas centrales/nacionales realizan el presupuesto para las oficinas regionales y los hospitales, olvidando con frecuencia la función de la administración del riesgo y del consumo. De hecho, a partir de los años ochenta el espíritu de las reformas de salud y de la evolución del sistema menos regulado de los Estados Unidos puede ser visto en gran parte como un esfuerzo para desarrollar esta función, un proceso intermedio entre la financiación y la provisión.

La falta de un desempeño adecuado en las funciones básicas puede tener efectos adversos en los cinco objetivos de un sistema de salud. Algunos ejemplos de cómo los sistemas están perdiendo la oportunidad de mejorar los resultados en salud, la equidad, la eficiencia micro y macroeconómica y la satisfacción del usuario se refieren al uso ineficiente de los recursos, dado que el presupuesto no toma en cuenta el perfil de riesgo; a la deficiente administración de los afiliados y enfermedades, puesto que la función de las OACS no se lleva a cabo; y a la falta de competencia por los fondos entre los proveedores.

Para mejorar el desempeño de los sistemas de salud recomendamos lo siguiente:

- *Las agencias y los sistemas de seguro de salud, aun aquellos que se encuentran verticalmente integrados, deben ser administrados bajo una separación virtual de funciones. En general, esto implicaría que el área de financiación sea la que tenga que afiliar a las familias, cobrar las contribuciones y asignar los recursos siguiendo los principios que se aplican en los sistemas con separación de funciones. El presupuesto de las instituciones con funciones de OACS debe basarse en el perfil de los usuarios. Los hospitales y otros proveedores deben de gozar de cierta autonomía basada en incentivos financieros adecuados, en el*

sentido de pagarles en función de su mezcla de casos, y probablemente permitiéndoles vender o comprar servicios.

En el centro de esta recomendación se encuentra la separación del riesgo. En cualquier sistema de salud existen diversos grupos de organizaciones manejando diferentes combinaciones de riesgo. La separación implica una complicada serie de arreglos contractuales o virtuales entre los diferentes participantes. La separación del riesgo es importante dado que funciona como una poderosa herramienta al alinear los incentivos para brindar un mejor servicio costo-efectivo. Sin embargo, a medida que la atención a la salud se fragmenta, la administración del riesgo se vuelve más compleja. El reto de esta fragmentación consiste en que los contratos y los acuerdos se diseñen cuidadosamente para evitar cualquier tipo de desequilibrio financiero. Los administradores de las organizaciones de salud se deben convertir en "administradores del riesgo". Los cambios operativos en este tema se explicaran a detalle en secciones subsecuentes.

Otra característica de la mayoría de los países del continente, consiste en la coexistencia de las instituciones de seguridad social con programas asistenciales (CISS 2003). Además, en la mayoría de los países existe una fragmentación de la seguridad social (CISS 2004). En los casos donde existen múltiples programas, que en ocasiones llegan a ser sustitutos perfectos—como puede suceder en los sistemas reformados, donde diferentes aseguradoras compiten por la población—surgen los problemas ya conocidos de selección adversa y de oportunismo entre las aseguradoras, esto debido a las importantes asimetrías de información que son comunes en la administración de salud. Los sistemas de integración vertical también enfrentan el problema de la selección del riesgo, que en su caso, toma la forma de racionamiento, largas horas de espera y otras características ya conocidas de los sistemas públicos de salud. A este respecto recomendamos lo siguiente:

- *Los programas contributivos y no contributivos deben ser articulados en el diseño de impuestos,*

contribuciones, subsidios y pagos por servicio. Las agencias tienen que mantenerse coordinadas estrechamente, por lo menos en lo que respecta a la información de los participantes (el proceso de manejo de cuentas detallado en el Capítulo III de este Informe).

- *La regulación debe ser diseñada cuidadosamente en los sistemas de salud cuando la población pueda escoger entre distintas OACS y proveedores para evitar la falta de competencia entre los participantes.*

Hasta ahora hemos descrito los principales elementos de diseño que tratan con los incentivos más prominentes de los actores. El diseño de estos elementos es solo el primer paso. Los procesos y herramientas administrativas son los instrumentos técnicos a través de los cuales los elementos de diseño se ponen en práctica. En las siguientes secciones describiremos las prácticas y herramientas administrativas que creemos pueden respaldar mejor los procesos de diseño señalados en esta sección.

VI.2.2 Financiación: Afiliación, Recaudación y Asignación



En el Capítulo III discutimos a detalle los retos y las prácticas comunes de financiación entre los programas. En esta sección nos gustaría complementar esta discusión resaltando los principales retos y recomendaciones para los sistemas de salud.

En la sección anterior mencionamos que muchos de los países del continente americano tienen sistemas fragmentados, y que los programas de seguridad social coexisten con programas de asistencia social. El primer problema operativo que surge de esta característica es que en muchos casos no hay registros detallados de los beneficiarios. Esto

es cierto en las instituciones de seguridad social, pero es aún más grave cuando los servicios de salud son provistos por programas de asistencia social, los cuales raramente cuentan con bases de datos de los individuos. En los casos de atención de segundo y tercer nivel se cuenta con registros hospitalarios, pero no cuando la atención se da a primer nivel. Además, es común que los registros de hospitales consten solo de estadísticas sin utilidad para la administración de cuentas ni para la atención al usuario. En ausencia de un proceso de afiliación efectivo los historiales médicos se generan sólo cuando se presta un servicio de salud

La falta de información acerca de la población a atender es una gran restricción, por lo que la planeación habitual de recursos y presupuestos, así como de proyecciones actuariales, tienen que realizarse haciendo uso de *proxys*. No es de sorprenderse que en muchos países la mayor parte de la información requerida para la planeación provenga de encuestas nacionales o de estadísticas agregadas que sólo permitan estrategias limitadas para la asignación de recursos. La falta de información administrativa no permite adoptar mejores estrategias preventivas, ni la adecuada administración de la atención curativa. A este respecto recomendamos:

- *Desarrollar un registro detallado de todos los beneficiarios, sin importar que estos pertenezcan a un programa de aseguramiento o a uno de asistencia social.*
- *Tomar ventaja de todo contacto con el beneficiario para obtener cualquier información posible. La toma de decisiones correctas tanto en los procesos de administración de cuentas como en los de atención al usuario, reducirían el costo del desarrollo de bases de datos. Un proceso efectivo de afiliación debe incluir a todas las agencias y programas que proveen servicios de salud.*

Las familias no contribuyen a los sistemas principalmente por dos razones. Porque enfrentan altos costos administrativos o porque no saben

cuándo tienen que realizar el pago. Estos altos costos administrativos pueden explicar en gran parte la falta de protección al trabajador en pequeñas empresas, así como la de los trabajadores independientes e informales (categorías altamente correlacionadas). A menudo las agencias de recaudación son bastante efectivas tratando con empleadores de medianas y grandes empresas, pero tienen algunas dificultades para resolver problemas con las pequeñas empresas. Un sistema ineficiente de afiliación se refleja en grandes dificultades para controlar la recaudación del sistema de provisión. Cuando los hospitales no saben quién tiene derecho a qué beneficios, es difícil esperar el desarrollo de un enlace constructivo entre las funciones de financiación y de provisión de servicios. Cualquiera que sea la causa directa, el problema de los altos costos de transacción debe ser enfrentado. A este respecto recomendamos:

- *Facilitar el proceso de afiliación de las pequeñas empresas e individuos. En el caso del seguro de salud, la disposición de tarjetas de prepago es un buen ejemplo de cómo una herramienta puede simplificar el proceso. La información puede ser capturada en el sistema al momento que el beneficiario active la tarjeta.*
- *El desarrollo de extensas bases de afiliación y recaudación debe ser la mayor prioridad, así como el hacer uso de nuevas tecnologías con miras hacia un intercambio de información con agencias que desarrollan funciones de OACS y de provisión.*

Los retos en la recaudación han sido descritos ampliamente en el Capítulo III. En la mayoría de los países los sistemas de salud se financian por una combinación de impuestos a la nómina, contribuciones familiares y recursos del Estado. En los casos donde el Estado contribuye al sistema de seguridad social se requiere un espacio para la negociación. Cada año, los Ministros de Salud y de la Seguridad Social entran en negociaciones con las oficinas nacionales y regionales de presupuesto para definir los recursos, y con frecuencia el Congreso juega un papel muy importante en la asignación final. Las negociaciones anuales sobre el presupuesto

pueden generar incertidumbre y limitar una mejor planeación.

- *Los programas de seguro de salud deben adoptar políticas presupuestales por periodos largos de tiempo. Las agencias de salud deben comprometerse con ciertos objetivos, así como permitir el monitoreo de ciertas actividades.*

El problema de los presupuestos anuales se vuelve central a la hora de hacer grandes inversiones. Este es el caso de tecnologías costosas y de grandes proyectos (nuevos hospitales o ampliaciones a los ya existentes) con altos costos fijos donde las economías de escala juegan un papel principal. Para que el gobierno y las instituciones de salud puedan decidir sobre políticas de inversión que maximicen la eficiencia:

- *El Estado debe tener la autoridad para regular una política nacional de adquisición, el uso de tecnología costosa y el potencial de los monopolios naturales. Asimismo, frente al ritmo actual de desarrollo de tecnología, las políticas dinámicas y responsables y los ajustes regulatorios consistentes toman suma importancia para asegurar el uso eficiente de tecnología.*

Paradójicamente, muy a menudo proyectos costosos con efectos en el gasto a largo plazo son relacionados como parte de gastos operativos y son poco regulados (e.g. proyectos grandes de desarrollo de software), mientras que la construcción de clínicas y hospitales es fuertemente regulada. Para mejorar el proceso de toma de decisiones de proyectos grandes y a largo plazo de TI:

- *Se recomienda crear un comité ejecutivo (no un comité consultivo) para aprobar proyectos de TI que trabaje bajo principios claros de independencia, relevancia, eficiencia, y transparencia.*

La asignación en este caso tiene diferentes dimensiones. Primero, de acuerdo a la recomendación de que los programas de salud deben de estar parcialmente fondeados, la asignación significa cuánto debe ser asignado a los gastos corrientes y cuánto a los gastos futuros. Segundo, la asignación

significa cómo distribuir los montos entre los diferentes individuos. En la sección pasada se mencionó que las unidades/instituciones que llevan a cabo la función de OACS deben ser compensadas de acuerdo al perfil de riesgo de la población que atienden. Por lo tanto, nuestra siguiente recomendación es que:

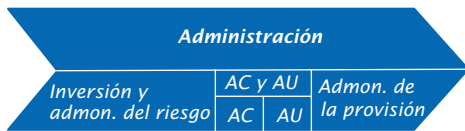
- *Las instituciones o unidades de OACS deben ser presupuestadas de acuerdo al perfil de riesgo de la población. Al hacer esto, se deberá hacer uso de las herramientas más sofisticadas de análisis de riesgo aplicables a la información disponible. Debe ser una prioridad adoptar estrategias a corto y largo plazo para el desarrollo de bases de datos.*
- *Este mecanismo para realizar presupuestos implica que cada unidad de OACS tenga un registro de sus familias afiliadas, ya sea que estas sean usuarias o no.*

El pago basado en el perfil de riesgo es la mejor manera de financiar las unidades/instituciones de OACS. La metodología para calcular el costo de un afiliado/paciente ha evolucionado a lo largo del tiempo y actualmente es bastante compleja. Las metodologías para calcular costos incluyen edad, sexo, complicaciones, co-morbilidad y gravedad. Además, mientras que en el pasado los algoritmos sólo calculaban costos de hospitalización, actualmente también calculan costos ambulatorios y de cuidados de largo plazo. Esta complejidad se debe a la disponibilidad de bases de datos de usuarios y proveedores, por lo que su adopción requiere inversiones de largo plazo en sistemas de información y en entrenamiento de personal tanto en el área financiera como operativa.

Algunos países en Latino América y el Caribe no cuentan con TI ni con las bases de datos para desarrollar este mecanismo sofisticado de asignación. Esta situación no debe desalentar a los administradores. Primero, estos mecanismos son diseñados usando bases de datos que también son necesarias para otros propósitos, tales como la afiliación, los estados financieros y el manejo de registros hospitalarios. Segundo, la implementación

de estas herramientas puede hacerse en etapas. Como primer paso muchos países han comenzado usando criterios de asignación *per capita* que solo consideran la edad y el sexo. Más tarde, han podido incluir otras variables para mejorar sus cálculos. Tercero, los países se podrían basar en poblaciones de características similares para obtener información basal para la construcción de un esquema de precios que reflejara sus propias particularidades.

VI.2.3 Administración



Inversiones y Administración del Riesgo

Inversiones

En el Capítulo III planteamos dos preguntas básicas en inversiones y en la administración del riesgo: i) ¿cuánto debe tener una institución en sus fondos de reserva?; y, ii) si hay fondos de reserva, ¿cómo deben ser manejados? Los programas de salud son financiados usualmente sobre una base anual por lo que los fondos de reserva son rara vez acumulados. Sin embargo, dado que i) la gente vive cada vez más, 2) el costo de los servicios de salud se encuentra en constante aumento y 3) los individuos no ahorran lo suficiente, junto con las tendencias demográficas, es difícil predecir que la financiación de salud no será sostenible en el largo plazo bajo las actuales condiciones. Esta financiación se convertirá en una cuestión crítica. Desafortunadamente se sabe muy poco con relación a cómo comenzar a formar estas

reservas. No se puede utilizar la experiencia del sector privado puesto que en el seguro de salud público no se pueden manipular las cuotas ni restringir el acceso para adecuar el pool de riesgo. El seguro social está diseñado para tomar todos los riesgos sin discriminación en precio y mucho menos en acceso.

Cada país debe encontrar su propio camino para comenzar a formar el ahorro para el seguro de salud. Por ejemplo, los Estados Unidos han optado por complementar el seguro basado en el empleo con cuentas de ahorro de salud (CAS).¹ No obstante, cualquier propuesta en cuentas individuales incluirá subsidios y por lo tanto del apoyo del ahorro público. Una consideración fundamental, sin importar que se utilice el ahorro público o privado, es la de definir una estrategia para medir el déficit proyectado del sistema. Nuestras recomendaciones a este respecto son las siguientes:

- *Deben desarrollarse estudios económicos y actuariales para establecer una estrategia de financiación de largo plazo y para crear reservas. Esta estrategia define el trato fiscal y contable en relación al déficit presupuestal proyectado.*
- *Deben seguirse las "mejores practicas" en el manejo de fondos expuestas en el Capítulo III. En particular, la financiación de proveedores (e.g. la construcción de hospitales) debe provenir de fuentes diferentes al ahorro del sistema.*
- *Si se establece algún mecanismo de cuentas individuales como el de las CAS, el sistema deberá utilizar la infraestructura provista por el sistema de cuentas individuales de pensiones en aquellos países con sistemas de pensiones reformados.*

Manejo del Riesgo

Como se mencionó en la introducción, la separación de funciones, real o virtual, implica que diferentes

¹ Una CAS típicamente se crea junto a un seguro de salud de eventos catastróficos que tiene un deducible elevado. Cada periodo se deposita una cantidad en la CAS. Todos los gastos médicos por debajo del deducible se pagan a través de esta cuenta. Cualquier gasto por arriba de este deducible se paga a través del seguro. Este tipo de esquemas son diseñados con incentivos para que tanto los usuarios como los proveedores no realicen gastos en salud que tengan bajos beneficios marginales.

organizaciones/unidades manejen diferentes tipos de riesgo. Bajo esta propuesta, las unidades/instituciones de OACS y los proveedores participan compartiendo el riesgo. Como tal, esta sección aplica para ambos. Este hecho implica que los administradores de las instituciones de salud, de las OACS y de los proveedores deban enfatizar el manejo del riesgo. Es más, "el riesgo debe ser tratado como una actividad central del negocio cuya responsabilidad debe recaer en un alto funcionario, en vez de ser una actividad técnica tratada por especialistas" (Mulligan, et al 1996). Un mal manejo del riesgo no solo implica un desempeño financiero deficiente o una inadecuada eficiencia microeconómica, sino también malos resultados en salud.

En los programas verticalmente integrados el financiador también participa en el manejo del riesgo. Aunque estemos proponiendo una separación virtual de funciones, la falta de un mecanismo de mercado puede ser sustituido por acciones que coordinen las tres funciones principales para obtener el mejor resultado posible. En el caso de los sistemas

reformados, donde las funciones se encuentran separadas, la administración debe tomar en cuenta las acciones establecidas por los reguladores. Esto es cierto porque, como se explicó en la sección del diseño del producto, existen algunas imperfecciones de mercado como la selección adversa y el riesgo moral que justifican tales intervenciones.

Para administrar el riesgo, las organizaciones de salud deben primero entender el tamaño y las características de los tres componentes principales de éste, y después deben diseñar una estrategia de administración del riesgo. El Cuadro VI.1 describe los componentes del riesgo de atención a la salud en los sistemas obligatorios. No se incluye el riesgo financiero porque éste concierne a todas las empresas y no es el objetivo de este Informe.

La administración del riesgo se refiere al manejo de los métodos esenciales para administrar los tres tipos de riesgo. Las siguientes son nuestras recomendaciones básicas para la administración del riesgo. La mayoría de ellas están basadas en Mulligan, et al (1996).

Cuadro VI.1
Componentes del Riesgo en Salud

Riesgo	Componentes	Descripción del riesgo
Riesgo por evento	Incidencia	Variación de la tasa de una condición dada
	Gravedad	Variación de la gravedad de una condición dada
	Catastrófico	Riesgo de un reclamo de baja probabilidad de ocurrencia pero alto costo
Riesgo de valoración	Diseño de producto	Entendimiento imperfecto del efecto del diseño del producto en la utilización y composición de grupo.
	Determinación del precio	Determinación incorrecta de las características de riesgo de la población
Riesgo operativo clínico	Administración del costo	Desviación del costo actual de la atención a la salud del pronosticado
	Administración del tratamiento	Variación del costo del tratamiento del esperado

Fuente: Adaptada de Mulligan, et al (1996).

- *Cada tipo de riesgo debe de ser tratado de manera individual, independientemente de que los tres (evento, valoración, clínico) tengan el mismo efecto en los estados financieros.*
- *El riesgo por evento se administra de mejor manera aumentando el número de individuos en un grupo. Como bien se sabe, el riesgo se reduce al aumentar el número de individuos. Proyecciones actuariales que toman en cuenta la incidencia y la gravedad pueden determinar el tamaño mínimo del grupo para cierto nivel de riesgo determinado.*

Este último punto es de singular importancia para las agencias verticalmente integradas (*e.g.* programas nacionales que incluyen la financiación y la provisión). En este caso, las estructuras internas deben definir pocas regiones o sub-niveles que desempeñen las funciones de OACS. Este arreglo también implica que en un sistema reformado solo debe existir un número limitado de instituciones de OACS en el mercado, y que la regulación debe adaptarse a esta característica.

En los mercados privados, el riesgo de valoración se reduce al renovar la mayoría de las pólizas de los planes de salud anualmente, lo que significa que las desviaciones pueden ser corregidas rápidamente. Esto también es cierto en el caso de las instituciones verticalmente integradas porque el presupuesto se realiza anualmente. En los sistemas con separación de funciones, el riesgo de valoración puede ser un factor importante, dado que el precio del paquete es regulado y normalmente cualquier ajuste requiere de complejos procesos administrativos.²

En la sección de asignación recomendamos utilizar mecanismos de pago para las instituciones de OACS que reflejen el riesgo de la población. Complementamos aquélla con esta recomendación

que se aplica igualmente a los mecanismos de pago para los proveedores:

- *Las tarifas (ya sea en relación al pago a terceros o a las reglas internas del presupuesto en organizaciones verticalmente integradas) deben revisarse anualmente, y según sea el caso, deben de hacerse las modificaciones correspondientes.*

El manejo del riesgo operativo clínico se refiere a la desviación del costo de los elementos de la atención y a la desviación del costo del tratamiento. El costo operativo clínico es importante para las OACS y los proveedores, pero los diferentes arreglos entre ellos implican que una de estas instituciones enfrente un riesgo mayor y que esté más interesada en controlarlo. En general, cuando las OACS pagan con base en una tarifa por servicio, por ejemplo, los proveedores no tienen incentivos para controlar el costo. Sin embargo, cuando se utiliza algún mecanismo que comparte el riesgo, como el de la capitación, las OACS y los proveedores tienen incentivos para disminuir los costos. Normalmente, muchos mecanismos de pago aplican de manera simultánea en esquemas con funciones separadas como se explicará a continuación.

Hay diferentes acciones que las OACS y los proveedores pueden tomar para disminuir el riesgo operativo. En la literatura se encuentran las siguientes (Mulligan, et al 1996):

- *Las organizaciones pueden intentar estandarizar sus procedimientos alrededor del enfoque promedio para tratamientos de enfermedades y condiciones de frecuencia elevada y enfermedades de alto costo.*
- *Las organizaciones deben intentar estandarizar la atención a la salud alrededor de las "mejores prácticas".*

La estandarización de la atención a la salud se lleva actualmente en muchas de las instituciones

² Esto no significa que las aseguradoras privadas o aquellas que con sistemas de integración vertical tengan mejores procesos. Las aseguradoras privadas hacen ajustes a través de las tarifas y deshaciéndose de familias con un alto riesgo. El mecanismo de ajuste de las agencias verticalmente integradas se basa en racionar los servicios y en reducir la calidad. El reto real consta en hacer ajustes manteniendo la cantidad y la calidad de los servicios.

verticalmente integradas, ya que hay un mayor control. En los sistemas reformados, como en el caso de Argentina, también se han implementado algunos protocolos de atención.

La administración del riesgo operativo es importante para controlar el riesgo, pero las organizaciones de salud deben estar más enfocadas en reducir el costo promedio. Generalmente, hay tres palancas de desempeño para hacerlo: i) la administración de la demanda, ii) la administración de la provisión, y iii) la administración de las solicitudes. El manejo de la demanda será analizado en esta sección, mientras que la administración de la provisión y la administración de las solicitudes serán analizadas en las secciones correspondientes.

La idea central de la administración de la demanda se basa en reducir el número de casos que solicitan atención médica, y en disminuir el costo del cuidado médico sin deteriorar la condición de salud del paciente. Dentro de la administración de la demanda han seguido diversas estrategias alrededor del mundo. El Cuadro VI.2 resume estas acciones.

Los deducibles y co-pagos son siempre controversiales, pero estos pueden ser necesarios para racionalizar la demanda. Es indispensable considerar que la administración de deducibles y co-pagos es costosa.

• *En algunas circunstancias es necesario establecer un sistema de deducibles y co-pagos. Tales herramientas deben ser adaptadas a cada tipo de atención médica con la finalidad de controlar la duplicación de la demanda y el consumo de servicios no esenciales. Los mecanismos a prueba de medios pueden ser usados para apoyar a familias de bajos ingresos y a las que se encuentren en situación de desventaja. Sin embargo, el paquete básico debe operar libre de deducibles y co-pagos.*

En los programas obligatorios es común la existencia de "porteros" y de sistemas de referencia, aunque con otros nombres. Desafortunadamente, observamos que en muchos casos, estos no cumplen sus objetivos. Un débil desarrollo de la función de OACS determina que los médicos y enfermeras de la atención primaria tengan una relación débil con los pacientes, provean muy poco esfuerzo adicional, y tengan incentivos para enviar a los pacientes a los hospitales evitando de este modo responsabilidades y esfuerzos (Martínez 2006). A este respecto recomendamos:

• *Establecer "porteros" y evaluar su desempeño haciendo uso de datos y herramientas estadísticas. Por ejemplo, el desarrollo de tableros de reporte,*

Cuadro VI.2
Acciones en la Administración de la Demanda

Enfoque	Descripción
Establecer diferentes sistemas de deducibles y co-pagos	Se pueden establecer deducibles y co-pagos para los servicios que estén fuera del paquete básico.
Endurecer las reglas de aprobación	Esto incluye i) la existencia de "Porteros" y sistemas formales de referencias; y ii) sistemas más estrictos para la aprobación de intervenciones.
Administración de enfermedades	Administrar tratamientos de enfermedades específicas (e.g. diabetes) para evitar complicaciones a largo plazo y tratamientos hospitalarios costosos. La atención sería más personalizada y los pacientes podrían recibir educación en salud, un contacto más frecuente y motivación en general.

Fuente: Elaboración propia.

basados en índices de hospitalizaciones³ prevenibles, ayuda a hacer un comparativo de la atención ambulatoria en los Estados Unidos.

La idea general del enfoque de la administración de enfermedades es de prevenir o minimizar los efectos de una enfermedad o de una condición crónica, tal como la diabetes, a través de un mejor monitoreo del cuidado. En este sentido, los doctores y los profesionales de la salud podrían proveer servicios de manera más eficiente y evitar posibles complicaciones. La atención sería más personalizada y los pacientes podrían recibir una mejor educación en salud, un contacto más frecuente y un mayor estímulo en general. En algunos países estos programas han representado grandes ahorros para las aseguradoras y los planes nacionales de salud.

Es cierto que no en todos los casos los programas de administración de enfermedades han sido exitosos. No obstante, muchos de los programas fallan por no centrarse en las condiciones correctas o/y por no poder persuadir a los pacientes para cumplir con las observaciones. En los Estados Unidos la primera generación de estos programas en los años ochenta falló debido a la alta rotación de la gente entre las aseguradoras, por lo que no se pudieron aprovechar las economías de escala (Adomeit, et al 2001).

No obstante, la experiencia adquirida y las nuevas tecnologías representan una importante oportunidad para implementar estos programas con éxito. Primero, adecuar las bases de datos y las herramientas estadísticas ayuda a identificar las condiciones correctamente y a monitorear a los individuos. Segundo, las nuevas tecnologías facilitan la comunicación entre el paciente y los administradores de los programas. Por ejemplo, el sistema de salud alemán centraliza la información de todos los pacientes en una sola base de datos que puede ser consultada por cualquier médico a

través de una conexión segura. Para recopilar la información de los pacientes se aprovecha la red y otras herramientas educativas en línea. Esta tecnología ahorra significativamente recursos y mejora la calidad de vida de sus afiliados al i) hacer un seguimiento casi diario de los pacientes, ii) evitar realizar pruebas por duplicado, y iii) mejorar la habilidad de los pacientes en el cuidado de su salud. A este respecto recomendamos:

- *Las unidades de OACS deben implementar un programa de administración de enfermedades. Para alcanzar un mayor éxito, es fundamental la implementación de TI y bases de datos adecuadas. Entre más se facilite la interacción entre los médicos y pacientes, mayor será el éxito del programa.*

Para poner en práctica estas y otras acciones que se discutirán después, las OACS necesitan un excelente proceso de administración de cuentas y atención al usuario. Éste será nuestro siguiente tema de análisis. Para terminar con esta sección, nos gustaría recordar que la administración del riesgo es la tarea central de la función de las OACS. Para cualquier programa de administración de riesgo las mejores prácticas plantean que:

- *Se establezca un comité de la administración del riesgo que le reporte directamente al director general, al director de finanzas de la OACS y a las unidades de provisión. En instituciones verticalmente integradas también debe involucrarse el principal ejecutivo de la organización. Para hacer recomendaciones adecuadas, el comité de administración de riesgos debe efectuar análisis basados en evidencia sobre los tipos de riesgo que administra, el tamaño y las implicaciones financieras.*

Administración de la Cuenta y Atención al Usuario

Administración de la Cuenta

En el Capítulo III nos referimos a la administración de cuentas como la actividad que incluye mantener

³ Se han propuesto las hospitalizaciones prevenibles como un indicador de la calidad de la salud porque en teoría, "el cuidado oportuno y efectivo puede ayudar a reducir el riesgo de la hospitalización". Algunos ejemplos incluyen admisiones de casos de asma, diabetes cetoacidosis y fallas del corazón.

actualizadas las bases de datos. También mencionamos que la administración de cuentas es necesaria para tener proyecciones actuariales confiables, una atención al usuario eficiente, y una rápida y correcta entrega del servicio y pago de beneficios.

En el caso de la atención a la salud, la administración de cuentas se refiere no solo al correcto registro de las contribuciones, sino también al proceso complejo de capturar las interacciones entre las funciones de financiación, OACS y provisión. No solo se trata de registrar los pagos y la información actualizada de los usuarios, en este caso, la administración también requiere del historial clínico del paciente.

- *Todo sistema de salud comprometido con medidas preventivas y con la administración de salud a largo plazo debe desarrollar la capacidad para almacenar información y analizarla a nivel individual. Esto requiere definir el concepto de "cuenta" para que pueda ser consultado por los médicos y los administradores para administrar la salud tanto a nivel individual como grupal.*

Atención al Usuario

La atención al usuario juega un papel muy importante en los sistemas de salud. En los últimos años la satisfacción personal ha tomado una mayor

importancia desde que los individuos demandan un mejor servicio. Una adecuada atención puede incrementar la lealtad, y puede ayudar a aumentar la afiliación en las economías con un gran sector informal. También pone la información a disposición del usuario, optimiza sus interfaces, y ayuda a las instituciones de salud a reaccionar rápidamente ante las inquietudes de los usuarios. Por otro lado, provee una visión completa del usuario, capacidades de comunicación por canales múltiples y un manejo óptimo e integral de las solicitudes. Los servicios que pueden ser utilizados en la atención al usuario se resumen en el Cuadro VI.3. En la introducción de este capítulo se discutió sobre la arquitectura de TI necesaria para respaldar estos servicios.

La mayoría de estos servicios se pueden proveer a través de diferentes canales, pero uno de los más importantes es el uso de Internet como una nueva base competitiva para elevar el valor al usuario. Los portales de Internet extienden los servicios que se ofrecen a través de los centros de llamadas a la red, donde los miembros por su cuenta pueden buscar información de manera rápida y fácil. Por ejemplo, algunas de las estrategias más comunes en Internet incluyen la posibilidad de hacer citas en línea, entrar en dialogo con otros miembros y enviar preguntas a profesionales de la salud (disponible 24x7 con una

Cuadro VI.3
Principales Servicios en la Atención al Usuario

Datos	Atención a la Salud			Información de Salud
	Acceso a los médicos	Referencias/ autorizaciones	Relaciones médico paciente	
Información de afiliación y contribuciones	Directorio actualizado de unidades proveedoras	Referencias instantáneas	Comunicación directa con los proveedores de la atención	Un canal de alta calidad a bajo costo para la administración de los casos/enfermedades
Solicitud del documento de identificación	Citas en línea y recordatorios	Situación de solicitudes médicas pendientes	Antecedentes médicos	Salones de conversaciones y provisión de información

Fuente: Elaboración propia.

respuesta garantizada en menos de 24 horas). Es evidente que una nueva estrategia de atención al usuario puede mejorar el desempeño significativamente. Además, puede fomentar una mejor toma de decisiones por parte de los usuarios, y mejorar la administración de desordenes crónicos y de deficiencias operativas. Nuestra recomendación en esta sección es:

- *Crear una estrategia de atención al usuario haciendo uso de las capacidades provistas por las TI.*
- *La administración de cuentas y la atención al usuario deben trabajar de manera conjunta, ya que una no puede hacerse bien sin la otra. Por ejemplo, no tendría ningún sentido utilizar como estrategia las tarjetas de identificación inteligentes para los pacientes si no se cuenta con una buena estrategia de administración de cuentas.*

La Administración de la Provisión

Como mencionamos anteriormente, existen tres palancas de desempeño para reducir el costo promedio en los seguros de salud. Hasta ahora hemos hablado de la administración de la demanda. En esta sección discutiremos la administración de la provisión. La idea central es reducir el costo por tratamiento, en un contexto en que los pacientes y los proveedores prefieren un cuidado extensivo, mientras que los gobiernos y los pagadores buscan un equilibrio entre el costo y un nivel adecuado de atención. Un buen desempeño en la administración puede llegar a tener un alto impacto en diferentes áreas de costo sin tener que reducir la calidad de la atención. Las principales áreas para encontrar oportunidades son los hospitales, la ayuda médica y los centros de rehabilitación. En general, hay tres enfoques diferentes para hacerlo: i) los mecanismos de pago, ii) el establecimiento de estándares, y iii) la selección de proveedores.

Existen diversos mecanismos de pago para controlar los costos y la calidad de manera diferente dado que cada uno de ellos genera incentivos diferentes. Es importante mencionar que en estos

mecanismos el pagador y el proveedor se encuentran en situaciones opuestas en un juego de suma cero de riesgos y de recompensas entre ambos actores. Cuadro VI.4.

En los sistemas verticalmente integrados se utilizan por lo general mecanismos de asignación basados en presupuestos históricos. Bajo este tipo de acuerdos, los presupuestos no se pueden ajustar a la mezcla de casos de los hospitales. Esto ocasiona que algunos hospitales reciban más recursos de los necesarios y, por lo tanto, no tengan incentivos para ser más eficientes; y que otros reciban una menor cantidad de recursos, prescriban tratamientos de manera deficiente, y ofrezcan un servicio de menor calidad.

En el caso de los sistemas con funciones separadas, los mecanismos de pago que se utilizaron en un comienzo se basaban en tarifas por evento. Más tarde surgieron diversos problemas debido a que bajo ese mecanismo de pago, los proveedores, al intentar maximizar sus ingresos, suelen prescribir acciones excesivas de atención. Esta situación representa en general altos costos de salud para las aseguradoras privadas y públicas. Para mitigar tales problemas, se pueden implementar otros mecanismos de pago donde los proveedores y pagadores compartan los riesgos. Aquellos mecanismos basados en GRD y en metodologías similares pueden reducir los costos de manera significativa para las OACS. A este respecto recomendamos que:

- *Las OACS cambien a sistemas prospectivos de pago basados en casos individuales, tales como aquellos basados en tarifas de GRD. De este modo existiría una conexión entre los tratamientos individuales y los pagos, y se les pagaría a los proveedores de acuerdo a sus resultados y no por insumos.*

Este mecanismo se utiliza en los sistemas que han llevado a cabo la separación de funciones, pero también puede utilizarse a la hora de realizar los presupuestos en los esquemas verticalmente integrados. Los sistemas reformados de América Latina han empezado a utilizar mecanismos de pago

Cuadro VI.4
Mecanismos de Pago y Palancas Clave para la Administración

Tipo de reembolso	Descripción	Riesgo compartido (OACS/proveedor)	Palancas clave a administrar	
			OACS	Proveedor
Pago por servicio	Pago por un servicio específico		Terapia aplicada Precio de servicios específicos Artículos reclamados	Costo unitario por servicios específicos
Día/estancia	Tarifa diaria (med/cirugía, UCI)		Duración de la estancia	Costo unitario por día
Tarifa por caso (GRD)	Tarifa por tratamiento		Otros costos no incluidos en el tratamiento	Total de los costos de tratamiento en el hospital
Tarifa global (incluye los gastos profesionales)	"Todo-incluido" tarifa por el componente profesional y hospitalario de casos específicos (e.g. BPAC)		Ninguno	Utilización médica de auxiliares / otros servicios durante el caso
Capitación (para hospitales y posiblemente para otros componentes)	Cierta cantidad por miembro que cubre todo el cuidado hospitalario		Ninguno	Número de admisiones por persona
Presupuesto global o por salario (atención de primer nivel)	Por servicios no especificados en un periodo de tiempo		Ninguno	Costo total de la atención

Nota: UCI: Unidad de Cuidados Intensivos. GRD: Grupos Relacionados de Diagnóstico, BPAC: Bypass de la arteria coronaria.
Fuente: Elaboración propia.

más sofisticados basados en tarifas GRD (Chile, Colombia y Brasil).

El segundo enfoque (complementario) es el establecimiento de estándares. La estandarización de procedimientos alrededor del tratamiento promedio para enfermedades de alta incidencia o con altos costos puede reducir los riesgos, pero no reduce significativamente los costos promedio. Sin embargo, como la mayoría de los riesgos operativos están sesgados hacia costos elevados, estandarizar la atención reduce también los costos. Para disminuir el costo promedio, la estandarización del cuidado usando las "mejores prácticas" puede ser muy

efectiva. Además, se minimiza el riesgo asociado con el tratamiento de una condición dada.

Un factor fundamental se relaciona con la capacidad de influir en el comportamiento del médico. Para ello, es importante que las organizaciones de salud construyan infraestructura de información, procesos de desarrollo profesional, e incentivos para alinear las prácticas clínicas. Por lo tanto se recomienda:

- *Influir en las decisiones terapéuticas de los médicos a través de guías de tratamiento para asegurar un tratamiento efectivo y eficiente. Éstas pueden incluir la utilización de incentivos para los médicos.*

- *Establecer mecanismos de monitoreo de enfermedades, tratamientos y resultados médicos con la finalidad de tener puntos de referencia para los médicos/proveedores.*

El último enfoque al problema consiste en la selección de proveedores, el cual es de particular importancia cuando los sistemas tienen funciones separadas. Es común que en estos casos la selección de proveedores se base en la infraestructura médica y en las capacidades para proveer ciertos tratamientos. Aunque este arreglo es correcto no es suficiente. Creemos que los proveedores deben ser seleccionados y monitoreados con base en su infraestructura administrativa y a sus resultados en salud. Es cierto que los resultados de salud dependen altamente de la infraestructura pero también de otras características no observables como los procesos dentro de los hospitales y la calidad del capital humano. Los indicadores de resultados de salud, como los desarrollados por la Agencia para la Investigación y Calidad en la atención a la Salud (AHRQ) de los Estados Unidos, registran de mejor manera la calidad técnica de los hospitales. Esta información puede ser utilizada de forma interna para identificar puntos de referencia entre los proveedores; inclusive, puede ser publicada para que los usuarios hagan una mejor elección de su proveedor lo que inducirá la competencia. Por ejemplo, los tableros de reporte médico han incentivado la competencia entre proveedores con el resultado que se ha mejorado la calidad de la atención.

A favor de un mejor proceso de selección de proveedores recomendamos que:

- *Los mecanismos de selección de proveedores de salud se basen no solo en las capacidades médicas sino también en la estructura administrativa. Las capacidades médicas deben ser medidas no solo en relación a su infraestructura, sino también con base en los resultados de salud. La estructura administrativa hace referencia a la infraestructura en TI que deben tener los proveedores para llevar a cabo una contabilidad financiera, y a tener las*

telecomunicaciones que permitan su interacción con los pagadores y los pacientes.

- *El desempeño de los proveedores en estas dos áreas se monitoree constantemente. Los indicadores de calidad deben ser públicos para permitir una mejor elección por parte de los pacientes induciendo así un ambiente más competitivo.*

Un proceso importante relacionado a la provisión es la administración de las solicitudes de reembolso a los proveedores. Ésta es probablemente una de las tareas más difíciles de desempeñar en el proceso de atención a la salud. La idea general se refiere al incremento de la eficiencia y de la efectividad durante el proceso de revisión de las solicitudes. Contar con un proceso apropiado para la administración de las solicitudes refuerza la posición de las OACS en las negociaciones a través de la información de la práctica médica y de facturación. También ayuda a disminuir los gastos durante el año.

Como hemos visto anteriormente, una separación virtual de funciones en instituciones verticalmente integradas puede traer ganancias significativas. En este caso, permite a los sistemas mejorar su desempeño a través un proceso eficiente de administración de solicitudes. En los sistemas reformados con funciones separadas la administración de las solicitudes es un asunto crucial. Una implementación eficiente de la administración de solicitudes depende del mecanismo de pago.

Como mencionamos en secciones anteriores, cada mecanismo de pago genera diferentes incentivos. Por lo tanto, el proceso de administración de solicitudes debe adaptarse para manejar situaciones específicas dependiendo del tipo de acuerdos. El Cuadro VI.5 resume los errores potenciales en la administración de solicitudes y cómo estos se relacionan con los diferentes mecanismos de pago.

Desde una perspectiva diferente podemos clasificar los errores en dos categorías: aquéllos relacionados a los errores humanos, y aquéllos que pueden ser explicados por los incentivos. Los dos

primeros errores en el Cuadro VI.5 corresponden a la primera categoría, mientras que los últimos cuatro a la segunda. La pregunta es qué se puede hacer, no solo para evitar los errores, sino para hacerlo de una manera eficiente. Muchas veces es común ver como las aseguradoras invierten una cantidad significativa en recursos humanos para revisar las facturas de hospitales sin éxito. Esto se debe a que el personal normalmente se encuentra muy ocupado para poder revisar minuciosamente las solicitudes, o a que no está lo suficientemente capacitado para detectar variaciones complejas. Además, los arreglos individuales con los hospitales limitan el uso de reglas estandarizadas. Nuevamente, las TI pueden ser un excelente aliado de los pagadores para mejorar el proceso de solicitudes, como se ha comprobado en países como Alemania.

Existen programas computacionales para la administración de las solicitudes que funcionan de tal manera que las solicitudes sospechosas pueden ser preseleccionadas, lo que deja más tiempo para su minuciosa revisión. Para alcanzar mejoras en la eficiencia, el programa computacional debe cumplir con ciertos principios y requerimientos. Debe tener la capacidad para analizar facturas, información del paciente, información del hospital, listas médicas, información estadística e información legal. También es indispensable implementar una estructura inteligente de búsqueda, así como el establecimiento de vínculos con herramientas de control. Una vez que las solicitudes atípicas han sido identificadas, se necesita de la opinión médica para evaluarlas. Esto requiere de la coordinación constante entre la revisión

Cuadro VI.5
Incidencia Potencial de Errores por Mecanismos de Pago

Error	Descripción	Incidencia Potencial de Diferentes Mecanismo de Pago				
		Pago por Servicio	Por día/estancia	Tarifa por caso (GRD)	Tarifa Global	Capitación
Error de escritura	La información no corresponde al formato de los datos	Alta	Alta	Alta	Alta	Alta
Reclamación incompleta	La reclamación no contiene el mínimo de datos	Alta	Alta	Alta	Alta	Alta
Error de cálculo	La reclamación está mal calculada	Alta	Mediana	Baja	Baja	Baja
Error de inclusión	Los artículos/sevicios reclamados no tienen una correspondencia con la atención	Alta	Baja	Baja	Baja	Baja
Violación directa a las regulaciones establecida	La reclamación no corresponde a las regulaciones	Alta	Alta	Alta	Baja	Baja
Reclamación errónea por parte del médico	Modificación de las circunstancias en favor del hospital	Alta	Alta	Alta	Baja	Baja

Fuente: Elaboración propia.

médica y el proceso de revisión de las solicitudes. Es importante mencionar que la opinión médica también es necesaria para el diseño de reglas y en el entrenamiento del personal. Es cierto que el proceso de administración de solicitudes requiere de información que actualmente no es generada por muchas agencias; sin embargo, una vez que se cuenta con ella se pueden obtener ganancias en eficiencia significativas. Por lo tanto, recomendamos que:

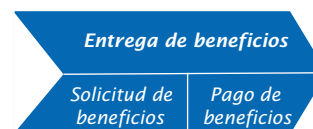
- *La administración de solicitudes se base en TI para identificar solicitudes sospechosas, y en la opinión médica para el análisis de estos casos.*
- *La implementación de un sistema de administración de solicitudes basado en TI requiere del diseño de reglas para el proceso de identificación, así como ciertos algoritmos. Los algoritmos normalmente desagregan las solicitudes y el marco legal/médico de manera individual en elementos como la edad y la morbilidad. Para la toma de decisiones se debe diseñar un mecanismo para calcular los costos de acuerdo con las reglas y hacer un comparativo con las solicitudes originales.*
- *También se requiere que el software cumpla con ciertas características: i) una aplicación práctica para el diseño de reglas que mantengan el sistema flexible para adaptarse a cambios al contexto legal o contractual; ii) el establecimiento de una base de datos profesional para minimizar el cálculo y tiempo de acceso; y, iii) tener acceso al historial médico de los pacientes en todos los hospitales para poder así revisar cada caso en su totalidad y no eventos aislados.*

Finalmente, conviene mencionar que los sistemas de salud pueden obtener ahorros significativos reduciendo algunos gastos provenientes de las funciones de pago y transacciones de liquidación. Reducir los costos a lo largo de la cadena de valor puede hacer el proceso más eficiente. El problema más común es que muchas de las transacciones entre pagadores y proveedores se realizan en papel y, por lo tanto, resultan mucho más caras que las

transacciones electrónicas. Los formatos electrónicos alivian el difícil trabajo de captura de datos, ordenamiento de sobres e impresión. Los proveedores también pueden administrar el ciclo de ingresos de manera más exitosa automatizando la interacción con los pagadores (Lecuyer, et al 2007). A este respecto recomendamos:

- *La implementación de formatos electrónicos de datos, así como enfoques de compensación electrónica para transacciones financieras para alcanzar mayores ahorros en las transacciones de pago. Esto debe de estar ligado al proceso de administración de cuentas para relacionar sin problemas la información médica y financiera, y poder también evitar errores y procesos por duplicado (así como conflictos entre el área médica y de finanzas).*

VI.2.4 Entrega de Beneficios



La entrega de beneficios incluye el proceso de administración de las solicitudes de atención y la autorización de los beneficios (o el pago). Aquí aplica lo expuesto en el Capítulo III. Para el seguro de salud, sin embargo, el mecanismo de identificación es de especial relevancia.

Para obtener el servicio del proveedor, normalmente las aseguradoras expiden una tarjeta de identificación que debe ser presentada al proveedor de la atención. No obstante, algunas instituciones introdujeron recientemente el uso de tarjetas de identificación con múltiples funciones, como es el almacenamiento de información. Desafortunadamente, muchos son los casos donde este mecanismo no está respaldado por bases de datos y la arquitectura de TI necesaria. En estos casos, las tarjetas

inteligentes funcionan sólo como una identificación pero a un costo muy alto. A este respecto nuestra recomendación es:

- *Las tarjetas de identificación deben contar siempre con información actualizada acerca de la elegibilidad administrativa del participante para demandar servicios. Aquí la administración de cuentas es crucial.*
- *Las inversiones en tarjetas inteligentes de identificación con funciones múltiples deben realizarse una vez que la arquitectura de TI y las bases de datos se hayan establecido. De este modo se pueden utilizar de mejor manera todas las funciones de las tarjetas de identificación. La secuencia correcta de las inversiones en TI es crucial para su aprovechamiento.*

VI.2.5 Provisión



Aumentar la productividad de los programas sociales significa que una misma cantidad de servicios se provean a un menor costo o que se provean mejores servicios por el mismo costo. Es en la provisión donde se pueden obtener grandes ganancias en productividad. Por ejemplo, se ha documentado que algunos hospitales/médicos son más productivos que otros, es decir, usan menos recursos al brindar la misma atención; y que se podrían alcanzar ganancias significativas si los hospitales/médicos siguieran las "mejores prácticas". Por otro lado, es en este proceso donde se da una interacción más cercana entre proveedores y usuarios, influenciando de este modo la satisfacción del usuario.

Con frecuencia nos encontramos con una alta variabilidad en la productividad entre los proveedores. Desafortunadamente, la satisfacción del usuario en la atención a la salud manifiesta una baja calificación entre los países de Latino America

e inclusive en Canadá (OMS 2000). También se observan con frecuencia ciertos cambios en la administración y en los recursos, los cuales no siempre se reflejan en una mayor productividad o en mejores servicios para los usuarios.

A menudo se culpa a la falta de recursos por esta situación. En muchos casos los bajos presupuestos pueden ser un argumento importante, pero también existen otras razones por las cuales la productividad llega a ser tan baja. De hecho, dado que la escasez de recursos financieros puede llevar a una mayor productividad, debemos buscar otras explicaciones distintas a las relacionadas con los bajos niveles de financiación, sobre todo cuando se combina una baja satisfacción del usuario con una baja productividad. Tres argumentos se relacionan con este punto: i) desalineación de los incentivos; ii) esquemas operativos mal adaptados a la realidad; y iii) un uso deficiente de las TI.

Cuando los proveedores son tratados como "centros de costos", como usualmente ocurre en los esquemas verticalmente integrados, se les entrega el presupuesto anualmente independientemente de sus resultados. De manera idónea, la planificación resolvería este problema, pero el problema técnico es abrumador. Un sistema de salud puede contar con más de 35,000 precios (Van de Ven 2007), y la demanda puede variar significativamente en modos impredecibles, sobre todo en el caso de los hospitales o de la demanda por algunos servicios específicos. La demanda por servicios de salud no se puede guardar y es imposible de programar, por lo que queda descartada la posibilidad de corregir errores en la planeación por medio de inventarios o con el paso del tiempo. Por lo tanto, los recursos que son asignados incorrectamente a un proveedor de salud ("un centro de costos") constituyen básicamente una pérdida de peso muerto, es decir, nadie gana. Una pérdida de este tipo se observa cuando un quirófano no se encuentra ocupado en el centro de la ciudad, mientras que en el sur se tiene una lista de espera.

Estas situaciones no genera los incentivos necesarios para mejorar la provisión. En sistemas

con funciones separadas, este problema disminuye, ya que el pago a los proveedores se basa en los servicios prestados. Sin embargo, es difícil generar competencia en la prestación de servicios de salud, y la falta de información objetiva y cuantificable solo hace la situación más precaria. En los grandes sistemas de seguro social, las agencias nacionales tienen dificultades al tratar de identificar los problemas de los proveedores. Es necesario encontrar los caminos para vincular los procesos administrativos de las agencias de financiación con las preocupaciones de los proveedores y con los objetivos de la atención al usuario. Es en este sentido que recomendamos:

- *Los sistemas verticalmente integrados tienen que ser tratados como si existiera una separación de funciones, y a los proveedores como centros de beneficios y no como centros de costos.*
- *Un corolario de la recomendación anterior es que se deben establecer mecanismos de pago que permitan compartir el riesgo entre las OACS (pagador) y los proveedores de servicios finales.*
- *Generar y revelar información valiosa e imparcial que facilite de algún modo la elección del proveedor por parte de las familias y pacientes o de las OACS que envían pacientes a los proveedores (en caso de que la elección individual esté restringida). Muchos indicadores han sido desarrollados en la literatura para clasificar a los proveedores (por ejemplo los de la AHRQ de Estados Unidos).*
- *Inducir un enfoque directivo en la administración de los proveedores. Sin embargo, esto solo es posible si los hospitales y las clínicas obtienen un beneficio de ello. Esto no se refiere forzosamente a las ganancias personales, sino también a un mejor ambiente de trabajo, a mejores relaciones con los pacientes, y a la oportunidad de tener un mejor desarrollo profesional, los cuales son también incentivos importantes para los prestadores de servicios de salud.*
- *Diseñar y realizar regularmente encuestas para conocer la satisfacción del proveedor, y vincular así*

esta información con los procesos administrativos y con la satisfacción del usuario.

Hasta ahora se ha documentado ampliamente que hay algunos proveedores de salud que son más eficientes que otros a nivel micro, ya sea porque producen los mismos resultados con menos recursos o porque con los mismos recursos ofrecen mejores servicios. También existen investigaciones importantes en el mundo que identifican las mejores prácticas en salud dentro de los proveedores. La literatura es abundante y no la podemos revisar toda aquí; en cambio recomendamos:

- *Hacer las transformaciones operativas necesarias siguiendo las "mejores prácticas" encontradas en entidades públicas y privadas.*
- *Desarrollar herramientas para monitorear la eficiencia a nivel micro de los diferentes proveedores y revelar la información a los directivos de las organizaciones.*

Usualmente, la industria del cuidado de la salud, los pagadores y los proveedores, gastan grandes cantidades de dinero en TI. Para obtener el valor esperado de estas inversiones, sugerimos seguir cuatro puntos que se encuentran en la literatura (Chandra, et al 1995):

- *Enfocarse a mejorar la productividad de las personas que tienen el contacto con los usuarios.*
- *Hacer las inversiones en TI en la secuencia adecuada.*
- *Adecuar las inversiones en TI a las circunstancias del mercado.*
- *Desarrollar habilidades superiores de ejecución de la TI.*

El primer punto se refiere al uso de las TI para mejorar la micro-eficiencia, la productividad y los servicios médicos. La información debe ser usada para respaldar la adopción de estándares y los sistemas de monitoreo. El segundo, tercero y cuarto puntos se relacionan con la administración de las TI y con el desarrollo de una arquitectura empresarial que le permita a la empresa adaptarse fácilmente a las condiciones de mercado (Weill y Ross 2004).

Seguir una secuencia adecuada en las inversiones de TI puede ayudar a aumentar la productividad significativamente. Desafortunadamente, muchos casos muestran que las agencias de salud no siguen la secuencia adecuada, por lo que al final se desperdician recursos. De acuerdo con Chandra, et al (1995) el primer paso consiste en integrar la información básica de todas las áreas (*e.g.* hospitalización, consulta externa, laboratorio, farmacia y radiología) para lograr una imagen completa de qué servicio se le brindó al paciente, quién lo hizo y cuánto costó. El segundo paso se trata de comenzar a capturar la información clínica en relación a los resultados tal como la funcionalidad o el tiempo de recuperación. Finalmente, el tercer paso consiste en recopilar datos longitudinales. Esta secuencia busca producir datos de alta calidad sobre los afiliados, los procedimientos realizados y las variables financieras, especialmente sobre los costos de los proveedores.

Sabemos que la mayoría de nuestras recomendaciones implican un cambio organizacional, lo cual implica que los profesionales de la salud (médicos, enfermeras, paramédicos y otro personal) estén convencidos de sus beneficios. También sabemos que este tipo de cambios enfrenta una resistencia considerable, pero en la atención a la salud se han observado ganancias importantes cuando los proveedores son capaces de llevarlos a cabo. Esperamos que los directivos encuentren su propio camino para mejorar la situación actual.