

# Pagos por desempeño en el sistema de salud colombiano

David Bardey<sup>I</sup>

## Resumen

A pesar de los grandes avances en la ampliación de cobertura<sup>II</sup> que el sistema de salud ha experimentado desde la aplicación de la Ley 100, especialmente para proveer cobertura a los hogares del sector informal a través del régimen subsidiado, ha aumentado la insatisfacción por parte de los usuarios debido a las restricciones y barreras de acceso que les imponen algunas Entidades Promotoras de Salud (EPS). Si bien en alguna medida puede ser legítimo que las EPS restrinjan el acceso a algunos servicios que no se encuentran en el POS, los informes de la Defensoría del Pueblo, entre otros, han revelado que algunas EPS van demasiado lejos en sus estrategias para controlar los gastos de sus usuarios. Este comportamiento por parte de las EPS se debe principalmente al hecho de que estas se encuentran sometidas a unos incentivos fuertes hacia el control de gastos. En la primera sección de este artículo se explica por qué un esquema de pagos por desempeño suavizaría los incentivos a los cuales las EPS están actualmente sometidas y, por lo tanto, podría ayudar a fomentar una mayor calidad ofrecida a los usuarios. En la segunda sección, se entra en detalle sobre las propiedades que deben satisfacer los indi-

cadores de desempeño de las EPS para mejorar la calidad y la satisfacción de los usuarios. Se presentan conclusiones en la tercera sección.

## Palabras clave

Pago por desempeño

## Un esquema de pagos por desempeño para el sistema de salud colombiano

En el sistema de salud heredado de la Ley 100, las EPS reciben unidades por capitación (UPC) financiadas por los aportes en salud de los individuos que pertenecen al régimen contributivo. Los usuarios escogen su EPS en función de la calidad de los servicios ofrecidos, o por lo menos, de la reputación que tienen las diferentes EPS. Sin embargo, los aportes de los usuarios y sus gastos de bolsillo, no dependen de la EPS que hayan escogido. Por lo tanto, la ausencia de competencia en primas implica que las ganancias de eficiencia que generan las EPS a través de sus funciones de compradores inteligentes se deben traducir, por lo menos en teoría, en mejor calidad ofrecida a los usuarios, ya que no existe otro canal directo de transmisión de estas ganancias<sup>III</sup>.

En la práctica, estas ganancias de eficiencia no se convierten de manera sistemática en mejor calidad

para los usuarios, por dos motivos. El primero, porque los afiliados no saben medir muy bien la calidad ofrecida por las EPS, lo que implica que la demanda a la cual se enfrenta cada EPS es relativamente inelástica en la calidad ofrecida, es decir, responde poco a variaciones de calidad. En consecuencia, cuando las EPS escogen el nivel de calidad que ofrecen a los usuarios, tienen en cuenta que el aumento de la calidad puede aumentar los gastos en salud y, por lo tanto, reducir el margen de ganancia por afiliado. Asimismo, consideran que una mejor calidad no se traduce necesariamente en una mayor participación en el mercado. Y el segundo es que, por más que una mejor calidad estuviera asociada a un aumento de la participación en el mercado, los nuevos afiliados a una EPS tienden a caracterizarse por un riesgo mayor, lo que puede generar mayores gastos disminuyendo las utilidades de las EPS. Por estos dos motivos, las EPS tienen pocos incentivos para ofrecer una calidad satisfactoria a sus usuarios en el sistema actual.

La solución a este problema no requiere grandes cambios institucionales sino dentro del sistema actual, se podría implementar un rebalanceamiento de los incentivos

Un esquema de pagos por desempeño suavizaría los incentivos a los cuales las EPS están actualmente sometidas y, por lo tanto, podría ayudar a fomentar una mayor calidad ofrecida a los usuarios.

<sup>I</sup> Economista. Ph.D. en Economía. Profesor Asociado a la Universidad de los Andes.

<sup>II</sup> Ha alcanzado actualmente el 98% de la población, lo que seguramente hace de Colombia uno de los países con mayor nivel de cobertura.

<sup>III</sup> Existe una ganancia indirecta al nivel macro de estas ganancias de eficiencia que traen las EPS por su función de control del gasto en salud en la medida que estas permiten que los incrementos de la UPC de un año al otro sea moderado.

a los cuales están sometidas las EPS, de tal forma que sus resultados económicos dependan mucho más de la calidad ofrecida a sus usuarios respectivos y menos al control de gasto. Una manera de implementar este rebalanceamiento de los incentivos es usar un *esquema de pagos por desempeño*. Tal esquema obligaría a que los resultados económicos de las EPS dependan del cumplimiento de metas sanitarias, de tal forma que las EPS ya no tendrían incentivos para controlar el gasto en salud de sus afiliados a costa de la misma salud de ellos. En otras palabras, lo que ganan las EPS bajando la calidad para aumentar su margen de ganancias, lo perderían por este mecanismo de pagos por desempeño, al no cumplir sus metas sanitarias.

En la práctica, existen varias modalidades posibles para implementar un *mecanismo de pagos por desempeño*. Una primera modalidad podría consistir en condicionar el nivel de las UPC recibidas por las EPS. En el sistema actual, aunque las UPC recibidas por las EPS se ajustan (imperfectamente) a los riesgos de los individuos, en todo caso están calculadas sobre la base de una calidad promedio ofrecida por las EPS, lo que implica la existencia de subsidios cruzados no necesariamente deseables entre las EPS que ofrecen una mejor calidad hacia las EPS que ofrecen una calidad baja. Se podría entonces condicionar las UPC que reciben las EPS a través de un mecanismo de pago basado en un componente *ex ante*, como es el caso actualmente, pero también acompañado por un componente *ex post* que dependería de algunos indicadores de desempeño del año anterior y, por tanto, de la calidad que fue ofrecida a los usuarios.

Una segunda modalidad sería la de condicionar los gastos de administración o los excedentes que reciben las EPS. Esta modalidad presentaría la ventaja de mante-

ner la idea de que las EPS actúen explícitamente bajo una modalidad de aseguramiento, lo que permitiría someter a las EPS a incentivos más complementarios entre sus dos funciones; que son el control del gasto en salud y la provisión de servicios y tratamientos de calidad (ver Bardey *et al.*, 2014). Sin embargo, por las sentencias recientes emitidas por la Corte Constitucional parecería que esta modalidad tendría un riesgo jurídico por las limitaciones al nivel de los gastos de administración a las cuales están sometidas las EPS.

Una tercera modalidad sería, entonces, una combinación de las dos anteriores. Bien sea que las EPS deban ser recompensadas por el cumplimiento de sus metas, o por el contrario, deban ser castigadas por el incumplimiento. Para minimizar los riesgos jurídicos, una modalidad podría ser recompensar a las EPS que hayan cumplido sus metas, vía un incremento del valor de su UPC que se pagaría el año siguiente como reconocimiento de la buena calidad que hayan ofrecido, y una retención en sus gastos de administración en caso que las metas sanitarias no se cumplan.

Para que estos mecanismos de pagos por desempeño logren fomentar la calidad como se pretende en esa sección, deben cumplir algunas condiciones que se verán a continuación.

### **¿Cuáles son las propiedades que deben cumplir los indicadores de desempeño?**

En la revisión de literatura en la que retoman y analizan varias experiencias de esquemas de pagos por desempeño en el mundo, Miller y Singer Babiarz (2013) determinan varios aspectos que los indicadores usados deben respetar para generar los incentivos adecuados. En esta sección, se retoman varios de estos aspectos.

Los afiliados no saben medir muy bien la calidad ofrecida por las EPS, lo que implica que la demanda a la cual se enfrenta cada EPS es relativamente inelástica en la calidad ofrecida.

### **Aspecto 1: ¿Qué recompensar?**

Como lo mencionan Miller y Singer Babiarz (2013), se podría pensar *a priori* que se debe recompensar más los resultados que los procesos o estructuras/conjuntos de insumos que permiten llegar a esos resultados. No obstante, la tecnología de producción de los resultados en salud tiene un componente relativamente aleatorio, por lo cual se vuelve difícil y arriesgado basar un sistema de incentivos directamente en los resultados alcanzados. Además, en muchos casos, la escala de tiempo con la cual se puede evaluar los resultados en salud alcanzados, se vuelve demasiado larga para poder basar un esquema de incentivos en ella (Trisolini, 2011). Por lo tanto, los pagos por desempeño tienden a concentrarse más en procesos o estructuras/conjuntos de insumos que en resultados sanitarios. En lo que concierne a este primer aspecto, *id est* ¿qué recompensar? se debe tener en cuenta que los beneficiarios de estos pagos por desempeño, ya sean los prestadores o los aseguradores, pueden tener incentivos en seleccionar (aún más) los riesgos, cada vez que su remuneración depende de los resultados sanitarios alcanzados. Si todo lo demás permanece constante, es efectivamente más costoso obtener los mismos resultados a partir de una población de pacientes/asegurados caracterizados por un riesgo de salud mayor.

Cuando los esquemas de pagos por desempeño se basan en procesos, se requiere poder observar protocolos para el diagnóstico de

las enfermedades que padecen los pacientes, pero también si los tratamientos formulados siguen los conocimientos actualizados de la ciencia médica. Estos procesos pueden detectar problemas de subutilización de algunos procedimientos o, al contrario, revelar una utilización indebida o excesiva de algunos tratamientos y procedimientos médicos. Cuando un esquema de pagos por desempeño se basa en las estructuras usadas, se requiere entonces observar los insumos utilizados, como el número de médicos y de enfermeras, los equipos, etc. La publicación de los resultados puede también crear externalidades positivas en el sentido que las EPS que obtienen resultados menos satisfactorios se pueden "inspirar" de las demás.

#### **Aspecto 2: ¿A quiénes se debe recompensar?**

Otro punto que resalta en esta revisión de literatura es ¿quiénes deben ser remunerados vía pagos por desempeño? es decir, si esos pagos deben llegar a un nivel micro como los profesionales de la salud o es deseable implementarlos en un nivel macro, es decir, en las organizaciones como las EPS, IPS o entidades del sector salud departamentales. Basados en las enseñanzas de la teoría de contratos, Miller y Singer Babiarz (2013) explican que los pagos por desempeño involucran generalmente algún grado de riesgo a las

entidades que los reciben, especialmente si se basan en resultados que requieren algunas inversiones, mientras que, los pagos recibidos son contingentes a los resultados alcanzados. En tal caso, las entidades que están sometidas a esos pagos no pueden ser demasiado pequeñas por cuestión de la prima de riesgo que se debería pagar a los actores sometidos a este esquema (para compensarlos por ese riesgo). Además, estos autores explican que cuando los incentivos dirigidos por un esquema de pagos por desempeño se aplican a entidades demasiado pequeñas, se puede limitar iniciativas e innovaciones que podrían contribuir a mejorar la calidad o disminuir los costos. Sin embargo, esos autores subrayan que *ceteris paribus*, en entidades más grandes se pueden acentuar fenómenos de pasajero clandestino entre los actores que trabajan para ellas<sup>IV</sup>. Existe también el riesgo de remunerar vía pagos por desempeño a estructuras más grandes mientras las que pueden influir directamente sobre la calidad que reciben los pacientes. Cuando los incentivos de los pagos por desempeño son pagados a los médicos, estos incentivos financieros pueden contribuir a reducir su motivación intrínseca (ver Benabou y Tirole, 2006) lo que termina siendo contraproducente.

Por lo tanto, se debe pensar el esquema institucional adecuado para que las entidades que reciben los pagos por desempeño transmitan estos incentivos al nivel de los actores que directamente deciden acerca de la calidad; por un lado con el cuidado de que estos incentivos no generen un riesgo adicional demasiado grande que se debería compensar por una prima de riesgo

IV El fenómeno de pasajero clandestino proviene de que los resultados sobre los cuales se basan los pagos por desempeño, son consecuencias de esfuerzos comunes, mientras que el costo de estos esfuerzos son asumidos de manera privada.

La tecnología de producción de los resultados en salud tiene un componente relativamente aleatorio, por lo cual se vuelve difícil y arriesgado basar un sistema de incentivos directamente en los resultados.

y, por otro lado, que no desmotive el auge intrínseco de los agentes que los recibirán. En un sistema de tipo *managed care competition*, no tiene mucho sentido ponerse a regular directamente a los prestadores de salud, pues debe ser el papel de las EPS que actúan como compradores inteligentes. Lo más adecuado sería condicionar las utilidades de las EPS en función de indicadores que dependan de su desempeño y de sus redes de prestadores, lo que daría un mayor poder de negociación a los prestadores para negociar sus tarifas con las EPS.

#### **Aspecto 3: ¿Cómo recompensar?**

Miller y Singer Babiarz (2013) abordan también el tema de cómo se deben recompensar a los actores del sistema para promover la calidad de los servicios y tratamientos. Uno de los aspectos claves es determinar cuál es la proporción de la remuneración que debe ser fija y la parte que debe ser variable en función de los pagos por desempeño. Citan varios análisis empíricos aplicados a sectores de la salud (Grady *et al.* 1997; Hillman *et al.* 1998; Rosenthal y Frank 2006, entre otros), que revelan que los pagos por desempeño tienen que generar un cambio suficientemente importante en los ingresos de sus beneficiarios para poder generar los efectos esperados. También un esquema de pago por desempeño puede involucrar una transferencia de riesgo por lo cual los agentes, especialmente si pertenecen a estructuras pequeñas, deben ser compensados.

Dentro del sistema actual se podría implementar un rebalanceamiento de los incentivos a los cuales están sometidas las EPS, de tal forma que sus resultados económicos dependan mucho más de la calidad ofrecida a sus usuarios respectivos y menos al control de gasto.

Por todo lo anterior, lo más natural en el sistema de salud colombiano es someter a las EPS a pagos por desempeño por varias razones. Por un lado, las EPS tienen el tamaño suficiente para poder asumir el riesgo inherente de un esquema de pagos por desempeño sin tener que ser compensadas por una prima de riesgo. Por otro lado, un esquema de pagos por desempeño vendría a sustituir a la fallida competencia en calidad que caracteriza el mercado del aseguramiento actualmente. Más precisamente, las metas asociadas a la implementación de estos pagos por desempeño podrían ser relativas, es decir, basándose en una comparación entre los resultados obtenidos por las diferentes EPS. Esta modalidad tendría la ventaja de no generar efectos umbrales con las metas necesarias, porque por definición, el valor de estas sería endógeno y conocido solamente al final del año.

#### **Aspecto 4: Efectos indeseados de los pagos por desempeño**

Además de la selección de los riesgos ya mencionados, cuando los pagos por desempeño se establecen mayoritariamente en función de los resultados, en lugar de los procedimientos que permiten alcanzarlos, este esquema de remuneración puede generar efectos de sustitución entre las actividades tenidas en cuenta en el esquema, y las que quedan por fuera. En efecto, Miller y Singer Babiarz (2013) mencionan varias experiencias en las cuales el uso de pagos por desempeño se ha dado en detrimento de otras actividades dejadas por fuera de esos programas de incentivos. Eso implica que un esquema de pagos por desempeño tiene que incluir todas las dimensiones de calidad, o por lo menos la mayoría posible que el regulador crea crucial,

> Lo más adecuado sería condicionar las utilidades de las EPS en función de indicadores que dependan de su desempeño y de sus redes de prestadores, lo que daría un mayor poder de negociación a los prestadores para negociar sus tarifas con las EPS.

para evitar el deterioro de algunas de esas dimensiones. Al mismo tiempo, la teoría de los incentivos nos enseña que estos funcionan de manera adecuada cuando son sencillos, lo que puede ser contradictorio con la idea que los pagos por desempeño deben aplicarse a un número exhaustivo de variables para evitar estos efectos de sustitución. Para terminar con estos aspectos de diseño, se debe resaltar que la teoría de contratos aplicada a enfoques multitareas enseña que los mecanismos de auditoría se deben aplicar a las variables que son difícilmente observables, para otra vez evitar este problema de sustituibilidad (Sinclair-Desgagné, 1999).

### **Conclusión**

La implementación de un esquema de pagos por desempeño aplicado con mucha precaución puede ser un medio valioso para fomentar una mejor calidad en el actual sistema de salud colombiano. Más precisamente, los indicadores de calidad deben escogerse muy bien para satisfacer los criterios mencionados en la sección anterior, si se quiere evitar que los efectos indeseados mencionados en este artículo ocurran. Además, una manera para evitar los efectos de sustitución entre los indicadores es agruparlos en un

mismo índice, que podríamos llamar Índice Global de Desempeño (IGD), en el que el indicador asociado a la calificación más baja, determinaría el nivel del IGD. De esta forma, las EPS no podrían hacer el cálculo para concentrarse en las dimensiones más fáciles de satisfacer, lo que aseguraría una calidad satisfactoria en todos los aspectos importantes de la salud pública.

### **Referencias**

- Bardey et al. 2014. Pagos por desempeño, Documento del Ministerio de Salud.
- Benabou R. y J. Tirole, (2006). Incentives and Pro-social Behavior. *American Economic Review*, vol 96, nº5, 1652-1678.
- Bernal O, Gutiérrez C. (2012). La salud en Colombia Logros, retos y recomendaciones. Ediciones Uniandes.
- Dávila, C. y Rueda A. (2013). La competencia en el modelo de aseguramiento en salud en Colombia. Tesis de la Universidad del Externado.
- Donabedian, A. (1966). Evaluating the quality of medical care. *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 44 (3 Suppl), 166-206.
- Ellis, R.P., y Van de Ven W. (2000). Risk Adjustment in Competitive Health Plan Markets. *Handbook of Health Economics*, Elsevier, edition 1, volume 1, number 1.
- Glazer, J., McGuire, T., Cao, Z., y Zaslavsky, A. (2008). "Using Global Rates To Improve The Quality of Health Care", *Journal of Health Economics*, 27, 1182-1195.
- Grady, K. E., Lemkau, J. P., Lee, N. R., & Caddell, C. (1997). Enhancing Mammography Referral In Primary Care. *Preventive medicine*, 26(6), 791-800.
- Hillman, A. L., Ripley, K., Goldfarb, N., Nuamah, I., Weiner, J., y Lusk, E. (1998). Physician Financial Incentives And Feedback: Failure To Increase Cancer Screening In Medicaid Managed Care. *American Journal of Public Health*, 88(11), 1699-1701.
- Miller, G. y Singer Babiarz, K. (2013). Pay-for-Performance Incentives in Low- and Middle-Income Country Health Programs. In Tony Cuyler (ed.), *Encyclopedia of Health Economics*, Elsevier, Forthcoming.
- Rosenthal, M. B., & Frank, R. G. (2006). What is the empirical basis for paying for quality in health care? *Medical Care Research and Review*, 63(2), 135-57.
- Trisolini, M.G. (2011). Quality Measures for Payment for Performance, in *Pay for Performance in Health Care: Methods and Approaches*. RTI Press.
- Wu, Y. (2013). Optimal Reimbursement Rule: Payment for performance versus Fee-for-service. Toulouse School of Economics working paper.