

REVISIÓN DE LITERATURA PARA LA ADMINISTRACIÓN DE HOSPITALES PÚBLICOS EN BOGOTÁ D.C.

WILLIAM HERNÁN OTÁLORA CABANZO, MSc.
JAVIER HERNANDO ESLAVA SCHMALBACH, MSc.

*Centro de Investigaciones para el Desarrollo, Facultad de Ciencias
Económicas; Centro de Epidemiología Clínica, Facultad de Medicina
Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, D. C.*

AUTOR RESPONSABLE WILLIAM H. OTÁLORA C.

•

Correspondencia

Avenida 47 No. 28-02 S.

Teléfonos: 270 09 87 - 316 51 23, ext. 12059

Correo electrónico: wotalora@currie.fce.unal.edu.co

RESUMEN

ANTECEDENTES

Reformas normativas han reorganizado el sistema nacional de salud, descentralizando la administración de los servicios y la distribución de las fuentes de financiación. Los hospitales públicos fueron transformados en empresas sociales del Estado (ESE) y han afrontado graves problemas.

TEMA

Revisión sistemática de literatura y definición de alternativas de administración aplicables a las ESE del Distrito. Dada la problemática que afrontan y la importancia que tienen en la prestación de salud a la población más pobre es necesario explorar técnicas administrativas empleadas en otros sistemas. Se consultaron textos, documentos e internet. Se realizó una búsqueda en Medline. Se definió un marco normativo y teórico de gestión, un diagnóstico de las ESE adscritas a la Secretaría Distrital de Salud (SDS) y se formuló un modelo de gestión aplicable a éstas.

CONCLUSIONES

Una política clara de organización de las ESE en red es fundamental para el uso racional de sus recursos (humanos, financieros y técnicos) y el mejoramiento de la salud de la población. El sistema de pago fijo global prospectivo hace que se comparta el riesgo financiero derivado de la atención del paciente. Una selección adversa de pacientes daría como resultado un detrimento en la salud. La definición de tarifas debe considerar muchas variables soportadas estadísticamente en grandes muestras.

El uso de guías de práctica clínica permite estandarizar la atención y hacer más racional y equitativa la prestación de los servicios. Las políticas implementadas por la SDS son buenas, aunque no se encuentran soportadas bajo un alto nivel de evidencia en la literatura.

PALABRAS CLAVE

Administración de hospitales, hospitales públicos, eficiencia, redes de prestadores, convenio interadministrativo, convenio de desempeño.

INTRODUCCIÓN

La ley 100 de 1993 transformó las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) públicas en empresas sociales del Estado (ESE), cambiando su anterior modelo de financiación, de presupuestos asignados (subsidio a la oferta), por el pago recibido por los servicios prestados (subsidio a la demanda). En el artículo 185 se estipula que: se deben regir por los principios básicos de calidad y eficiencia, tendrán autonomía administrativa, técnica y financiera; y deberán contar con un sistema que permita registrar los costos de los servicios ofrecidos.

Las ESE han venido afrontando problemas financieros derivados de sus pasivos prestacionales, sobredimensionamiento de sus plantas de personal y mala organización, entre otros. Se debe buscar un apropiado modelo de gestión que garantice su viabilidad económica mediante el uso racional de sus recursos humanos, financieros, técnicos, y que permita prestar unos servicios óptimos.

La revisión sistemática de la literatura nacional e internacional se realizó con el fin de describir alternativas de administración para las ESE de I, II y III nivel de complejidad en el Distrito. La metodología empleada consistió de: revisión de textos, documentos e internet para conocer sistemas de salud similares al colombiano, una revisión sistemática de la literatura, la definición de un marco teórico y normativo de gestión, un diagnóstico del estado actual de gestión de las ESE adscritas a la SDS y la formulación de un modelo deseable.

DESARROLLO DEL TEMA

CARACTERÍSTICAS MACRO DE LOS SISTEMAS DE SALUD

Los sistemas de salud similares al colombiano se consultaron en algunos textos como: el *Banco de Información de los sistemas de seguridad social iberoamericanos*(1), *Reforma del sector salud en Latinoamérica y experiencias europeas* de la Fundación Alemana para el Desarrollo Interna-

cional(2), *Las formas de contratación entre prestadores y administradoras de salud* (3), *Progreso económico social en América Latina* (4) y *Gestión clínica* (5). Se revisó el documento "Sistemas comparados de salud. Sistema canadiense" (6), producido por un estudiante de la maestría en Administración de Salud de la Universidad Javeriana. Se buscó conocer los mecanismos para contención de costos y formas de gestión eficiente que están siendo implementados. Se realizó la búsqueda de los modelos de financiación de los sistemas de salud mexicano, canadiense y chileno en el buscador Lycos, así:

1. Utilizando las palabras clave: "México + health + financing", se encontró el reporte del 2 de abril del 98 "Sistema de información y análisis sobre reforma del sector salud" (7) y el artículo "Current Health Sector Reforms in Argentina, Brasil and México" (8).
2. Utilizando las palabras clave: "Canadá + health + financing" se accedió a un artículo de la Universidad de Florida realizado por B. Cumming (9).
3. Utilizando las palabras clave: "Chile + health + financing" encontramos una página donde se analiza la creación de un fondo de inversiones comunes para priorizar en satisfacción del usuario (10).

Los resultados de esta consulta son presentados en la tabla 1.

Técnicas administrativas empleadas en otros sistemas de salud como España, EE.UU. Tailandia y países africanos se apreciaron en la consulta a otros textos referenciados y en artículos encontrados en la revisión sistemática realizada en Medline.

RESULTADOS - BÚSQUEDA EN MEDLINE

Los artículos se encontraron utilizando palabras clave para cada una de las preguntas formuladas sobre el tema. Se presentan aquellos que responden a la pregunta, que aportan al tema tratado o establecen un precedente sobre una intervención en una situación particular. Su evaluación se realizó con base en su nivel de evidencia. La tabla de calificación del nivel de evidencia fue elaborada por los autores, dado que las otras escalas no discriminan los artículos de muy baja evidencia diagnóstica, y es como se presenta:

Calificación de la evidencia	Tipo de diseño encontrado
Nivel I	Experimentos de alta calidad y meta-análisis.
Nivel II	Cuasi-experimentos de antes y después, y revisiones sistemáticas.
Nivel III	Cohortes analíticas.
Nivel IV	Casos y controles analíticos.
Nivel V	Cohortes descriptivas o con metodología deficiente.
Nivel VI	Casos y controles descriptivos o con metodología deficiente.
Nivel VII	Estudios de corte transversal analíticos.
Nivel VIII	Estudios de corte transversal descriptivos o con metodología deficiente.
Nivel IX	Series de caso o estudios cuasi-experimentales con intervención en varios grupos.
Nivel X	Reportes de caso o estudios cuasi-experimentales con intervención en un solo grupo.

Los resultados de la búsqueda en Medline y las referencias de los artículos se presentan en la tabla 2.

MARCO TEÓRICO Y NORMATIVO DE GESTIÓN

Marco teórico de gestión de las ESE

La gestión se ocupa de mejorar los procesos de planeación y control, la eficiencia en los costos y calidad de los servicios, el nivel de desarrollo, la satisfacción de los miembros de la organización y el rediseño y ajuste en la estructura. Ella es un instrumento administrativo fundamental para la consecución de los objetivos.

En los años setenta el modelo de gestión de las organizaciones exitosas se basó en las ganancias de productividad nueva, sin recurrir a las economías de escala y la estandarización tayloriana y fordiana. Una característica de este modelo es que "productividad y calidad están inseparablemente ligadas y se buscan conjuntamente" (11). Recientemente se ha consolidado el término gestión integral el cual ha sido empleado por el ingeniero

Taiichi Ohno, quien lo ha definido como "sistema que desarrolla la habilidad humana hasta la plena capacidad a fin de mejorar la creatividad y la prosperidad, aplicando el utillaje y el uso de las máquinas correctamente, y eliminando cualquier costo improductivo"(12).

Los anteriores enfoques destacan tres elementos estructurales en las organizaciones que conceptualizan la gestión: la orientación estratégica, los procesos y la cultura organizacional. La aplicación de estos enfoques y sus técnicas correspondientes en las organizaciones del sector salud tienden a trasladar mecánicamente la experiencia exitosa de las empresas industriales a las organizaciones de servicios de salud. Adicionalmente, se presenta una confrontación de disciplinas que puede llevar a la analogía de la invasión de los bárbaros a los territorios en donde los médicos tienen la hegemonía. El rechazo parte de un desconocimiento de los conceptos y las técnicas modernas de gestión, al igual que al tratamiento que le han dado los administradores empíricos a estas instituciones manejándolas sin los criterios mínimos de racionalidad técnica.

Debemos precisar que en nuestra realidad las ESE se encuentran en una fase de caracterización, experimentación y ajuste en términos de la aplicación de un modelo efectivo de gestión que depende significativamente de la capacidad y habilidades gerenciales de sus directivos. Tales habilidades gerenciales de los directivos de los hospitales deben ser desarrolladas permanentemente de acuerdo con las siguientes funciones estratégicas que pueden sistematizarse siguiendo el enfoque Poder-Seeo (13) que enfatiza en los siguientes procesos:

Planeación estratégica y operativa con una visión de largo plazo (planeación estratégica: definición de objetivos, reformulación de estrategias, políticas, metas e indicadores en cada una de las áreas críticas de las ESE).

Organización análisis, diseño y rediseño de la estructura interna de acuerdo con criterios técnicos de eficiencia y eficacia social.

Direccionamiento del talento humano (desarrollo, aprendizaje y sistema de incentivos).

Evaluación y control de procesos, actividades, recursos y resultados.

Realimentación del sistema de gestión en interacción con el sistema general de seguridad social en salud, la red de ESE y sus mecanismos de regulación, los clientes externos e internos, y su repercusión en el mejoramiento de los servicios.

Estos procesos de gestión se pueden evaluar transversalmente mediante el análisis de seis áreas críticas en los hospitales, que de acuerdo con la propuesta SEEO (sistema de evaluación de eficacia organizacional) son:

- Capacidad y potencial del talento humano.
- Eficiencia actual y potencial del capital financiero.
- Eficiencia actual y potencial de los recursos físicos.
- Volumen de producción y calidad de los servicios.
- Capacidad de innovación tecnológica actual y potencial de los servicios que ofrece el hospital.
- Eficacia social en la interacción con variables externas estratégicas: mercado, usuarios, competidores, interacción de organizaciones e instituciones del sector salud, de acuerdo con criterios de equidad y solidaridad social.

Marco político de las ESE

En las últimas décadas en América Latina las crisis económicas, políticas y sociales, magnificadas por la presión del endeudamiento externo, altas tasas de inflación y desigualdades sociales, han provocado un Estado de malestar (14) que se traduce en una caída generalizada de las expectativas relacionadas con el mejoramiento de la calidad de vida.

En 1993, el Informe del Banco Mundial (15) caracterizó el enfoque de reforma de los sistemas de salud, enfatizando en la eficiencia y la privatización de la prestación de los servicios y proponiendo: fomentar un entorno que permita a las familias mejorar su salud; mejorar el gasto público en salud; reducirlo en centros asistenciales de nivel terciario; mejorar la gestión de los servicios de salud estatales a través de medidas como la descentralización de facultades en materia administrativa y presupuestaria y la subcontratación de servicios; promover la diversidad y la competencia. Estos temas también fueron abordados por la Cepal en 1997 (16). En ese contexto, debido a la escasa cobertura y los grandes problemas de gestión y financiación se originó un vuelco en las políticas del sistema general de seguridad social en salud (SGSSS), a través de la Ley 100 de 1993 que condujo a la adopción de estrategias de gerencia privada fundamentadas en un modelo económico neoliberal.

Los hospitales públicos fueron transformados en ESE (Artículo 194 de la Ley 100 de 1993), con autonomía administrativa y financiera, e inmersos en un mercado de prestadores de servicios, teniendo que subsistir mediante la obtención de recursos por medio de la venta de los mismos. El Estado ya no entrega directamente a éstos los recursos destinados al sector de acuerdo con un presupuesto solicitado, sino que paga por los servicios prestados a los usuarios del sistema.

Teniendo en cuenta el nuevo marco de la salud pública, las ESE deben garantizar a la SDS del Distrito la prestación de unos servicios eficientes, de calidad y a unos costos que reflejen la eficacia con que se manejan los recursos asignados. Para ello es imprescindible que cuenten con una estructura organizacional adecuada y un sistema de información oportuno y de calidad que permita manejar la información financiera, conocer el comportamiento de la demanda de sus servicios y el diseño de indicadores de gestión cuantitativos y cualitativos para medir la legalidad de la actuación de los gestores y la eficiencia de su gestión.

Diagnóstico del estado actual de gestión de las ESE adscritas a la SDS

Los hospitales públicos del Distrito Capital han pasado en los últimos años por etapas de centralización, desconcentración y descentralización. Como resultado del juego de libre mercado establecido por el modelo neoliberal, se pueden diferenciar desde el punto de vista financiero los siguientes grupos de instituciones:

- Hospitales que se encuentran por debajo de su punto de equilibrio financiero y que en el libre mercado de prestadores de servicios su supervivencia no sería posible en el largo plazo.
- Hospitales cercanos al punto de equilibrio, los cuales tienen un desempeño financiero aceptable que les permite subsistir.
- Hospitales que financieramente son rentables y obtienen excedentes de la prestación de los servicios que ofertan en el mercado. La SDS pondrá en funcionamiento en este año dos nuevos hospitales dotados de una buena infraestructura y tecnología acorde con las necesidades del mercado, para los cuales se hace necesario definir el sistema de gestión bajo el cual operarán.

Hospitales actuales

Los ajustes al modelo de gestión para las ESE se plantean teniendo en cuenta las teorías administrativas, el diagnóstico de su estado actual y la revisión sistemática de la literatura.

En el proceso de planeación en las ESE es determinante dimensionar la demanda potencial de sus servicios. El modelo de libre mercado y la competencia a la que fueron expuestas hace necesario establecer mecanismos de articulación e interrelación entre ellas, que permitan un manejo organizado de los servicios de salud en la comunidad que es de su dominio geográfico. En la revisión de la literatura se observó cómo el pertenecer a una red permite a los hospitales tener costos y gastos por servicio más bajos, disminuyendo el riesgo de ser cerrados.

El enfoque de redes permite redireccionar el concepto aislado de hospital, facilita a los hospitales enfrentar de mejor forma la competencia y lograr una mayor eficiencia en la utilización de los recursos humanos, logísticos, financieros y tecnológicos. También, permite mejorar la calidad de los servicios y alcanzar un mayor nivel de salud de la población del Distrito, organizándolos en una cadena vertical de producción, integrada por ESE de distinto nivel de complejidad que se complementan entre sí para lograr una división y especialización del trabajo. Para ciertos tipos de servicios de alta complejidad se busca una integración vertical.

La estrategia de conformación de redes se fundamenta en una de las modas administrativas que se ha dado en la planeación, la "alianza estratégica" (17), que esencialmente significa que las organizaciones cooperan, uniendo fuerzas, con una actitud solidaria, evitando que se presente una selección adversa por parte de los usuarios del sistema. En el modelo español se observan los llamados "consorcios, *join ventures*, federaciones" en los cuales se comparten recursos y objetivos, manteniendo cada institución su identidad legal y autonomía de gestión.

Es necesario formular estrategias complementarias para el fortalecimiento institucional de las redes. El convenio interadministrativo, documento público suscrito entre los integrantes de cada red, define los servicios que puede prestar cada una de las ESE al interior de la respectiva red y formaliza dónde, cómo y qué servicios se prestarán a la población. Posibilita compartir e intercambiar recursos técnicos, humanos y logísticos, la recuperación de la cartera, la compra de insumos a menores precios y

mejor calidad (economía de escala en los proveedores), oportunidad y mejor programación de inventarios aplicando el principio de *just on time*, y la negociación conjunta con ARS y otros pagadores, buscando obtener mejores condiciones de precio y pago oportuno. En la red es necesario contar con procesos eficientes de remisión de pacientes que permitan dar una atención integral, oportuna, suficiente y de calidad al usuario. Un desarrollo informático de las ESE que implemente una red para compartir datos, permitirá: mejor flujo de información y reducción teórica de costos, control y direccionamiento de la demanda a través del primer nivel de atención evitando la selección adversa por parte de los usuarios, situación que en la actualidad favorece a algunas ESE y perjudica a otras. Las ESE deben recurrir a la provisión externa de servicios no asistenciales mediante la técnica de *outsourcing* con la cual se logra reducir los gastos directos de la institución contratando proveedores especializados para los mismos. Algunos de estos servicios pueden ser: limpieza, alimentación hospitalaria, lavandería y mantenimiento. En algunos países como EE.UU. se ha llegado a contratar algunos servicios asistenciales, e incluso la dirección *Management Contract*.

La SDS, como ente regulador del sector en el Distrito debe velar por el cumplimiento de la normatividad aplicable a las administradoras del régimen subsidiado (ARS) en cuanto a los topes de contratación con las ESE y el control que pueden ejercer éstas en el acceso a los servicios, dado que algunas están conformando sus propias IPS de primer nivel. Si el objetivo de esta estrategia es la contención de costos, su impacto en el largo plazo puede ser negativo al aumentar los desenlaces graves asociados con patologías crónicas inadecuadamente controladas, como se observó en la revisión de la literatura.

En cuanto al proceso organizacional se debe buscar un ajuste institucional de las ESE, pasando de una estructura sobredimensionada en los cargos no asistenciales y basada en la dilación de responsabilidades, a una estructura jerárquica de diseño racional, con un adecuado tramo de administración (niveles organizacionales acordes al número de personas que un gerente, director o jefe puede supervisar con eficacia) y que defina funciones y responsabilidades.

Los hospitales que en el largo plazo no son viables financieramente –aunque se incluyan en una red debido a sus condiciones estructurales, el gasto en personal y la demanda potencial de sus servicios–, hacen necesario pensar en una estrategia de fusión con otras ESE. Ésta permitirá:

rediseñar su estructura organizacional, optimizar sus plantas de personal administrativo y asistencial, racionalizar el uso de sus recursos físicos, reducir los costos de operación y unificar los portafolios de servicios ofrecidos por varias ESE en una sola completa e integral que responda a las necesidades y expectativas de los usuarios de los servicios de salud. La reestructuración en una fusión permite que los recursos financieros que son utilizados en gran parte para gastos de áreas de apoyo sean invertidos en áreas asistenciales, logrando que el valor agregado que éstas generan mejore los ingresos que por concepto de venta de servicios recibe la ESE. Con nuevas instituciones más grandes, más competitivas, financieramente más sólidas, con estructuras más flexibles para responder a los usuarios, se fortalecerá la prestación de los servicios en el Distrito.

Sin embargo, en un proceso de fusión se deben tener en cuenta los posibles efectos negativos que pueden llevar al fracaso y que deben ser evitados, como son:

- "La incompatibilidad de las culturas de gestión local"(18): Coexistencia al interior de la nueva entidad de valores y métodos de trabajo distintos, sin una unificación controlada.
- Aparición de rigideces que tiene un gran costo económico: las organizaciones pueden perder flexibilidad, desarrollándose burocracias centrales y rígidas con las que la autonomía de gestión y la eficacia en la toma de decisiones pueden afectarse.
- Reequilibrio de poder: los cambios en la estructura de poder, generalmente en la cúpula directiva, pueden causar colisión de intereses profesionales y de competencias.

En el proceso de dirección, se debe hacer énfasis especial en el desarrollo de políticas claras de gestión del recurso humano en las ESE, que contemple aspectos de selección, desarrollo, evaluación del desempeño, incentivos y mantenimiento de un adecuado clima organizacional. El proceso de evaluación y control de gestión de las ESE permite determinar el grado de cumplimiento de los objetivos y metas planteados en el proceso de planeación. Ésta debe contemplar la eficacia de la gestión y la medición de:

Productividad: máxima producción con la mínima cantidad de recursos.

Calidad: proceso para mejorar en forma continua los atributos de los servicios ofrecidos.

Impacto social en relación con variables del entorno: distribución equitativa de los aumentos de productividad y eficiencia entre dirigentes, trabajadores y clientes o usuarios del servicio y prestación de servicios de interés público, aunque no sean económicamente rentables.

Los *convenios de desempeño* suscritos por la SDS con cada ESE permiten definir los compromisos que hacen los gerentes frente a sus comunidades hacia una gestión eficiente y de calidad. En la estructura de las ESE, las juntas directivas deberán jugar un papel importante en el proceso de planeación y control, acorde con las funciones que por ley le corresponden, es por eso que se debe plantear que quienes acceden a ellas cuentan con los conocimientos técnicos necesarios en áreas administrativas y financieras, para servir de soporte a la toma de decisiones.

Los compromisos permiten definir una metodología para la evaluación de la gestión de manera integral, y a la vez condicionan al desempeño de las mismas el traslado de los recursos financieros. El proceso de evaluación permite que se impongan sanciones, así como incentivos a las ESE.

Al implementar el pago fijo global prospectivo por actividad final como mecanismo de contención de costos se debe tener en cuenta quién asume algún riesgo financiero.

La política de la SDS de aplicar el *pago fijo global prospectivo por actividad final o pago por paciente atendido en actividades finales* busca agilizar el trámite y manejo de la información en el proceso de facturación de los servicios, permitiendo teóricamente a las ESE una reducción en los costos administrativos. La definición de tarifas para esta forma de pago debe contemplar una definición clara de protocolos y la aplicación de tratamientos que se pueden considerar estandarizados. En EE.UU. se están utilizando los DRG "Diagnosis Related Groups" para categorizar los pacientes por diagnóstico y costo de atención en algunos servicios en las instituciones públicas, como se pudo observar en la revisión de la literatura.

En Colombia, el sistema de pago es conocido también como PIDAS "pago integral por diagnóstico". Mediante esta forma de pago la mayor parte de riesgo la asume la IPS, lo cual puede incidir directamente en la calidad del servicio. Por un lado, para obtener mayores ingresos se puede inducir a los médicos a diagnosticar patologías más complejas de las que

realmente se presentan. Por otro, se genera un incentivo para que el servicio prestado sea de menor calidad, pues las IPS buscarán obtener un excedente reduciendo los costos del servicio por debajo del precio promedio correspondiente al caso. En este sentido la SDS debe implementar medidas de control eficaces.

Propuesta para hospitales nuevos

En la formulación del modelo de gestión para hospitales nuevos del Distrito Capital partimos de la premisa de que cuentan con una infraestructura acorde con el nivel de atención para el que fueron diseñados y que no presentan los problemas de las actuales ESE del Distrito. Las posibles opciones de administración para estos hospitales y sus implicaciones son:

a) Inclusión en un sistema de red

Dadas las características actuales del sector salud se tiene que superar el concepto aislado de hospital y colocarlo en un entorno dinámico, competitivo, donde se hace necesaria la conjugación de fuerzas para alcanzar los objetivos y las metas. Por tanto, se debe insertar a los hospitales nuevos en un sistema de redes, para no colocarlos en una situación de competencia con las ESE en su área de influencia. Si partimos de que los hospitales son de propiedad del Distrito, independientemente del tipo de organización que se formule para ellos, se les debe dar las mismas ventajas que a las ESE de la red adscrita. Ellos, por ser de segundo nivel de atención, ayudarían a reforzar el poder del grupo de la respectiva red, permitiendo brindar un servicio adecuado y de calidad. Con la inclusión de los nuevos hospitales dentro de una red se permitirá su desarrollo de manera eficiente, reduciendo la incertidumbre y la dependencia externa, con la consiguiente estabilización y mejoría de la gestión del entorno.

b) Tipo de pago para los contratos por prestación de servicios de salud

El tipo de pago que se debe dar para con los hospitales nuevos, dada su inclusión en el sistema de redes, debe ser el mismo que opera para los integrantes de la red; así se estará brindando equidad en toda la red, acorde con las políticas de la SDS.

c) Contratos de administración (*Management Contract*)

Los contratos de administración se constituyen como una "modalidad de compra de servicios, en la cual el propietario o titular del hospital o grupo de hospitales adquiere externamente la gestión global del mismo. Bajo esta modalidad, la empresa externa asume la dirección general del centro o grupo de centros, mediante la contratación de un directivo o grupo de ellos" (19).

El contenido de este tipo de contrato especifica las responsabilidades delegadas por el titular del mismo al proveedor, así como las obligaciones de ambos, los medios legales, instrumentales y financieros a disposición del proveedor, la duración del contrato, la retribución y descripción de los objetivos a alcanzar a partir de un diagnóstico y un esquema de viabilidad de la institución de salud. Todo contrato de gestión deberá contemplar como mínimo los siguientes elementos:

- Identificación de los que intervienen, su calidad y capacidades.
- Especificación de las responsabilidades delegadas, desde la gerencia hasta el ejercicio de la totalidad de dimensiones empresariales y de producción.
- Establecer claramente el tipo de institución a gestionar, características y plan estratégico.
- Acuerdos especiales: arbitraje, resolución de conflictos, renovación, subrogación, etc.
- Especificación de los servicios principales vinculados al desarrollo de la gerencia o gestión.
- Especificación de la compensación o contraprestación por los servicios de gestión o gerencia.
- Especificación de medios legales, operacionales y financieros de que podrá disponer la empresa proveedora o contratista.
- Especificaciones sobre la duración del contrato y marco legal correspondiente.

Ventajas del contrato de gestión sobre otras formas de gestión:

- Asegura un modelo de gestión con altos niveles de competencia y profesionalidad.
- Introduce mayores niveles de estabilidad, objetividad e independencia en la gestión, separando la dirección política de la empresarial.
- La capacidad de gestión (experiencia, estándares de productividad, eficiencia y calidad, etc). La modalidad básica de facturación o co-

bro por los servicios prestados suele ser un porcentaje sobre el presupuesto anual del hospital, sobre la base del producto del mismo o facturación de servicios, sobre la cual habrá de diferenciarse dos aspectos: la facturación bruta mensual o la facturación neta recaudada y convertida en ingreso operacional; para cada una de éstas el porcentaje de retribución variará dependiendo de la mayor o menor carga de riesgo para cada una de las partes.

Dentro del contrato de gestión, la autoridad y responsabilidad son compartidas por los diferentes niveles de las instituciones implicadas, aunque la dirección del hospital será la única responsable sobre la gestión de las operaciones cotidianas y la gerencia del día a día.

Estados Unidos es el país pionero de este modelo de gestión, y los estudios realizados sobre el tema en los hospitales públicos evidencian un ligero incremento inicial en el costo por estancia, debido fundamentalmente al aumento en la cartera o portafolio de servicios, así como la renovación y adquisición de nuevas tecnologías diagnósticas y terapéuticas, un aumento en los ingresos operacionales por venta de servicios y un mejor control sobre los costos de personal. Los indicadores clásicos de actividad, tales como estancia media e índice de rotación, mejoran significativamente, especialmente para el área de hospitalización.

Es importante notar que, si bien mediante los contratos de administración se permite la "transferencia de conocimientos administrativos y técnicos", lo que realmente buscan los consorcios internacionales en países de economía emergente como Colombia es un incremento en sus márgenes de ganancia mediante procesos de expansión geográfica, enmarcada bajo los principios de un mercado de libre competencia.

d) Concesión

Este modelo se ha aplicado en la prestación de algunos servicios (mantenimiento de vías, transporte, operación de puertos, etc.), y se diferencia del *management contract*, por la realización típica de funciones empresariales por parte del concesionario, incluyendo la aportación de recursos propios para la generación de beneficios. El concesionario gestiona sus fondos con autonomía total y el signo de los resultados económicos lo afecta directamente.

Existen dos tipos de concesión: uno en el cual el concesionario participa en la construcción de la infraestructura necesaria para prestar el

servicio, la cual pasará a ser propiedad del ente territorial al momento en que se termine la concesión. En este tipo de contrato el riesgo total de la inversión lo asume el concesionario. Otro en el cual el ente territorial, dueño de la infraestructura, permite que el concesionario la administre, reinvierta recursos y usufructúe por un determinado periodo de tiempo estos bienes, prestando los servicios a la población con eficiencia y calidad. Para que se dé este tipo de administración delegada es necesario que se definan claramente muchos aspectos como son las proyecciones económicas, las funciones, los reembolsos que se harán al ente territorial y otros que determinan la autonomía en el manejo de los fondos por parte del concesionario.

Implantar un modelo de concesión administrativa o de contrato de gestión para los hospitales nuevos implica un análisis más a fondo de las posibles repercusiones que traería su inclusión en una red, dado que la forma en que éste operaría sería más con un carácter de rentabilidad financiera y no social, situación diferente a la que presentan las ESE. También, se debe contemplar la forma de evaluar la eficiencia y calidad en la prestación de los servicios de salud a la población del entorno geográfico del Distrito Capital.

CONCLUSIONES

El estudio permitió llegar a las siguientes conclusiones, aunque no se encuentren soportadas bajo un alto nivel de evidencia en la literatura:

La definición de una política clara sobre la organización de las ESE en red es fundamental para proteger a las ESE que, inmersas en un mercado libre, se encuentran por debajo de su punto de equilibrio financiero, y permitirá un uso racional de sus recursos humanos, financieros y técnicos, así como el mejoramiento de las condiciones de salud de la población del Distrito. Es necesario desarrollar sistemas de información y usar formatos uniformes para compartir los datos necesarios para la atención de los pacientes, una vez ingresen a ser atendidos por una de las redes.

Pertenecer a una red de prestadores de servicios tiene un impacto financiero positivo ya que permite minimizar los costos de operación, determinar más claramente las necesidades de infraestructura y los servi-

cios que pueden ser ofrecidos, las características operativas y las condiciones de mercado. Hay estudios que ilustran cómo al estar afiliado a un sistema de red, el número de facilidades y servicios se relacionan negativamente con el riesgo de cierre de un hospital, mientras que el número de hospitales en una zona geográfica es un factor relacionado positivamente con el riesgo de cierre de los mismos.

Una política por parte de los pagadores que intente establecer barreras más no un control de acceso a los servicios ambulatorios puede traer consecuencias graves para la salud, así como en el largo plazo aumenta los costos en los que se debe incurrir; dado que las tasas de hospitalización de los pacientes aumentan como consecuencia de los desenlaces graves asociados con patologías crónicas.

En un sistema de pago fijo global prospectivo se comparte el riesgo financiero de tener que asumir unos costos y gastos altos en la atención del paciente. El hospital se puede beneficiar si hace uso eficiente de los recursos y le queda un excedente de la tarifa establecida pero, dependiendo de las condiciones médicas con que es admitido el paciente, éste puede necesitar un cuidado e insumos superiores que se traducirán en costos y gastos superiores para la institución, teniendo que asumir una pérdida. Esto puede incidir en que se dé una selección adversa de pacientes por parte de los hospitales, lo que daría como resultado un detrimento en la salud de la población. Por tanto, la definición de este tipo de tarifas debe considerar muchas variables que puedan influir en esa ganancia o pérdida por parte de los hospitales y que deben ser soportadas estadísticamente sobre grandes muestras de pacientes atendidos.

El uso de una política inadecuada de contención de costos por parte del pagador se puede traducir en el ámbito de los hospitales en una reducción en los beneficios que éstos ofrecen a los pacientes.

El uso de guías de práctica clínica permite estandarizar los procesos de atención y hacer más racional y equitativo el uso de los servicios.

Las políticas implementadas por la SDS, de acuerdo con algunos de los artículos y documentos revisados, son buenas para el desarrollo del sector salud en el Distrito y para el adecuado desempeño de los hospitales adscritos. Sin embargo, no debemos olvidar algunos de los aspectos positivos y negativos encontrados.

REFERENCIAS

1. OISS, Banco de información sobre los sistemas de seguridad social iberoamericanos. Agencia Española de Cooperación Internacional, España: 1996.
2. S. Díaz, B. Kloss-Quiroga, A. Kroegeer, H. Ochoa, Reforma del sector salud en Latinoamérica y experiencias europeas. Fundación Alemana para el Desarrollo Internacional, Centro Latinoamericano, Escuela de Medicina Tropical, Universidad de Liverpool. Berlín: 1998.
3. Las formas de contratación entre prestadoras y administradoras de salud. Sus perspectivas en el nuevo marco de seguridad social. Fundación Social, Fundación Corona, Fundación para la Educación Superior (FES), Fundación Restrepo Barco. Bogotá: 1995.
4. Progreso económico y social en América Latina. Tema: La seguridad social en América Latina. Banco Interamericano de Desarrollo. USA: 1991.
5. T. White. Gestión clínica. Manual para médicos, enfermeras y personal sanitario. España: Masson S. A.; 1997.
6. Quintero E, Zoque C, Hernández A. Sistemas comparados de salud. Sistema canadiense, abril 21 de 1999.
7. Link <http://www.americas.health-secor-reform.org/spanish/mex.html>
8. Link <http://www.insp.mx/ichsri/narra/45.html>
9. Link <http://www.medinfu.ufl.edu/other/histmed/cummning/index.html>
10. Link http://www.ssusa.cl/GRUPO3/página_1.html
11. Coriat Benjamín. Pensar al revés. México: Siglo XXI; 1992: 22.
12. Taiichi Ohno. El sistema de producción de Toyota. Barcelona: Productivity press-gestión: 2000; 1991: 35.
13. Carlos Eduardo Martínez F. Administración de organizaciones: productividad y eficacia, Santa Fe de Bogotá, D.C., Imprenta Universidad Nacional: 1999.
14. Bustelo E. La producción del Estado de malestar: ajuste de la política social en América Latina. En Organización Panamericana de la Salud. Salud Internacional: un debate Norte-Sur: Washington D.C.: OPS. Serie de Desarrollo de Recursos Humanos No. 95. 1992: 27.
15. Banco Mundial. Informe sobre el desarrollo mundial 1993: Invertir en salud (resumen). Washington, D.C.: Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento/Banco Mundial. 1993.

16. Cepal. Transformación productiva con equidad. En: El documento Salud, equidad y transformación productiva: 1997.
17. Harol Koontz, Heinz Weihrich. Administración: una perspectiva global. México: McGraw-Hill; 1994: 15.
18. Belenes R. Innovaciones en la gestión. Nueva cultura empresarial en los servicios sanitarios. En: Gestión de Hospitales: nuevos instrumentos y tendencias. Barcelona: Editorial Vicens Vives; 1994: 129.
19. Mills A. To contract or not to contract? Issues for low and middle income countries. Health Policy Plan 1998 Mar; 13 (1):32-40.
20. Soderlund N, Gray A, Milne R, Raftery F. Case mix measurement in English hospitals: an evaluation of five methods for predicting resource use. J Health Serv Res Policy 1996 Jan; 1 (1):10-9.
21. Gilbert G, Branch L, Longmate J. Eligible veterans' choice between VA-covered and non-VA-covered dental care. J Public Health Dent 1992 Fall; 52 (5):277-87.
22. Freeman H. The impact of clinical trial protocols on patient care systems in a large city hospital. Access for the socially disadvantaged. Cancer 1993 Nov; 72(9) Suppl: 2834-8.
23. Louis C, Taroni E, Yuen E, Umesato J, Gonnella J. Patterns of Hospital care and physician perspectives from an Italian, Japanese and USA hospital. Am J Med Qual 1996 Fall; 11(3):123-34.
24. Mullner R, Rydman R, Whitels D, Rich R. Rural community hospitals and factors correlated with their risk of closing. Public Health Rep 1989 Jul-Aug; 104(4):315-25.
25. Miller R, Luft H. Managed care plans: characteristics, growth, and premium performance. Annu Rev Public Health 1994; (15):437-59.
26. Reid R, Smith H. Experience of the Checkerboard Area Health System in planing for rural health care. Public Health Rep 1982 Mar-Apr; 97 (15):6-54.
27. Wholey D, Bume L, Lavizzo-Mourey R. Managed care and the delivery of primary care to the elderly and the chronically ill. Health Seiv Res 1998 Jun; 33(2) Pt II:322-53.
28. Miller R, Luft H. Managed care plan performance since 1980. A literature analysis. JAMA 1994 May; 18; 271(19):1512-9.
29. Broyles R, Brandt E, Blard-Holmes D. Networks and the fiscal performance of rural hospitals in Oklahoma: are they associated? J Rural Health 1996 Fall; 14(4):327-37.

30. Van Lerberghe W, Van Balen H, Kegel G. Typology and performance of first-referral hospital in sub-saharan africa. *Ann Soc Belg Med Trop* 1992;72 Suppl: 21-51.
31. Lindberg D. HPCC and the National Information Infrastructure: an overview. *Bull Med Libr Assoc* 1995 Jan; 83 (1): 29-31.
32. Shaller D, Bernhardt T, Hutchinson B. Data organizations and data networks in Minnesota. *Am J Med Qual* 1996 spring; 11 (1): 970-2.
33. Friedman B, Farley D. Strategic responses by hospitals to increased financial risk in the 1980s. *Health Serv Res* 1995 Aug; 30 (3): 457-88.
34. Taylor D, Whellan D, Sloan F. Effects of admission to a teaching hospital on the cost and quality of care for Medicare beneficiaries. *N Engl J Med* 1999 Jan; 28 340 (4): 293-9.
35. Thompson J, Stocks R, Shmerling J, Dempsey J. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1996 Mar; 122 (3): 241-50.
36. Burns L R, Chillingierian JA, Wholey D. The effect of physician practice organization on efficient utilization of hospital resources. *Health Serv Res* 1994 Dec; 29 (5): 583-603.
37. Nishimura M, Egawa H, Suzuki H, Kobayashi T, Baba, K, Matsui K, Yoshimura T. A study of utilization review in hospitals- focusing on medical statistics. *Sangyo Ika Daigaku Zasshi* 1986 Mar; 20 Suppl (8): 401-15.
38. Mills A, Hongoro C, Broomberg J. Improving the efficiency of district hospitals: is contracting an option? *Trop Med Ont Health* 1997 Feb; 2 (2): 116-26.
39. Schulman K, Rubenstein L, Seils D, Harris M, Hadley J, Escare J. Quality assessment in contracting for tertiary care services by HMOs: a case study of three markets *Jt Comm J Qual Improv* 1997 Feb; 23 (2m): 117-27.
40. Sederer L, Eisen S, Dil D, Grob M, Gougeon M, Mirin S. Case-based reimbursement for psychiatric hospital care. *Hosp Community Psychiatry* 1992 Nov; 43 (11): 1120-6.
41. Rundall T, Lambert W. The private management of public hospitals. *Health Serv Res* 1984 Oct; 19 (4): 519-44.
42. Fisher W, Lisdrooth R, Norton E, Dickey B. How managed care organizations develop contracting networks for psychiatric inpatient care: a Massachusetts case study. *Inquiry* 1998-99 Winter; 35 (4): 417-31.

43. Gautam K, Campbell C, Arrington B. Trends in managed care contracting among U.S. hospitals. *J Health Care Finance* 1995 Winter; 22 (2): 62-79.
44. Tangcharoensathien V, Supachutikul A, Lertiendumrong J. The social security scheme in Thailand: what lessons can be drawn. *Soc Sci Med* 1999 Apr; 48 (7): 913-23.
45. Feldman R, Kralewski J, Shapiro J, Chan H. Contracts between hospitals and health maintenance organizations. *Health Care Manage Rev* 1990 Winter; 15 (1): 47-60.
46. Frost J. Clinic provision of contraceptive services to managed care enrollees. *Fam Plann Perspect* 1998 Jul-Aug; 30 (4): 156-62.
47. Torphy D, Campbell K, Davis S. Effects of a faculty prepaid group practice in a pediatric primary care clinic. *J Med Educ* 1988 Nov; 63 (11): 839-47.
48. Griffith H, Morris E. Survey of the degree to which ET nurses are performing current procedural terminology-coded services. *J ET Nurs* 1993 Jul-Aug; 20 (4): 143-51.
49. DeLamielleure J. The impact of surgical physician assistants on the delivery of modern health care. *Best Pract Benchmarking Healthc* 1997 May-Jun; 2 (3): 136-41.
50. Rubin C, Sizemore M, Loftis P, Adams-Huet B, Anderson R. The effect of geriatric evaluation and management on Medicare reimbursement in a large public hospital: a randomized clinical trial. *J Am Geriatr Soc* 1992 Oct; 40 (10): 989-95.
51. Shulkin D, Williams Y, Cooper W. The cost of monitoring medical care in Pennsylvania. *Pa Med* 1991 Sep; 94 (9): 14-8.
52. Jones D. Proprietary hospitals in cost containment. *Am J Cardiol* 1985 Aug; 2356 (5): 40C-42C.
53. Palizas F, Gallesio A, Wainsztein N, Ceraso D, Apezteguia C, Pacin J. Cost containment: the Americas. Argentina. *New Horiz* 1994 Aug; 2 (3): 336-40.
54. Zwanziger J, Melnick G, Simonson L. Differentiation and specialization in the California hospital industry 1983 to 1988. *Med Care* 1996 Apr; 34 (4): 361-72.
55. Sloan F, Becker E. Cross-subsidies and payment for hospital care. *J Health Polit Policy Law* 1984 Winter; 8 (4): 660-85.

56. Tai-Seale M, Rice T, Stearns S. Volume responses to Medicare payment reductions with multiple payers: a test of the McGuire-Pauly model. *Health Econ* 1998 May; 7 (3):199-219.
57. Levin D, Gardiner G, Karasick S, Shaber G, Wechsler R, McArdle G, Lockard C, Harford R. Cost containment in the use of low-osmolar contrast agents: effects of guidelines, monitoring, and feedback mechanisms. *Radiology* 1993 Dec; 189 (3): 753-7.
58. Shea S, Nickerson K, Tenenbaum J, Morris T, Rabinowitz D, O'Donnell K, Peres E, Weisfeldt M. *N Engl J Med* 1996 Jan; 18 334 (3): 162-7.

TABLA I
SISTEMAS DE SALUD

Chile	
<i>Financiación</i>	• Tripartita: aportes del Estado, los empleados y pago por atención privada.
<i>Mecanismos de contención de costos</i>	• Incentivos por experiencia y desempeño. • Los sistemas se están automatizando. Las cuentas se pueden individualizar para cada paciente y diagnóstico. (Sistema de pago asociado a diagnóstico). Sistemas de información confiables y homologables entre establecimientos y entidades. • Cambios en la práctica profesional-multidisciplinaria (medicina familiar y centros de salud). • Planificación y gestión de los recursos humanos. • Proceso completo de descentralización en el ámbito municipal.
<i>Mecanismos para hacer más eficiente la gestión</i>	• Convenios para la compra de servicios no asistenciales. • Compromisos o acuerdos de gestión entre distintas entidades del sistema. • Se implementaron mecanismos de rendición de cuentas. • Nuevas modalidades de atención como cirugía ambulatoria e internación breve.
Canadá	
<i>Financiación</i>	• Estado único pagador a través del gobierno federal y provincial. Financiamiento - impuestos. • Seguro privado - prepagado para servicios no asegurados ni sufragados por el gobierno. • Pagos privados, copagos y deducibles por servicios parcialmente asegurados por gobierno y los planes privados. • Compensación a los trabajadores en los costos de salud por lesiones en su trabajo.
<i>Mecanismos de contención de costos</i>	• El Estado define el pago en función de presupuestos globales. • Los médicos de atención primaria proporcionan cuidado y remiten a especialistas y hospitales. • La remuneración es negociada entre el gobierno y los profesionales.

(Continúa)

(Continuación)

	• Los hospitales negocian presupuesto de operaciones con la provincia. • Se da gran importancia a los servicios de salud preventiva. • Regionalización. • Existe un control de gastos administrativos y uso de tecnología.
<i>Mecanismos para hacer más eficiente la gestión</i>	• Juntas y administradores de los hospitales asignan los recursos, siempre y cuando se mantengan dentro del presupuesto de operaciones negociado. • El gobierno solicita a las provincias información sobre operación y financiamiento del sistema; si no existe disposición de la misma éste puede penalizar a quien incumpla.
<i>¿Cómo funcionan o administran los hospitales?</i>	• Los hospitales son controlados por juntas y administradores. • La mayor parte de sus ingresos provienen de los programas de salud provinciales. • Los costos hospitalarios se financian mediante un presupuesto global basado en la demanda.

México

<i>Financiación</i>	• Contribuciones de empleados, patrones, así como de las aportaciones del gobierno federal. Mecanismos de contención de costos
<i>Mecanismos de contención de costos</i>	• Modernización administrativa, sistematización de la información estadística y epidemiológica. • Programa de desarrollo informático. • Modernización de sistemas estatales de almacenamiento y distribución de insumos. • Programa de seguimiento de prescripción de medicamentos para garantizar su uso óptimo.
<i>Mecanismos para hacer más eficiente la gestión</i>	• Fortalecimiento de la capacidad gerencial del personal directivo de los servicios - Programa de Mejoramiento de la Gestión Administrativa de los Servicios de Salud. • Racionalización en la compra del equipo médico. Compatibilidad con infraestructura existente y el abasto adecuado de insumos y refacciones. • Capacitación continua para el recurso humano que opera y da mantenimiento a equipos. • Establecimiento de convenios y acuerdos interinstitucionales.

(Continúa)

TABLA 2
RESULTADOS BÚSQUEDA EN MEDLINE

1. Pregunta: ¿Cómo influye el sistema de contratación en el desempeño en el ámbito hospitalario? Palabras clave: Contracts AND performance AND hospitals				
Ref.	Diseño	Nivel evidencia	Variables exploradas	Resultado
19	Serie de casos	IX	Contratación con red pública o privada.	Revisión del comportamiento en los diferentes países.
2	Cohorte	III	(DRG)*; (HRG) ¹ 1 y 2; especialidad; edad.	Variación de los costos y la estancia de los pacientes hospitalizados de acuerdo con las variables relacionadas. HRG 2 explica mejor la estancia y las variaciones de los costos
2. Pregunta: ¿Las barreras de acceso a la salud afectan la calidad de atención en los hospitales? Palabras clave: Health AND access AND barriers AND quality AND hospitals				
Ref.	Diseño	Nivel evidencia	Variables exploradas	Resultado
21	Corte transversal	VIII	Calidad percibida del servicio dental, estado de elegibilidad del servicio, uso del servicio por VA, la percepción que de los gastos están a la par con los ingresos, la necesidad del cuidado dental.	Las variables estuvieron relacionadas con el uso o no de los servicios de VA. También estuvieron relacionados: el nivel de educación formal, la percepción de los gastos-ingresos, el patrón de transporte, la distancia geográfica y el estado de elegibilidad.
22	Reporte de caso	X	Las barreras de acceso a la salud de los pacientes negros en EE. UU., lo que dificulta la realización de protocolos de investigación.	Acceso disminuido está condicionado por baja calidad, inadecuada continuidad de los tratamientos, acceso insuficiente a los métodos de detección, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.

* Grupos relacionados con el diagnóstico

¹ Grupos relacionados con el recurso del cuidado de la salud

(Continúa)

(Continuación)

23	Cohorte	III	Severidad de enfermedad, longitud de estancia, disponibilidad de recursos, presiones administrativas, concertación con la familia sobre la salida.	Severidad más alta en EE. UU. que en Italia o Japón. Luego de controlar por factores de confusión, estancia en EE. UU. fue más corta, y en Japón más larga. Los médicos japoneses reportaron deficiencias de recursos más que los otros, pero también tuvieron menos presiones administrativas.
3. Pregunta: ¿Existen indicadores sociales que sirvan para evaluar el desempeño de los hospitales? Palabras clave: Social AND indicators AND performance AND hospitals				
Ref.	Diseño	Nivel evidencia	VARIABLES exploradas	Resultado
24	Casos ² controles	IV	Variables relacionadas positiva y negativamente con el riesgo de cerrar hospitales.	No relacionado con pregunta planteada. Aporta indicando las variables relacionadas con el riesgo de cierre de un hospital.
4. Pregunta: ¿Las redes en los servicios de salud mejoran el desempeño de los hospitales? Palabras clave: Health AND services AND network AND hospital AND performance				
Ref.	Diseño	Nivel evidencia	VARIABLES exploradas	Resultado
25	Reporte de caso	X	Describe el comportamiento de asegurados entre las redes de los planes de cuidado gerenciado (managed care [MCO]) basados en redes y Health Maintenance Organizations (HMO) ³ y Free for Service (FFS) ³ .	No responde si es mejor redes como tal, pero describe las que existen.

(Continúa)

² HMO: Red de médicos, de otros profesionales sanitarios y de establecimientos que proponen prestar atención [tipo de HMO (grupo, personal, red, combinación), afiliados al HMO, calificación federal, ánimo de lucro, afiliación nacional] sanitaria a las personas que hayan suscrito un bono anual. J. Auray, et al. Diccionario comentado de economía de la salud, Barcelona, Masson S.A., 1998.

³ FFS: Free for service. Instituciones que exigen pago por servicio.

(Continuación)

26	Reporte de caso	X	Red para mejorar eficiencia de servicios.	No comparan. Sólo describen la implementación de la red en Chekerboard Area Health System.
27	Corte transversal analítico	VII	Comparan redes de diferentes HMO afiliadas a Cruz Azul, Locales, Nacionales, y FFS.	No responden pregunta pero analizan el comportamiento entre las diferentes organizaciones, y sugiere cómo mejor la estructura de redes.
28	Revisión sistemática	II	Compara entre HMO y aseguramiento tradicional, tasas de admisión, estancias, uso de procedimientos costosos y preventivos.	No pueden soportar que las HMO STAFF sean mas efectivas que las (IPA)** o las HMO en red.
29	Cohorte	III	Estudia la asociación entre la afiliación a una red y el desempeño financiero de hospitales rurales en Oklahoma.	Luego de controlar por factores de confusión encuentran que la afiliación a una red disminuye costos de operación, y costos laborales y no laborales, comparados contra los que no pertenecen a una red.
30	Reporte de caso	X	Describe red para referencias de pacientes en África.	No relacionado con la pregunta planteada.
31	Corte transversal	VIII	Describe la infraestructura de información nacional de los Estados Unidos, que incluye las redes capaces de transmitir millones de datos.	Introduce concepto de redes para compartir datos entre hospitales, y de hacer consulta en áreas rurales con telemedicina.
32	Reporte de caso	X	Red integrada de hospitales en Minnesota para mejorar eficiencia y calidad.	Sugiere que la red mejora eficiencia y calidad en Blue Shield/Blue Cross. Utilización de un sistema para medir la severidad clínica de los pacientes.

** IPA: Independent Practice Association. Asociaciones que agrupan profesionales de la salud, y que contratan con las HMO la prestación de los servicios.

(Continúa)

(Continuación)

5. Pregunta: ¿Cuáles son los mejores modelos de gestión en los hospitales privados de primer nivel? Palabras clave: Management AND hospitals AND private AND models AND first AND care				
Ref.	Diseño	Nivel evidencia	Variables exploradas	Resultado
33	Cohorte histórica analítica	III	Analiza respuesta de los hospitales al sistema de (SPP) ¹¹ impuesto por Medicare (incremento en los precios, cambios en los tipos de servicios ofrecidos, esfuerzos para disminuir la variación del recurso en la atención de los pacientes).	No relacionado con pregunta de manera directa, sin embargo encuentra que los precios pagados por los aseguradores privados cambiaron según el riesgo impuesto por el SPP de Medicare, la generosidad de los pagos de Medicare, la regulación estatal, y la habilidad del hospital para asumir el riesgo.
34	Cohorte histórica analítica	III	Se evaluó la asociación de los hospitales de enseñanza calificados como de enseñanza mayor o menor (dependiendo del número de residentes por cama), y se evaluó la asociación con mortalidad y con los costos hasta 6 meses después de la salida, para 1995, en fractura de cadera, enfermedad coronaria, emergencia cerebro-vascular (ECV).	Aunque no responde la pregunta de investigación, sugiere que el pago hecho por Medicare fue significativamente mayor para los hospitales de enseñanza que para aquéllos con ánimo de lucro, para el manejo de la fractura de cadera, y fue más bajo para los hospitales del gobierno y los sin ánimo de lucro, para el manejo de la insuficiencia cardíaca. Luego de hacer los ajustes por las características de los pacientes y el subsidio social, los hospitales de enseñanza tuvieron las tasas más bajas de mortalidad.
35	Reporte de caso	X	Se describe la situación de salud de Finlandia con el modelo de "managed competition".	Aunque no contesta la pregunta planteada, sugiere que el modelo aumenta los copagos, anticipa el cierre de los hospitales, bloquea fuentes de financiación y aumenta el desempleo de los médicos.

:: PPS: Pago fijo prospectivo.

(Continúa)

(Continuación)

6. Pregunta: ¿Cuáles son los mejores modelos de gestión en los hospitales del Estado de primer nivel? Palabras clave: Management AND hospital AND state AND models AND first AND care				
Ref.	Diseño	Nivel evidencia	Variables exploradas	Resultado
36	Cohorte histórica analítica	III	Se evaluó el poder explicatorio que tenía las características del médico para predecir el uso de los recursos (volumen de práctica hospitalaria, porcentaje de pacientes de "managed care", concentración de la práctica hospitalaria y la diversidad de pacientes tratados).	Luego de controlar por factores de confusión las características del médico, explicaron de una manera significativa la variabilidad en los costos y en la estancia. Prueba que la eficiencia está influenciada por el volumen de pacientes que maneja y la carga de los mismos de "managed care". Aunque no responde la pregunta de manera directa sugiere alternativa de manejo en la gestión, actuando sobre el perfil médico.
37	Reporte de caso	X	Revisa la utilización de las estadísticas hospitalarias para hacer planeación.	Sugiere esta herramienta para la gestión hospitalaria. No la propone de manera directa.
7. Pregunta: ¿Qué mecanismos de contratación existen en los hospitales, y cuál es mejor? Palabras clave: Contract AND mechanisms AND hospitals				
Ref.	Diseño	Nivel evidencia	Variables exploradas	Resultado
38	Serie de casos	IX	Resultado de dos estudios: Uno Sudafricano que comparó el desempeño de tres hospitales contratados con tres hospitales del gobierno; y otro de Zimbabwe que comparó el desempeño de dos hospitales del Distrito con dos hospitales de "Misión" (Organización no Gubernamental).	En el primero no encontraron diferencias en la calidad de atención, aunque los costos fueron más bajos en el hospital contratista. En el segundo encontraron que los hospitales "Misión" desempeñaban los mismos servicios que los gubernamentales, pero a costos sustancialmente más bajos.

(Continúa)

(Continuación)

39	Serie de casos	IX	Revisa los mecanismos de evaluación y aseguramiento de la calidad en el proceso de contratación, en tres áreas geográficas diferentes durante 1995.	Encuentran que los patrones de contratación son más sofisticados en los mercados más "maduros"; se condiciona la contratación a evaluaciones de la calidad de los servicios, aunque no se describen cuáles son los tipos de contratación.
40	Cuasi-experimental	IX	Analizan un sistema de prepago fijo (reembolso basado en el caso) para pacientes que requirieron hospitalización psiquiátrica. Dos modalidades de contratación: entre la aseguradora y el paciente, y entre la aseguradora y el hospital.	Encontraron que los costos para los incluidos en el programa fueron más bajos por paciente y por admisión, y que los costos acumulativos para los que requirieron rehospitalización fueron también más bajos.
41	Reporte de caso	X	Revisión de documentos en los que tratan de mostrar cómo los costos se reducen cuando los hospitales públicos se manejan con los sistemas de contratación privada.	Sugiere que el uso de los mecanismos de contratación privados en los hospitales públicos permite controlar los costos y hacerlos más eficientes. Sin embargo, la estructura de los mismos se altera cuando se implementa este sistema de contratación.
42	Reporte de caso	X	Describe cómo las MCO hacen una contratación con redes de hospitales para el manejo de sus pacientes psiquiátricos. Dos etapas: una en la que el hospital decide realizar el contrato y otra en la que forman una agrupación o red para proponer la contratación.	Estos dos se hacen diferentes según la distribución geográfica de los hospitales, las tasas de reembolso previo y el nivel de competitividad. Se sugiere que es factible establecer la contratación por agrupaciones de hospitales o redes con MCO.

(Continúa)

(Continuación)

43	Serie de casos	IX	Describe cuáles son las características de los nuevos y viejos contratistas de MCO en Estados Unidos.	Los contratistas antiguos de MCO tienen estándares más altos de casos complejos, tamaños de cama hospitalaria, número de afiliaciones y se localizan en zona urbana. Los contratistas recientes y los no contratistas se encuentran en el área rural, manejan casos de menor complejidad, con mayor número de servicios subagudos y son propiedad del gobierno.
44	Reporte de caso	X	Revisa el esquema de seguridad social en Tailandia: empleados, empleadores y gobierno aportan de forma tripartita para financiar la salud (1.5% cada uno). La forma como se contrata a los hospitales es mediante la base del pago por capitación, y se requiere que el asegurado se inscriba en uno de los hospitales contratistas.	Los dineros se manejan centralmente desde un Fondo de Seguridad Social (FSS), que permite hacer reservas sustanciales de los mismos. Con respecto a la pregunta aporta la introducción del pago por capitación directamente a los hospitales desde el FSS, y la introducción de las redes de entidades subcontratistas para mejorar el acceso a la salud.
45	Serie de casos	X	Revisa las formas de contratación entre seis HMO.	En un ambiente muy competitivo las organizaciones pueden negociar sus contratos para bajar los costos que pagan por los pacientes que son atendidos. No se menciona si se evalúa la calidad.
46	Corte transversal	X	Describe el apoyo a las clínicas de planificación familiar y centros de salud de la comunidad.	Describen la contratación de los servicios especializados o integrales en cuidado primario y las preferencias hacia ellos, y no con respecto a cuál modalidad de contratación se utiliza y si es mejor o peor.

(Continúa)

(Continuación)

47	Reporte de caso	IX	Revisa la implementación de un programa prepago, operado desde una facultad de medicina, independiente del hospital, y que se encarga de brindar atención a los afiliados al programa de Ayuda a Familias con Niños Dependientes.	El artículo aporta a la pregunta planteada, en el sentido que a la Facultad se le contrata con la intención de reembolsarle por capitación su actividad asistencial, y permite la introducción de prácticas académicas junto con las labores asistenciales, sin mayor impacto financiero.
48	Reporte de caso	X	Describe la práctica de las enfermeras que trabajan en los servicios de codificación de terminología de procedimientos. Identifican códigos que no corresponden o se traslapan con otros, lo que permite controlar las salidas de dinero y mejorar los reembolsos.	Revisa la modalidad de contratación de pago por servicio (dependiendo del código) entre los médicos y las empresas que gerencian la salud. Sin embargo el artículo no responde la pregunta de si esta modalidad de contratación es mejor o no.

8. Pregunta: ¿Qué mecanismos de contención de costos tienen los hospitales?

Palabras clave: Cost AND containment AND mechanisms AND hospitals

Ref.	Diseño	Nivel evidencia	Variables exploradas	Resultado
49	Reporte	X	Revisa el impacto de utilizar asistentes de médicos y de médicos quirúrgicos como estrategia de contención de costos.	Propone el uso de los asistentes como estrategia de contención de costos.
50	Experimento clínico	X	Los sujetos mayores de 70 años fueron aleatorizados a ser tratados de manera usual, o a recibir la intervención con una evaluación geriátrica	El artículo sugiere la implementación de programas de manejo y evaluación geriátrica como una estrategia de contención de costos para Medicare.

(Continúa)

(Continuación)

			completa, y luego de egresados del hospital, fueron ingresados al programa de manejo y tratamiento de cuidado geriátrico.	
51	Reporte de caso	X	Describe los costos generados en Pennsylvania por monitorizar el cuidado médico.	Sugiere, como estrategia de contención de costos, el reducir (de manera legislativa) los costos administrativos y fiscales generados por las actividades relacionadas con el reembolso.
52	Reporte de caso	X	Revisa la reforma de Medicare (1985) como un esfuerzo para disminuir los gastos asumidos hasta ese momento (reembolsos + costos), con grandes subsidios.	Describe la implementación del sistema de pago prospectivo como una estrategia útil en contención de costos para Medicare.
53	Reporte de caso	X	Revisa el sistema de Salud de Argentina en donde la introducción de mecanismos de contención de costos orientados principalmente a la parte administrativa llevaron a que las instituciones públicas tuvieran grandes recortes presupuestales.	Describe como resultado de la contención de costos la caída en los estándares de calidad en las unidades de cuidado crítico. También describe la política adoptada por los terceros pagadores de no reembolsar los costos, con lo que afectaron de una mayor manera la calidad del cuidado.
54	Cuasi-experimental de antes y después	II	Analiza el comportamiento de los hospitales antes y después de la introducción del sistema de pago prospectivo.	Concluye que la competencia entre hospitales tiende a aumentar la diferenciación, mientras que la presión del riesgo financiero está asociada con una especialización incrementada.

(Continúa)

(Continuación)

55	Cohorte histórica analítica	III	Evalúa el impacto de los descuentos y los reembolsos de los terceros pagadores, sobre los costos hospitalarios y los perfiles de beneficios, como una estrategia de contención de costos.	Encuentran que no se justifica el pago diferencial por pagador; que el esfuerzo de la contención de costos desde los pagadores ha reducido el pago total a los hospitales, pero una cantidad sustancial de costos no es cubierta; y los ahorros se hacen a expensas del perfil de beneficios, más que sobre los costos.
56	Cohorte histórica analítica	III	Se exploró con un modelo de efectos fijos con mínimos cuadrados generalizados, las respuestas en volumen a variaciones en la reducción de los pagos de Medicare, en ocho especialidades.	El artículo sugiere que ante la alternativa de contención de costos, es una mejor opción el tener un pagador único, que un ambiente de múltiples pagadores.
57	Cohorte histórica descriptiva	III	Se realizó un seguimiento y monitoría del uso de las guías durante 23 meses.	Describen cómo la implementación de guías para uso restringido de agentes de contraste permite que se haga un uso racional, minimizando los costos posibles por un mal uso o sobreuso de los mismos.
58	Cohorte prospectiva descriptiva	X	Determina cuánto dinero recibió el Departamento de medicina interna en pago por las actividades de enseñanza por los miembros de la facultad, y la fuente de su compensación.	La conclusión del estudio se centra en que las estrategias de contención de costos pueden afectar los frágiles contratos sociales hechos con los centros educativos, dado que los profesores participan dando enseñanza en actividades no reembolsadas, y subreembolsadas.

