

**UNA REVISIÓN DE LAS FORMAS DE PAGO DE LOS SERVICIOS
DE SALUD EN EL DISTRITO CAPITAL**

AUTORES

ROLANDO ENRIQUE PEÑALOZA QUINTERO,
Profesor Asociado, Cendex-Pontificia Universidad Javeriana
JEANNETTE LILIANA AMAYA LARA,
Profesor Instructor, Cendex-Pontificia Universidad Javeriana
FERNANDO RUIZ GÓMEZ,
Profesor Asociado, Cendex-Pontificia Universidad Javeriana
SANDRA MILENA STERLING PLAZAS,
Profesor Instructor, Cendex-Pontificia Universidad Javeriana

CORRESPONDENCIA

Correo electrónico: epenalo@javeriana.edu.co
Correo electrónico: fruiz@javeriana.edu.co

REVISIÓN DE PARES EXTERNOS

Fecha recibido: 23-11-06
Fecha revisado: 03-03-07
Fecha aceptado: 27-04-07

RESUMEN

Este artículo es una presentación de la evaluación de las formas de pago a través de las cuales se reconocen los servicios prestados a la población pobre no afiliada en el Distrito Capital.

Los resultados del presente trabajo se concentran principalmente en el análisis de una de las formas de pago, pago global fijo prospectivo por actividad final, y tan sólo, en dos de las actividades finales definidas por la Secretaría. Tales actividades son: la consulta de medicina general electiva y la consulta de medicina especializada electiva. Estas dos actividades representan, entre las dos, el 81,15% de las actividades finales realizadas por la red de hospitales y de ellas la atención médica general representa el 79,70%.

El proceso metodológico para toda la evaluación desarrolla seis grandes subprocesos: a) revisión bibliográfica, b) un marco conceptual y el diseño del plan de análisis, c) revisión de las especificaciones técnicas para la identificación de los registros de prestaciones de servicios de salud enviados, d) evaluación del sistema actual, e) construcción de escenarios de ajuste, y f) formulación de indicadores para el seguimiento de las formas de pago.

A partir de los resultados se encontró que los actuales sistemas de pago del Fondo Financiero Distrital requieren ajustes que permitan un mejor manejo del riesgo financiero y la búsqueda de conciliación de los objetivos de política entre la Secretaría Distrital de Salud y los hospitales que prestan los servicios a la población pobre no cubierta con subsidios a demanda. Antes de pensar en migrar a otro sistema, se hace necesario entender que cada uno de los mecanismos genera diferentes incentivos los cuales se busca controlar a través del sistema de monitoreo y evaluación.

ABSTRACT

This article presents an evaluation of the forms of pay that recognize services rendered to the poor population not housed in the capital district. The results of the present work are concentrated principally in an analysis of one form of pay: Global fixed prospective pay for finished activities, and only in two of the finished activities as defined by the Secretary. Such work is: general elective medical consultations and specialized elective medical consultations. These two activities represent, between the two, some 81.15% of the finished activities done by the network of hospitals, and of these the general medical attention represents 79.70%.

This methodological process for a full evaluation creates six large subprocesses: a) bibliographic review, b) a conceptual framework and the design of a plan for analysis, c) review of the technical specifications for the identification of the registries for health services rendered, d) evaluation of the current system, e) construction of adjustment scenarios, and f) formulation of indicators for the continuation of the forms of pay.

From these results it was found that the current payment systems of the District Financial Fund require adjustments that permit better management of financial risk. The search must continue for the conciliation of political objectives between the District Health Secretary and the hospitals that serve the poor population not covered by necessary subsidies. Before thinking of moving to another system, it is necessary to understand that each one of the mechanisms generates different incentives which can be controlled through the monitoring and evaluation systems.

INTRODUCCIÓN

Desde el año 1999, la Secretaría de Salud de Bogotá, en sus contratos suscritos con las Empresas Sociales del Estado (ESE), ha incluido para algunos servicios de salud el Pago Fijo Global Prospectivo (PFGP) y pago por paquetes de atención. En los años siguientes fueron incluidas otras unidades de medida como: Atención Integral de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI), Atenciones Integrales Ambulatorias (AIA) entre otras. De igual forma, se incluyó el pago por paquetes de atención en los contratos suscritos con algunas IPS privadas, para servicios específicos.

El PFGP, se implementó en los hospitales de la red adscrita, como parte de un paquete de políticas que pretendían la modernización y sostenibilidad de sus proveedores de servicios; mediante este sistema de pago se corregían algunos incentivos (inducción de demanda) presentes en el sistema de pago por actividad o evento vigente en ese momento y, además, se buscaban los siguientes objetivos:

1. Estimular en los hospitales eficiencia en la atención de los pacientes.
2. Dar autonomía a las instituciones para la organización de sus procesos de atención.
3. Simplificar el proceso de facturación. La unidad de pago de este sistema se denominó *actividad final*.
4. Mejorar la calidad de la atención en las instituciones prestadoras de servicios de salud.

Los mecanismos de pago entre el Fondo Financiero Distrital y los hospitales que atienden la población pobre no cubierta con subsidios a demanda y los eventos no cubiertos por el POS-S, tienen tan importantes consecuencias económicas y en calidad, que han justificado el presente estudio contratado por la Secretaría Distrital de Salud con el Centro de Proyectos para el Desarrollo (Cendex) de la Pontificia Universidad Javeriana. Con el estudio se buscó evaluar los mecanismos de pago a través de los cuales el Fondo Financiero Distrital de Salud (FFDS), reconoce los servicios prestados en las instituciones que conforman la red de servicios de salud de la población no cubierta por subsidio a la demanda (ESE e IPS contratadas y no contratadas).

Como propósito se planteó la actualización y ajuste de mecanismos de pago utilizados por el FFDS, principalmente, del Pago global fijo por actividad final, así como el diseño de mecanismos de seguimiento y monitoreo permanentes que facilitaran la consolidación de mecanismos utilizados.

PROCESO METODOLÓGICO

El proceso metodológico utilizado para el desarrollo de la consultoría requirió el desarrollo de seis grandes subprocesos, que se detallan a continuación:

1. Se realizó una revisión bibliográfica de la organización de los servicios y la economía de la salud, particularmente, lo relacionado con la organización industrial de los servicios y con las aplicaciones de la teoría de contratos. Se conformó una lista de potenciales efectos intermedios y finales de los modelos, como también, las formas de contratación y pago en el marco de la consultoría. Esta revisión buscó dar suficiente evidencia sobre los posibles efectos que generan las diferentes formas de contratación y pago.
2. Con base en la revisión bibliográfica se elaboró un marco conceptual y diseñó el plan de análisis de los sistemas de riesgo, pagos, el modelo de prestación y el modelo de incentivos entre el FFDS y la red de servicios de salud de la población pobre no cubierta con subsidios a demanda. Para la realización de este marco conceptual se revisaron elementos aplicables de las teorías de sistemas, de agencia y de juegos.
3. A partir de los registros reportados por la red de prestación de servicios de salud de la población no cubierta con subsidios a demanda, se revisaron las especificaciones técnicas para la identificación de los medios enviados. Estos deberían tener la totalidad de los archivos y cumplir con las especificaciones de la resolución 3374 de 2000. Todo lo anterior se cargó a una base de datos, asimismo, se diseñaron y se generaron reportes a partir de las necesidades del estudio.
4. Se evaluó el sistema actual y determinaron los mecanismos de transferencia y los niveles de riesgo asumidos actualmente por la red de servicios de salud de la población pobre no cubierta con subsidios a la demanda y el FFDS, para la compra y canalización de servicios de salud a la población pobre no asegurada.
5. A partir del diagnóstico, se definieron diferentes escenarios de ajuste para mejorar el manejo del riesgo, forma de pago y modelos de incentivos, instrumentos técnicos, administrativos y financie-

ros. Estos escenarios fueron discutidos con el grupo técnico de la Secretaría Distrital que fue asignado al proyecto.

6. Según los ajustes propuestos, se formuló un conjunto de indicadores para el seguimiento de las formas de pago. Con base en éstos se propusieron unos puntos de control que permitieran la captura automatizada de estos indicadores que están encaminados a lograr información confiable y oportuna para el seguimiento del manejo de riesgo, forma de pagos y modelos de incentivos.

Como unidades de observación se tomaron los Registros Individuales de Prestaciones de Servicios de Salud (RIPS) de los hospitales que hacen parte de la red para la prestación de los servicios a la población pobre no cubierta con subsidios a demanda. De igual manera, fue analizada la totalidad de las actividades finales y las atenciones en salud pagadas por evento.

MARCO DE REFERENCIA

En la revisión exhaustiva de bibliografía de las formas de pago de servicios sanitarios se incluyó la literatura disponible sobre el tema a nivel internacional y se contempló la revisión de más de treinta artículos, que fueron condensados y entregados en un aplicativo para su consulta. La evidencia encontrada acerca de los principales métodos de pago, así como sus ventajas y desventajas, se describen a continuación.

PRESUPUESTO POR PARTIDAS

Es un pago que se asigna directamente de acuerdo con la institución, por categorías específicas del recurso o funciones y, habitualmente, se define a través de períodos anuales. En él también se trabajan categorías presupuestales que incluyen salarios, medicamentos, equipos, alimentos y gastos generales administrativos.

Desde el punto de vista de la eficiencia, este mecanismo tiene poca flexibilidad a la hora de usar los recursos, además, tiende a agotar el presupuesto completo –aún si no es necesario–, para asegurar que se mantenga el mismo nivel de gasto para las siguientes vigencias. Desde la calidad de los servicios, pueden producirse racionamientos si el presupuesto es demasiado bajo, caso en el que se pueden estar remitiendo a otros niveles. Desde la mirada del riesgo financiero, tanto, para el proveedor como para la entidad pagadora es bajo el riesgo. Desde la calidad, puede causar racionamiento si el presupuesto es demasiado bajo. Si se produce racionamiento, los casos más complejos, posiblemente, se remitan a otras instituciones.

PRESUPUESTO GLOBAL

Es un pago total estipulado con anticipación para cubrir un período de tiempo determinado; posiblemente, permite algunos reajustes al final del año. Se pueden usar varias fórmulas: un presupuesto histórico, tarifas per cápita por diferentes ajustes, edad, sexo o índices de utilización en años anteriores. También tiene la posibilidad de transformarse en un presupuesto global prospectivo, esto quiere decir que, en términos generales, se estudian los costos de las instituciones y, a partir de esos costos de operación –para unos volúmenes esperados–, se determinan las cantidades de recursos necesarias para que opere esta institución.

Desde el punto de vista de la eficiencia, el presupuesto global tiene mayor flexibilidad que el presupuesto por partida; sin embargo, tiene un comportamiento negativo desde el gasto fijado inicialmente, pues no se ajusta a las condiciones de mercado, no siempre se vinculan indicadores de desempeño y, en la gran mayoría de los casos, se permite desplazar los costos, si el presupuesto global cubre servicios limitados. Desde la calidad de los servicios, puede causar racionamiento si los presupuestos también son bajos, pues éste se produce en los casos más complejos, y se derivan a otras instituciones. El riesgo para el proveedor es alto, mientras que para el ente pagador tiende a ser bajo.

PAGO PER CÁPITA

Se realiza directamente a los proveedores y servicios por cada persona que esté inscrita con este proveedor en un período establecido. El pago cubre los costos de servicios determinados durante este período y, en algunos casos, el proveedor puede comprar a otra institución los servicios que no pueda prestar. Desde el punto de vista de la eficiencia, el pago per cápita es más flexible en el uso de los recursos, pues cuanto mayor sea el número de servicios incluido en el paquete, menor será la posibilidad de transferencia de costos.

También existen recursos muy vinculados al tamaño de la población y a las necesidades de salud. Lo anterior, presenta problemas de calidad, ya que es posible que los proveedores sacrifiquen calidad para disminuir los costos; además, puede causar racionamiento de la demanda desde la oferta y puede generarse una escogencia de pacientes sanos por parte del proveedor. Desde el punto de vista del riesgo financiero, para el proveedor es alto, mientras que para el ente pagador es bajo.

Es posible que los proveedores sacrifiquen la calidad para frenar los costos; y pueda alentarlos a inscribir pacientes más sanos.

PAGO POR CASO ESPECÍFICO

Es definido como un pago fijo que cubre todos los servicios para casos con enfermedades específicas, mediante la clasificación de pacientes. Por

ejemplo, se encuentran los grupos relacionados de diagnósticos y el pago se aplica, principalmente, en servicios de pacientes hospitalizados y también para grupos de atención ambulatorios.

En términos de eficiencia, por parte del prestador, el pago por caso específico tiene mucha flexibilidad en el uso de los recursos. Un comportamiento negativo es el aumento de los casos en los que hay una mayor tarifa para aumentar los ingresos. Para poder monitorear el desempeño se puede utilizar un sistema de clasificación de pacientes. Desde la calidad, el pago por caso específico, vincula directamente la complejidad de los casos; desde el punto de vista del riesgo financiero, es un mecanismo que tiene riesgo moderado para ambas partes, tanto proveedor como pagador.

PAGO DIARIO

Se refiere a un pago global que cubre todos los gastos durante un día de hospitalización. Usualmente, se utiliza para hospitalización día o para unidades de cuidados intensivos. Desde la eficiencia, tiene flexibilidad en el uso de los recursos, pero tiende a favorecer estancias prolongadas en las instituciones. Desde la calidad, el pago por caso específico puede ser positivo, ya que permite estancias más prolongadas de los pacientes para los casos más complejos. En cuanto al riesgo financiero, el riesgo para proveedores es bajo, sin embargo, para el ente pagador es alto.

PAGO POR EVENTOS

Los cargos se reducen por cada una de las acciones que realice el hospital. Desde el punto de vista de la eficiencia, tiene flexibilidad en los recursos, pero presenta un comportamiento que aumenta el número de recursos por parte del proveedor, para generar un mayor ingreso. Desde la calidad, el pago está directamente relacionado con la intensidad de los servicios que recibe el paciente, sin embargo, favorece un exceso de servicios que no siempre son necesarios. En cuanto al riesgo financiero éste es bajo para el proveedor y alto para el ente pagador.

DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO

Por lo extenso de los resultados, este trabajo se concentra en el análisis de dos de las actividades finales definidas por la Secretaría para el reconocimiento económico de los servicios de salud que prestan los hospitales a la población pobre no cubierta con subsidios a demanda. Tales actividades son: la consulta de medicina general electiva y la consulta de medicina especializada electiva. Estas dos actividades representan, entre las dos, el 81,15% de las actividades finales realizadas por la red de hospitales y de ella, la atención médica general representa el 79,70%.

Los análisis realizados incluyeron: saber si las instituciones recibirían ingresos diferentes; si cobraban todas las actividades relacionadas con la actividad final, medicina general electiva o urgente, y finalmente, si estas se facturarán por eventos a tarifas SOAT. Para este ejercicio se sacó el valor promedio de la actividad final con todas las acciones de prestación de servicios relacionadas y, se multiplicó por el número de casos que se presentaron durante ese período; posteriormente, se realizó la misma operación, pero con la tarifa establecida por la Secretaría para dicha actividad final.

En la Tabla 1 se observa la diferencia a favor de los hospitales durante el año 2003, en la cual, si las actividades que ellos realizaron se hubieran reconocido por evento a tarifas SOAT, el Fondo Financiero Distrital habría pagado cerca de ocho mil millones de pesos menos, durante esa vigencia.

Tabla 1

Comparación ingresos consulta médica general electiva o urgente

NO. CASOS	TARIFA OBSERVADA	TOTAL OBSERVADO	TARIFA RECONOCIDA	TOTAL RECONOCIDO	DIFERENCIA
623.903,00	17.663,10	11.020.061.079,30	30.468,00	19.009.076.604,00	7.989.015.524,70

Cuando se hizo el análisis por cuartiles de gasto, para 2003 se encontró que el 57% de los pacientes tuvieron un gasto promedio de \$14.329 de pesos versus el reconocimiento que hace la Secretaría de \$30.468 de pesos para ese año. Sin embargo, el 18,5% de los casos se ubicó en el cuartil superior de gasto con un valor observado promedio de \$143.627 de pesos, más cuatro veces el valor reconocido. El restante 24,5% de los casos se encontró en el menor cuartil de gasto con un valor observado promedio de \$11.126 de pesos.

Con respecto a la actividad medicina especializada, se encontró que estas instituciones hubieran recibido mayores ingresos si estos se hubieran facturado a tarifas SOAT por evento, como se indica en la Tabla 2.

Tabla 2

Comparación ingresos consulta médica especializada

NI-VEL	NO. CASOS	TARIFA OBSERVADA	TOTAL OBSERVADO	TARIFA RECONOCIDA	TOTAL RECONOCIDO	DIFERENCIA
II	154.189,00	49.174,23	7.582.125.349,47	42.180,00	6.503.692.020,00	-1.078.433.329,47
III	112.542,00	60.339,74	6.790.755.019,08	51.529,00	5.799.176.718,00	-991.578.301,08

Como siguiente ejercicio se evaluó la hipótesis de poca variación entre hospitales de un mismo nivel para las actividades finales estudiadas. Aunque hay condiciones que pueden influir en el número de casos reportados por hospital, se esperaría que estas diferencias no fueran exageradamente grandes cuando se comparan hospitales de un mismo nivel de complejidad.

El cálculo de las desviaciones del número de casos entre hospitales en un nivel determinado, fue realizado para las dos actividades analizadas en el presente artículo. Se evidencian grandes variaciones en la consulta médica general y en la atención médica especializada electiva de hospitales de nivel II y III.

Las variaciones demuestran que existen graves problemas de registro de la información; además, pueden ser verificadas desde los datos originales. Específicamente, si se observa por ejemplo la información del año 2003 para atención médica general, hay alta variabilidad del número de casos reportados por hospitales del nivel I, debido a que, mientras el Hospital del Sur y el Hospital San Cristóbal reportan más de 100.000 casos, la mayoría de hospitales de este nivel no alcanzan a reportar más del 50% de estos.

En el marco de la contratación del Fondo Distrital de Salud con los hospitales que atienden la población pobre no cubierta con subsidios a demanda, no se contempla el reconocimiento económico de la atención médica general electiva en las instituciones de mediana y alta complejidad. Sin embargo, esta actividad agrupaba las acciones, tanto electivas como de urgencias, y en la revisión de los RIPS se encontró que el 53% de las actividades desarrolladas en los hospitales de segundo nivel se catalogaban como atención de medicina general, lo que representaba más de la mitad de la producción de estas instituciones. Para el caso de las instituciones de tercer nivel, esta actividad representaba el 22% de su actividad.

En la Tabla 3 se presentan las frecuencias observadas de la actividad final desagregada por las diferentes acciones que componen la unidad.

En la atención médica general electiva¹ se encontró que, en la gran mayoría de los casos, se realizaba sólo la consulta médica general y los controles. Pero, no se estaba logrando una atención integral de los pacientes, que eran el objeto de la actividad, al momento de incorporar el grupo de actividades intermedias. Por esta razón, se planteó la posibilidad de descomponer esta actividad final y generar incentivos, para que se de la atención integral.

Por consiguiente, se recomienda pagar la consulta médica general y los controles por evento, utilizando algún manual tarifario del mercado y realizar un pago diferencial, cuando se verifica que efectivamente se realizaron otras actividades intermedias. Los Códigos Únicos de Procedimientos en Salud (CUP) serían: 89.0.2.01 y 89.0.3.01. Esto plantea pagar tanto la consulta médica general como los controles, al igual tarifa de mercado.

¹ Esta actividad sólo se reconoce para el primer nivel de atención, sin embargo, en los registros de los RIPS aparece la actividad desarrollada en los niveles II y III.

Tabla 3
Procedimiento de la consulta médica general

NIVEL	AGRUPACIONES	FRECUENCIA OBSERVADA	VALOR ESTIMADO
I	Consulta Médico General	0,952111	13.615,18
	Insumos	0,000039	0,08
	Laboratorio clínico	0,000066	0,19
	No asignado	0,015359	134,09
	Nutrición ambulatoria	0,012831	133,44
	Optometría	0,000191	0,78
	Procedimientos	0,029137	143,45
	Terapia física	0,000114	0,99
	Terapia ocupacional	0,000064	0,59
	Terapia respiratoria	0,004111	31,53
	Terapia del lenguaje	0,000061	0,56
	Total	1,054827	14.460,18
II	Consulta Médica General	0,977082	16.470,17
	Honorarios hospitalarios	0,006567	149,72
	Imágenes diagnósticas	0,000134	0,59
	Insumos	0,000129	1,88
	Laboratorio clínico	0,00081	5,16
	No asignado	0,009996	104,46
	Nutrición ambulatoria	0,000732	7,62
	Otras ayudas ox	0,000155	1,78
	Procedimientos	0,005606	28,61
	Sala de procedimientos especial	0,00003	0,49
	Terapia física	0,00003	0,28
	Terapia respiratoria	0,0029	24,26
	Total	1,0134	16.926,43
III	Consulta Médico General	1	23.500
	Total	1	23.500

Esta actividad se paga como actividad final, si se comprueba que se efectuaron actividades intermedias diferentes a la consulta médica y los controles por medicina general. Para la definición de las actividades intermedias de cada actividad final, se tomó el grupo de actividades que representaban el 85% del precio observado en el grupo de actividades intermedias de la actividad final.

El laboratorio de mayor impacto en el riesgo financiero es glucosa en suero, LCR u otro fluido diferente a orina, seguido de uroanálisis con sedimento y densidad urinaria. Dentro de esta actividad final se relacionan los grupos de actividades intermedias que se presentan en la tabla 4.

Tabla 4
Contenido básico de laboratorio clínico

CÓDIGO	SUBGRUPO	CATEGORÍA	SUBCATEGORÍA
903841	Química sanguínea y de otros fluidos corporales	Pruebas rutinarias	Glucosa en suero, LCR u otro fluido diferente a orina
907106	Microscopia	Pruebas en orina	Uroanálisis con sedimento y densidad urinaria
906211	Inmunología y marcadores tumorales	Determinación de anticuerpos contra virus	Epstein-Barr, anticuerpos IgA (cápsula EB-VCA-A)
906916	Inmunología y marcadores tumorales	Pruebas rutinarias	Serología (prueba no trepomenica) VDRL en suero o LCR
901108	Microbiología (bacteriología, parasitología, micología y virología)	Coloración	Coloración <i>Romanowsky</i> y lectura
902208	Hematología	Pruebas rutinarias	Hemograma (hemoglobina, hematocrito, recuento de eritrocitos, índices eritrocitarios, leucograma, recuento de plaquetas e índices plaquetarios) método manual y semiautomático
902212	Hematología	Pruebas rutinarias	Hemoclasificación grupo ABO y factor RH
902213	Hematología	Pruebas rutinarias	Hemoglobina
902211	Hematología	Pruebas rutinarias	Hematocrito
906317	Inmunología y marcadores tumorales	Determinación de antígenos microbiológicos	Hepatitis B, antígeno de superficie (AG HBS)
902205	Hematología	Pruebas rutinarias	Eritrosedimentación (velocidad sedimentación globular - vsg) automatizada
902207	Hematología	Pruebas rutinarias	Hemograma (hemoglobina, hematocrito y leucograma) método manual
907106	Microscopia	Pruebas en orina	Recuento <i>Hamburguer</i>

En el caso de las imágenes diagnósticas, la ultrasonografía obstétrica transabdominal es la que más afecta el precio observado, seguida de la ultra-sonografía obstétrica transvaginal. Estas dos representan más del 90% del precio observado en este grupo de actividades intermedias. En principio, estas imágenes diagnósticas no deben estar presentes en el primer nivel y es probable que su presencia se explique por un problema de clasificación del control prenatal. Por tanto, se debe controlar si en el control prenatal ya fueron reconocidas la ultrasonografía obstétrica

transabdominal y la transvaginal, para evitar incluirlas en futuros cálculos de precios de las actividades finales

La monitoría fetal anteparto y el electrocardiograma de ritmo representan el 98% de los procedimientos de este grupo de actividades intermedias. Este paquete de procedimiento puede tener la misma explicación de las imágenes diagnósticas. Por tanto, es necesario separar para realizar los ajustes de valores pertinentes.

Por los problemas de registros encontrados para la estimación de los valores, es necesario realizar un seguimiento de los códigos que se encuentren por fuera del contenido básico, y estimar primero, la pertinencia de las actividades intermedias y el riesgo financiero que se está generando. A partir de esto, se procedió a excluir los grupos que según la Secretaría Distrital de Salud no deberían estar presentes en la actividad final.

Por otra parte, al separar la actividad de consulta médica general, se hace necesario controlar que, efectivamente, se utilizaron actividades intermedias asociadas a la patología del paciente. Por tal motivo, se propone controlar el incentivo cuando se realizan apoyos diagnósticos sin los controles médicos pertinentes. En este sentido, mediante los RIPS se debe verificar el cruce de los pacientes que asistieron a consulta médica general electiva y controles médicos con las actividades intermedias pertenecientes a los sub-grupos laboratorio clínico, imágenes diagnósticas, procedimientos y terapias físicas.

Para este control se construyen los rangos de códigos CUP admitidos en estos subgrupos:

1. Laboratorio clínico: del código 90.1.0.01 al 90.8.7.07
2. Imágenes diagnósticas: del código 87.0.0.01 al 87.3.7.20

Las actividades intermedias que estén fuera de rango no deberán ser tenidas en cuenta para la ficha técnica de esta actividad final.

Se propone mantener el valor de la tarifa de la Secretaría para el año 2006 y monitorear el comportamiento de las actividades intermedias. En principio, esta actividad final está definida para el primer nivel de complejidad. Si se realiza en los niveles II y III, serían reconocidas al valor del primer nivel.

La atención médica general urgente debe manejarse como una actividad final integral de tipo ambulatorio. En ésta se considera necesario incluir en el valor, las actividades intermedias de laboratorio clínico, imágenes diagnósticas, otros procedimientos, terapias respiratorias y homologar para el primer nivel la observación por internado de 24 horas. Esto, con el fin de mejorar las condiciones de estancia de los pacientes y utilizar la capacidad instalada de las camas de este nivel. Así, la actividad debería tener un ajuste en su definición y no la creación de una nueva actividad final. Por otro lado, su valor podría ser ajustado en una proporción igual a la diferencia del valor de la observación y el valor de la estancia en habitación de cuatro camas, ajustada por las frecuencias de observaciones presentadas.

Para los niveles II y III se mantiene la observación y se controlarán estancias mayores a seis horas contra diagnósticos. Es necesario controlar el incentivo a la hospitalización innecesaria si se verifica la consulta de urgencias y el diagnóstico de ésta.

Tabla 5
Contenido básico de imágenes diagnósticas

CÓDIGO	SUBGRUPO	CATEGORÍA	SUBCATEGORÍA
881431	Ultrasonografía diagnóstica (ecografías)	Ultrasonografía diagnóstica (ecografías) de pelvis y de genitales femeninos	Ultrasonografía obstétrica transabdominal
881432	Ultrasonografía diagnóstica (ecografías)	Ultrasonografía diagnóstica (ecografías) de pelvis y de genitales femeninos	Ultrasonografía obstétrica transvaginal

Tabla 6
Contenido básico de otros procedimientos

CÓDIGO	SUBGRUPO	CATEGORÍA	SUBCATEGORÍA
897011	Monitorización de feto	Monitoria fetal	Monitoria fetal anteparto
895100	Otros procedimientos diagnósticos cardíacos y vasculares no quirúrgicos	Monitorización cardíaca ambulatoria	Electrocardiograma de ritmo (con una a tres derivaciones)

Tabla 7
Contenido básico de laboratorio clínico

CÓDIGO	SUBGRUPO	CATEGORÍA	SUBCATEGORÍA
902207	Hematología	Pruebas rutinarias	Hemograma (hemoglobina, hematocrito y leucograma) método manual
907105	Microscopia	Pruebas en orina	Recuento <i>Hamburguer</i>
904509	Endocrinología	Pruebas para función ovárica y suprarrenal	Hidroxiprogesterona 17alfa
902208	Hematología	Pruebas rutinarias	Hemograma (hemoglobina, hematocrito, recuento de eritrocitos, índices eritrocitarios, leucograma, recuento de plaquetas E)
903856	Química sanguínea y de otros fluidos corporales	Pruebas rutinarias	Nitrogeno Uréico (BUN)
901303	Microbiología (bacteriología, parasitología, micología y virología)	Identificación de microorganismos	Escherichia coli Enteropatógena, en materia fecal por serotipificación

CÓDIGO	SUBGRUPO	CATEGORÍA	SUBCATEGORÍA
902204	Hematología	Pruebas rutinarias	Eritrosedimentación (velocidad sedimentación globular -vsg)
901304	Microbiología (bacteriología, parasitología, micología y virología)	Identificación de microorganismos	Examen directo fresco de cualquier muestra
903841	Química sanguínea y de otros fluidos corporales	Pruebas rutinarias	Glucosa en suero, LCR u otro fluido diferente a orina
907002	Microscopia	Pruebas de coprología	Coprológico
907004	Microscopia	Pruebas de coprología	Coproscópico

Tabla 8
Contenido básico de imágenes diagnósticas

CÓDIGO	SUBGRUPO	CATEGORÍA	SUBCATEGORÍA
881432	Imagenología con otras técnicas no radiológicas	Ultrasonografía diagnóstica (ecografías) de pelvis y de genitales femeninos	Ultrasonografía obstétrica transvaginal
871111	Radiología general de columna vertebral, tórax, y órganos o estructuras conexas	Radiología general de tórax	Radiografía de reja costal
871121	Radiología general de columna vertebral, tórax, y órganos o estructuras conexas	Radiología general de tórax	Radiografía de tórax (P.A. O A.P., lateral, decubito lateral, oblicuas o lateral con Bario)
870001	Radiología general de cabeza, cara y cuello	Radiología general de cráneo	Radiografía de cráneo simple
872002	Radiología general de abdomen, pelvis y órganos o estructuras conexas	Radiología general de abdomen	Radiografía de abdomen simple
873420	Radiología general de extremidades y articulaciones	Radiología general de articulaciones de miembro inferior	Radiografía de rodilla AP, lateral

Tabla 9
Contenido de terapia respiratoria

CÓDIGO	SUBGRUPO	CATEGORÍA	SUBCATEGORÍA
939402	Terapia respiratoria	Terapia respiratoria	Nebulización
890212	Entrevista, consulta y evaluación [valoración]	Consulta descrita como global o de primera vez	Consulta de primera vez por terapia respiratoria
939500	Terapia respiratoria	Oxigenación hiperbárica	Oxigenación hiperbárica SOD
939600	Terapia respiratoria	Otra terapia con oxígeno	Otra terapia con oxígeno (efecto citoreductor, oxigenadores, terapia catalítica por oxígeno, terapia con oxígeno) SOD
939400	Terapia respiratoria	Terapia respiratoria	Terapia respiratoria integral SOD

Tabla 10
Contenidos de procedimientos

CÓDIGO	SUBGRUPO	CATEGORÍA	SUBCATEGORÍA
897011	Monitorización de feto	Monitoría fetal	Monitoría fetal anteparto
895101	Otros procedimientos diagnósticos cardíacos y vasculares no quirúrgicos	Electrocardiograma de ritmo	Electrocardiograma de ritmo (con una a tres derivaciones)
935301	Otra inmovilización, presión y cuidado de herida (cuidado tegumentario)	Aplicación o cambio de otra escayola	Aplicación o cambio de yeso para inmovilización en miembro superior (excepto mano)
895201	Procedimientos diagnósticos cardíacos y vasculares no quirúrgicos	Electrocardiograma	Electrocardiograma de alta resolución (estudio de potenciales tardíos)
865101	Sutura de piel y tejido celular subcutáneo	Sutura de herida en área general	Sutura de herida única, en área general

PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

Para poder contrastar la consistencia interna de los registros se plantearon seis hipótesis, mediante las cuales se comprobaría la calidad de la información, esencial para alcanzar los objetivos de este estudio. La primera hipótesis planteada surgió de la validación realizada previamente, en la que se encontraron varios CUP que no

podieron ser asignados a actividades específicas y, por tanto, fueron agrupados en una sola categoría denominada *no asignados*. La hipótesis por probar, relaciona la proporción de estos casos con el total, tanto en términos de cantidades como de pago potencial esperado, con el fin de establecer si representaban o no, de manera significativa, el pago potencial global de los hospitales.

La segunda hipótesis relaciona el número de casos reportados por hospital, con cada uno de los años (2003-2004), para verificar la creencia de no encontrar grandes cambios entre estos valores. En discusiones con el grupo de la Secretaría Distrital de Salud, se concluyó que la presencia de grandes diferencias podría deberse a la cantidad de meses reportados por cada hospital, por lo cual, la siguiente hipótesis se refiere a la comparación de casos entre años reportados mensualmente para los procedimientos de mayor frecuencia.

Por otra parte, se buscaba verificar que entre hospitales de un mismo nivel de complejidad, la cantidad de casos reportados por pivote no presentan mayores diferencias, que corresponde a la tercera hipótesis de esta sección. Aunque era posible encontrar diferencias debido a la demanda y recursos de los hospitales, lo esperado era que los hospitales de cada nivel no se desviaran en gran medida de la cantidad promedio de casos por pivote en un mismo nivel. Adicionalmente, haciendo uso de la información proporcionada por la Secretaría Distrital de Salud (SDS), en la que se consigna lo realmente efectuado y cobrado finalmente, se verificó la magnitud de la diferencia entre estos valores y los reportados para efectos de RIPS. Finalmente, con base en los resultados y conclusiones de las anteriores hipótesis y teniendo presente que un adecuado sistema de clasificación debería concentrar al menos el 70% de los pagos potenciales esperados por pivote, se procedió a probar la hipótesis de adecuada agrupación de estos pagos en el actual sistema de clasificación. Las hipótesis arrojaron resultados inesperados, dado que de antemano se asumía que se aceptarían las hipótesis planteadas, encontrando realmente, una gran evidencia de incongruencias en la información. El estado de la información actual no hace viable la posibilidad de realizar propuestas de ajuste del sistema a corto plazo.

Dentro del grupo *no asignados* se encuentran, entre otros, procedimientos tales como: consulta de primera vez por enfermería o por trabajo social, consulta de control o de seguimiento por medicina especializada, enfermería, trabajo social, fisioterapia o terapia respiratoria, interconsulta por odontología, nutrición y dietética o terapia física, sala de curaciones, provisionales y aquellos excluidos por obsoletos no vigentes en Colombia o desconocidos. El análisis de proporción de, *no asignados*, con respecto al total de casos y su influencia en el pago potencial esperado se realizó anualmente. A primera vista, se observan grandes diferencias en porcentaje de asignados y pagos potenciales entre los dos años considerados. Igualmente, se identifican altas proporciones de casos y pago potencial esperado, especialmente en el año 2004.

En el año 2003, se encuentra una mayor proporción de casos correspondientes a *no asignados* en los hospitales de Chapinero, Usme y Tunjuelito, aunque su efecto en el gasto no es tan marcado, excepto en el caso de Usme, en el que los pagos potenciales correspondientes a *no asignados* conforman más del 10% del pago potencial esperado. Con altos porcentajes se encuentran igualmente los hospitales del Sur y Tunal.

En contraposición a este año, en 2004 se evidenció, en general, un aumento substancial en la proporción de *no asignados*, especialmente, en los hospitales de menor nivel de complejidad. Dos hospitales del Sur y Rafael Uribe se destacan debido a que más del 80% de los pagos potenciales esperados corresponden a la categoría *no asignados*, lo cual hace evidente la distorsión que genera esta categoría y las falencias existentes en la información.

Para probar esta segunda hipótesis, se tomó el total de casos reportados por hospital por año, considerando solamente los pivotes con reporte de información en los dos años. Se calculó, el cambio absoluto de casos por hospital y se encontraron cambios significativos de los valores reportados en los dos años, es decir, se pasó de ser casi el 6% en los niveles I y II hasta el 98% en el nivel III, en el cual los hospitales Santa Clara y Tunal reportan en 2004 un número de casos que duplica a los de 2003. En el nivel I, se encuentra que, a diferencia de los hospitales San Blas y Engativá, las diferencias de reportes son excesivamente altas, superiores al 100%.

Un caso evidente de consistencia de la información, en términos de registros interanuales, es el del Hospital Vista Hermosa en el primer nivel de complejidad. En general, mientras en el nivel I se encuentran diferencias no superiores al 50% entre años consecutivos, este valor se incrementa a medida que aumenta el nivel de complejidad de los hospitales. Este fenómeno podría deberse, en alguna medida, a la cantidad de *no asignados* analizados anteriormente; sin embargo, estos no son eliminados de este análisis, dado que son casos reportados y que no pudieron ser eliminados, pero que igual, influyen sobre el pago potencial esperado atribuible a cada hospital. Igualmente, este problema podría tener su origen en el ingreso de la información o, por ausencia de control y monitoreo durante el proceso.

A partir del inconveniente evidenciado en el análisis intermensual y en conjunto con el grupo de expertos de la Secretaría Distrital de Salud, se pensó establecer el nivel de cambios entre meses consecutivos. Para este efecto, se seleccionaron los reportes mensuales de algunos de los procedimientos críticos: consultas, procedimientos y hospitalización. Siendo conscientes de la posibilidad de encontrar diferencias de registros entre meses consecutivos debidos al aumento de la demanda en algunos meses del año, se determinaron los cambios absolutos entre reportes de meses consecutivos.

Desde la base de datos original, se evidencia que los hospitales no reportan todos los meses, por ende, hay grandes vacíos de información. Ante este inconveniente, se decidió tomar solamente los meses con información y establecer los cambios entre meses ordenados, para finalmente, hallar un porcentaje de cambio promedio. En la siguiente tabla, se evidencian porcentajes exageradamente grandes de diferencias promedio mes, lo cual puede deberse a varios factores, que se evidencian directamente desde la información suministrada:

1. Alta variabilidad del número de casos reportados mes a mes.
2. Homogeneidad de la cantidad de casos reportados por el hospital en la mayoría de los meses, con problemas de registro en algunos de los meses.

Tabla 11
 Porcentaje de casos de no asignados
 respecto al total de casos registrados por hospital

NIVEL	HOSPITAL	% CASOS 2003	% PAGO POTENCIAL 2003	% CASOS 2004	% PAGO POTENCIAL 2004
I	Hospital Chapinero	17,10%	6,63%	21,70%	9,92%
	Hospital del Sur	1,62%	17,59%	21,33%	83,77%
	Hospital Nazareth	1,79%	0,57%	14,85%	0,46%
	Hospital Pablo VI Bosa ESE	0,33%	0,92%	39,43%	9,49%
	Hospital Rafael Uribe	0,98%	0,98%	16,79%	84,04%
	Hospital San Cristóbal	9,42%	3,66%	8,82%	7,14%
	Hospital Suba	0,01%	0,42%	15,51%	17,33%
	Hospital Usaquén	0,00%	0,00%	24,65%	6,03%
	Hospital Usme	16,73%	10,12%	19,59%	8,93%
	Hospital Vista Hermosa	0,08%	0,01%	11,52%	5,74%
II	Hospital Bosa	0,74%	2,04%	4,08%	0,76%
	Hospital Centro Oriente	3,52%	2,25%	13,59%	5,75%
	Hospital de Fontibón	1,17%	8,20%	0,85%	0,08%
	Hospital Engativá	0,02%	0,18%	12,76%	51,56%
	Hospital Meissen	2,95%	3,37%	14,06%	8,65%
	Hospital San Blas	0,78%	0,37%	1,01%	3,20%
	Hospital Tunjuelito	11,64%	1,49%	9,63%	0,96%
III	Hospital La Victoria	3,54%	1,14%	3,44%	8,42%
	Hospital Occidente de Kennedy	3,25%	7,34%	1,24%	2,34%
	Hospital Santa Clara	0,44%	0,06%	8,64%	2,70%
	Hospital Simón Bolívar	0,04%	0,72%	4,09%	8,47%
	Hospital Tunal	4,17%	27,96%	3,49%	22,66%

Tabla 12
Porcentaje de cambio absoluto de número de casos entre el año 2003 y 2004

NI- VEL	HOSPITAL	CASOS 2003	CASOS 2004	CAMBIO ABSO- LUTO (%)
I	Hospital Chapinero	37.455	53.760	43,53%
	Hospital del Sur	156.173	177.846	13,88%
	Hospital Nazareth	1.227	1.647	34,23%
	Hospital Pablo VI Bosa	73.077	47.313	35,26%
	Hospital Rafael Uribe	97.506	127.265	30,52%
	Hospital San Cristóbal	120.885	92.894	23,16%
	Hospital Suba	75.817	104.984	38,47%
	Hospital Usaquén	55.619	46.161	17,00%
	Hospital Usme	58.946	72.676	23,29%
	Hospital Vista Hermosa	96.877	95.149	1,78%
TOTAL I		773.582	819.695	5,96%
II	Hospital Bosa	16.188	34.463	112,89%
	Hospital Centro Oriente	39.039	74.482	90,79%
	Hospital de Fontibón	91.795	20.482	77,69%
	Hospital Engativá	233.292	217.691	6,69%
	Hospital Meissen	51.252	84.441	64,76%
	Hospital San Blas	65.630	63.492	3,26%
	Hospital Tunjuelito	81.663	49.607	39,25%
TOTAL II		578.859	544.658	5,91%
III	Hospital La Victoria	51.916	75.579	45,58%
	Hospital Occidente de Kennedy	38.892	67.958	74,74%
	Hospital Santa Clara	22.090	47.240	113,85%
	Hospital Simón Bolívar	53.454	101.204	89,33%
	Hospital Tunal	30.431	97.799	221,38%
TOTAL III		196.783	389.780	98,08%

Debido a que es un promedio, los cambios consecutivos de gran magnitud entre un(os) mes(es) generan porcentajes de cambio promedio muy grandes. Esos cambios de gran magnitud se pueden deber a los dos casos expuestos anteriormente y constituyen un problema para el análisis dado, puesto que evidencian una compilación de inconsistencias en la información. Es preocupante encontrar reportes mensuales que difieren en porcentajes muy superiores al 100%, con respecto al siguiente mes reportado, y este es un problema que debe ser analizado detalladamente para determinar su origen

real. Así como puede ser posible que la cantidad reportada sea la real, la magnitud de cambio sugiere la posible presencia de datos erróneos, debidos a información incompleta o a falta de control durante el proceso de recolección y consolidación de la información.

Ejemplos claros de homogeneidad de la cantidad de casos, sólo en algunos meses, con presencia de datos atípicos en otros, se hace evidente en el registro de consultas del año 2003 en el Hospital Usme y el Hospital Pablo VI Bosa, aunque esta situación se ve reducida en el siguiente año. Lo anterior, se encuentra igualmente en las consultas de 2003 de los hospitales Meissen y Centro Oriente, en las consultas de 2004 de los hospitales San Blas y Tunjuelito, y en los reportes correspondientes a los dos años, en los Hospitales Santa Clara y Simón Bolívar del nivel III.

Tabla 13
Porcentaje promedio de cambio absoluto intermensual 2003-2004

NI- VEL	INSTITUCIÓN	CONSULTAS		PROCEDIMIENTOS		HOSPITALIZA- CIÓN	
		2003	2004	2003	2004	2003	2004
I	Hospital Chapinero	1.488%	8%	50.065%	18%	63%	36%
	Hospital del Sur	1.093%	21%	42.937%	22%	33%	69%
	Hospital Nazareth	18%	48%	48%	34%	50%	326%
	Hospital Pablo VI Bosa	21.000%	4%	30.930%	2%	1.177%	22%
	Hospital Rafael Uribe	174%	17%	31%	11%	33%	22%
	Hospital San Cristóbal	221%	8%	56%	11%	28%	26%
	Hospital Suba	37%	15%	1315%	16%	24%	15%
	Hospital Usaquén	13%	8%	23%	16%	37%	26%
	Hospital Usme	156.848%	7%	595.484%	9%	30%	12%
	Hospital Vista Hermosa	15%	5%	14%	4%	9%	9%
II	Hospital Bosa	40%	8%	21%	8%	16%	7%
	Hospital Centro Oriente	180%	26%	3.867%	20%	3.252%	22%
	Hospital De Fontibón	34%	15%	44%	48%	2887%	2.082%
	Hospital Engativá	12%	33%	13%	30%	32%	37%
	Hospital Meissen	894%	9%	877%	5%	2.303%	6%
	Hospital San Blas	129%	16.011%	122%	262%	256%	4%
	Hospital Tunjuelito	17%	1294%	14%	730%	51%	7%

NI- VEL	INSTITUCIÓN	CONSULTAS		PROCEDIMIENTOS		HOSPITALIZA- CIÓN	
		2003	2004	2003	2004	2003	2004
III	Hospital La Victoria	30%	11%	166%	11%	440%	7%
	Hospital Occidente de Kennedy	33%	22%	13%	2.330%	6%	4%
	Hospital Santa Clara	313%	588%	115%	724%	1.127%	9%
	Hospital Simón Bolívar	136%	269%	73%	88%	144%	4%
	Hospital Tunal	289%	298%	93%	91%	3.613%	9%

Teniendo en cuenta los registros por mes y por año usados para estos análisis, en general, se encuentra menor grado de inconsistencias de registro en 2003, adicionalmente, la incertidumbre acerca de los registros de 2004, debido a la gran cantidad de *no asignados*. Teniendo en cuenta esto, se destacan, con menores problemas de calidad y consistencia en el número de casos resgistrados mensual y anualmente, los hospitales Vista Hermosa, Usaquén y Suba –en el primer nivel de complejidad–, el Hospital de Engativá –segundo nivel de complejidad– y los hospitaes Santa Clara y Simón Bolívar –en el tercer nivel.

Aunque existen condiciones que pueden influir en el número de casos reportados por hospital, se esperaría que estas diferencias no fueran exageradamente grandes al comparar hospitales de un mismo nivel de complejidad. Habiendo determinado por pivote, el promedio de casos reportados por los hospitales de un mismo nivel, se hace uso de una medida estadística para establecer el grado de diferencia de los casos reportados por hospital, con respecto al promedio del nivel al que pertenece.

En general, se obtuvieron desviaciones muy elevadas respecto al promedio de casos reportados por nivel, que se hacen más notorias en los pivotes de atención médica general (1), egreso hospitalario sin TAC (998) y atención médica especializada electiva (3), para todos los niveles de atención, durante el período 2003-2004. Igualmente, se encuentra alta variabilidad en los niveles I y II para el tratamiento odontológico terminado en operatoria (4), tratamiento odontológico terminado en endodoncia (6) y cirugía del grupo dos al seis (38).

Cuando se observan directamente los registros de casos, se encuentra que en 2003, la alta variabilidad del número de casos reportados por hospitales del nivel I por atención médica general se debe a que, mientras los del Sur y San Cristóbal reportan más de 100.000 casos, la mayoría de hospitales de este nivel no alcanzan a reportar más del 50% de éstos.

Un caso similar se presenta en el segundo nivel de complejidad, debido a que el Hospital de Engativá reporta cinco veces más lo reportado por hospitales como Bosa, San Blas y Centro Oriente. Esta variabilidad disminuye en el nivel III, en el cual el número de casos para este pivote no difieren en gran medida. Estos resultados hacen evidentes las diferencias existentes entre instituciones de un mismo nivel en términos de número de casos reportados por pivote en un mismo año, lo que invalida la hipótesis planteada.

Tabla 14

Desviación estándar del número de casos por hospital según pivotes 2003-2004

DESVIACIÓN ESTÁNDAR DE CASOS ENTRE HOSPITALES						
PIVOTE	NIVEL I		NIVEL II		NIVEL III	
	2003	2004	2003	2004	2003	2004
1	36.290,99	40.799,58	46.410,57	43.897,16	2.610,52	3.824,90

La información de seis instituciones consolidada en los reportes de actividades de los hospitales, se utilizó para establecer el equilibrio entre los casos reportados para efectos de RIPS y lo efectuado y cobrado finalmente. Luego de hacer una homologación de códigos, se determinó el número de casos de pivotes específicos, en cada caso y se estableció el cambio porcentual entre estos valores. En general, se encontraron diferencias considerables entre el número de casos reportados para efectos de cuentas de cobro y los realmente obtenidos por los RIPS disponibles.

La Tabla 15 muestra los registros correspondientes a los pivotes críticos en cada uno de los hospitales. Mientras para algunos pivotes, los casos reportados son superiores a los considerados para efectos de RIPS, se debe resaltar que hay otras situaciones en las que éstos son superiores al número de actividades finales que se cobraron. La mitad de cambios porcentuales calculados resultan negativos, lo cual indica que lo reportado para efectos de RIPS, es inferior a lo finalmente cobrado. En contraparte, también se encuentran casos en los cuales lo finalmente reportado y cobrado, es inferior a lo reportado para efectos de RIPS.

El nivel de eficiencia del sistema de clasificación fue medido mediante un indicador calculado como la relación entre el pago potencial esperado del grupo de *outliers* y el correspondiente al grupo medio. Estos grupos fueron establecidos por medio de cuartiles de gasto, de tal manera, que el segundo y tercero forman el cuartil medio y los restantes, forman el grupo de *outliers* (superiores o inferiores). Mediante este indicador se busca verificar si aproximadamente el 70% de los pagos se concentran en el cuartil medio, como se esperaría en un sistema de clasificación adecuado.

Entre los indicadores calculados y que están sujetos al anteriormente probado incumplimiento de las hipótesis, muy pocos son inferiores a la unidad. En el año 2003, esta condición se cumple adicionalmente para el pivote de atención médica general (nivel II), mientras en los demás pivotes críticos, se encuentran indicadores superiores a la unidad, que sugieren ineficiencia del sistema de clasificación para abordar la complejidad en la utilización de los servicios y en los modelos de atención endógenos a la clasificación.

Tabla 15

Comparación de casos por hospitales RIPS (2004) vs. reporte de los hospitales (2004)

HOSPITAL	PIVOTE	RIPS	REPORTE DE LOS HOSPITALES	CAMBIO (%)
Hospital Chapinero	1	43.439	8.325	57,8%
Hospital Usaquén	1	34.756	16.894	51,4%
	3	375	130	65,3%
	4	4.050	2.556	36,9%
	6	1.475	44	97,0%
	8	4	1.104	-27500,0%
	10	542	721	-33,0%
	36	21	421	-1904,8%
	998	235	1.151	-389,8%
Hospital Usaquén	1	79.592	51.396	35,4%
	3	1.832	2.172	-18,6%
Hospital Centro Oriente	1	53.202	42.241	20,60%
	3	11.022	7.582	31,20%
Hospital La Victoria	3	56.704	44.163	22,10%
Hospital Santa Clara	3	34.602	29.547	14,60%

Tabla 16

Indicador de especificidad de los pagos potenciales para los pivotes críticos. Año 2003

INDICADOR = PAGO POTENCIAL ESPERADO OUTLIERS / PAGO POTENCIAL ESPERADO MEDIOS							
		AÑO 2003			AÑO 2004		
PI-VO-TE	NIVEL	PAGO POTENCIAL ESPERADO MEDIOS	PAGO POTENCIAL ESPERADO OUTLIERS	INDI-CA-DOR	PAGO POTENCIAL ESPERADO MEDIOS	PAGO POTENCIAL ESPERADO OUTLIERS	INDI-CA-DOR
1	I	5.223.436.361	5.760.082.832	1,1	4.969.410.005	24.792.404.184	4,99
	II	3.928.404.359	2.133.399.976	0,54	3.704.859.574	6.410.993.562	1,73
	III	718.089.500	1.012.927.922	1,41	564.193.336	5.148.690.638	9,13

INDICADOR = PAGO POTENCIAL ESPERADO OUTLIERS / PAGO POTENCIAL ESPERADO MEDIOS							
PI-VO-TE	NIVEL	AÑO 2003			AÑO 2004		
		PAGO POTENCIAL ESPERADO MEDIOS	PAGO POTENCIAL ESPERADO OUTLIERS	INDICADOR	PAGO POTENCIAL ESPERADO MEDIOS	PAGO POTENCIAL ESPERADO OUTLIERS	INDICADOR
3	I	179.240.600	370.800.541	2,07	163.428.732	1.143.605.465	7
	II	2.582.681.824	4.974.391.617	1,93	2.716.850.547	7.647.191.969	2,81
	III	2.393.267.561	4.389.576.206	1,83	4.761.974.798	21.237.990.762	4,46

Tabla 17
Capacidad de capturar el gasto en los cuartiles intermedios

NIVEL	PIVOTE	QTOT	QMED	QMIN	QMAX	PMED	PMIN
II	1	312.421	232.087	45.125	35.209	16.926	10.576
I	1	623.903	361.229	98.949	163.725	14.460	10.029
III	1	44.320	30.557	2.977	10.766	23.500	13.441
II	3	153.869	123.462	67	3.0340	20.919	44.282
III	2	362	184	89	89	114.070	25.482
I	3	11.386	8.701		2.685	20.600	

NIVEL	PMAX	QMED * PMED	(QMAX * PMAX) + (QMIN * PMIN)	INDICADOR
II	47.037	3.928.304.562	2.133.367.733	0,54
I	29.120	5.223.371.340	5.760.031.521	1,10
III	90.369	718.089.500	1.012.926.511	1,41
II	163.857	2.582.701.578	4.974.388.274	1,93
III	433.177	20.988.880	40.820.651	1,94
I	138.101	179.240.600	370.801.185	2,07

DISCUSIÓN

En el desarrollo de la consultoría se planteó la necesidad de proponer tarifas de reconocimiento de la estrategia Atención Primaria en Salud (APS), cuya unidad de pago son los paquetes definidos para cada uno de los ciclos vitales. Al respecto, es necesario aclarar que en reuniones con el grupo técnico de la Secretaría, se buscó clarificar los contenidos de la estrategia

y, como consecuencia, se encontró que no hay consenso alrededor de cuáles son los contenidos, ya que si se mira desde los paquetes de los ciclos vitales, muchos de los contenidos están asociados a otras actividades que manejan otros mecanismos. Por ejemplo, las actividades de promoción y prevención se realizan en el marco de salud pública y éstas se reconocen por evento. Las acciones de recuperación de la salud se cruzan con las actividades intermedias que se reconocen en el marco del pago global fijo prospectivo por actividad final.

Si bien se realizó un ejercicio de valorizar los paquetes, se encontró que los resultados iniciales en algunos ciclos vitales excedían el valor anual de la Unidad de Pago por Capitación del Régimen Subsidiado (UPC-S). Éste resulta de la indefinición clara de contenidos y de la no disponibilidad de información suficiente y confiable que permita definir una nota técnica de los diferentes paquetes de la estrategia, por lo que no es posible, a la hora de establecer una tarifa alrededor de estos paquetes, determinar la probabilidad de uso y gasto. En este sentido, se recomienda realizar un trabajo interno en la secretaría para definir cuáles son las actividades de los paquetes y unificarlas con la estrategia de promoción y prevención del área de salud pública y de recuperación de la salud del área de atención al vinculado, con el fin de desarrollar una intervención integrada que pueda contar con los datos necesarios para su cálculo de valor.

Dentro del análisis del pago global fijo prospectivo por actividad final, se encontró que muchas de las actividades específicas son eventos. Dentro del análisis de ejecución presupuestal se evidenció que estas actividades no generan un riesgo financiero alto, porque los volúmenes son bajos.

A pesar de que se denomina un pago global prospectivo, la Secretaría Distrital de Salud integra bajo esa denominación diferentes mecanismos de pago: el *pago por evento* que se identifica cuando una actividad final está compuesta por un único evento y el *presupuesto global fijo* cuando se evidencia que hay techos presupuestales para cada institución hospitalaria. En este sentido, no puede establecerse una comparación entre diferentes mecanismos que no esté sesgada. Sin embargo, el estudio presentó análisis comparativo entre pago global fijo prospectivo, pago por evento y grupo relacionado de diagnóstico en el informe *Evaluación formas de pago de los servicios de salud para población pobre no cubierta en Bogotá con subsidios a la demanda: informe final*.

No es posible establecer una comparación con otros mecanismos por limitaciones de los datos. Por otro lado, las grandes variaciones existentes entre los datos y el bajo número de casos de eventos hospitalarios de las instituciones hospitalarias, no permiten hacer análisis comparativos confiables de mecanismos de pago, como el día cama. Es necesario aclarar que no existe un mecanismo de pago mejor que otro, sino que su utilidad depende de los factores del contexto y los objetivos buscados.

Finalmente, los ajustes para el mejoramiento de la forma de pago a mediano y largo plazo, requieren de la implementación del sistema de seguimiento y monitoreo de los contratos. Ésta debe ser realizada por un grupo interno de la Secretaría Distrital de Salud que se dedique exclusivamente y pueda construir un *know how* del mecanismo.

CONCLUSIONES

El actual sistema de pago del Fondo Financiero Distrital requiere unos ajustes que permitan un mejor manejo del riesgo financiero y la búsqueda de conciliación de los objetivos de política entre la Secretaría Distrital de Salud y los hospitales que prestan los servicios a la población pobre no cubierta con subsidios a demanda. Antes de pensar en migrar a otro sistema, se hace necesario entender que cada uno de los mecanismos genera diferentes incentivos que se busca controlar a través del sistema de monitoreo y evaluación.

La experiencia con el manejo del pgf, debe dejar como enseñanza la importancia de contar con unos rips de calidad, que permitan la toma de decisiones con respecto al ajuste de los contenidos y los valores a reconocer por la transacción. El *pago global fijo prospectivo por actividad final*, es un mecanismo que debería continuar siendo el utilizado para el reconocimiento de los servicios prestados a la población pobre no cubierta con subsidios a demanda.

Sin embargo, lo anterior no es recomendable para mecanismos más complejos en la administración, solamente cuando cuente con un equipo técnico estructurado que pueda hacer un seguimiento y monitoreo de los mecánicos. Por último, antes de implementar un nuevo mecanismo, es necesario revisar la factibilidad técnica de la Secretaría y de los hospitales para el desarrollo de éste.

Finalmente, se hace necesario ligar los registros individuales de prestaciones de servicios de salud, con el reconocimiento económico de las actividades finales. Esto permitiría que el registro pase a ser el mecanismo por el cual se establezca el número de unidades a ser reconocidas por parte del Fondo Financiero Distrital de Salud, lo que debería incorporarse al sistema de monitoreo, seguimiento y evolución, que a su vez, debe incluir los procesos de auditoría que realiza la Secretaría Distrital de Salud.

REFERENCIAS

1. Alvarez, B; Pellise, L; Lobo, F. Sistemas de Pago a Prestadores de Servicios de Salud en Países de América Latina y de la OCDE. *Revista Panamericana de Salud Pública* 8 (1/2): 55-70, 2000.
2. Arrow, K. Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care. *American Economic Review* 53(5): 941-973, 1963.
3. Buglioli, M; Ortun, B. Sistemas de Ajuste por Riesgo. *Revista Médica del Uruguay* 16(2): 123-132, 2000.
4. CA, M. Sistemas de Pago en Sanidad: Incentivo de coste de Calidad. En: *Incentivos y contratos en los servicios de salud*, Ibern P, Barcelona: Springer-Verlag Ibérica, pp.64-82, 1999.
5. Casas, M; Barrachina, J. La Financiación de los Hospitales: Un Elemento Clave de la Política Hospitalaria. En: *Foro de Europa y las Américas sobre Reforma del Sector Salud*, Málaga, España 24-27 de febrero, 2002.

6. Chalkley, M; Malcomson, JM. Contratos en el National Health Service. En: *Incentivos y contratos en los servicios de salud*, Ibern P, Barcelona: Springer-Verlag Ibérica, pp.49-62, 1999.
7. Coase, R. The Nature of the Firm. *Economica*, New Series 4(16): 386-405, 1937.
8. Casalmiglia, X. En defensa del Estado de bienestar contra sus entusiastas. *Análisis Económico de la Sanidad*, López G. Ed., Barcelona, pp.49-60, 1994.
9. Dranove, D. Demand inducement and the physician/patient relationship. *Economy Inquiry*, April, 26(2): 281-298, 1988.
10. Ellis, R; McGuire, T. Optimal payment systems for health services. *Journal of Health Economics* 9(4): 375-396, 1990.
11. Ellis, R; McGuire, T. *Provider under prospective reimbursement*. *Journal of Health Economics* 5(2): 129-151, 1986.
12. Ellis, R; McGuire, T. *Insurance principles and the design of prospective payment systems*. *Journal of Health Economics* 7(3): 215-237, 1980.
13. Fowles, JB. et al. Taking health status into account when setting capitation rates, a comparison of risk-adjustment methods. *Journal of the American Medical Association (JAMA)* 276(16), 1996.
14. Grossman, M. On the Concept of Health Capital and Demand for Health. *Journal of Political Economy* 80(2): 223-255, 1972.
15. Grossman, M. *The Demand for Health: A theoretical and empirical investigation*. National Bureau of Economic Research (NBER), New York, 1972.
16. Grossman, M. The Human Capital Model. Hand-book of Health Economics, Vol. I, Edited By A. J. Culyer and N.P. Newhouse. Elsevier Science, Amsterdam, 2000.
17. Hsia, D; Ahern, C. Good quality care increases hospital profits under prospective payment. *Health Care Financing Review* 13(3): 17-26, 1992.
18. Izquierdo, JM. Información asimétrica multidimensional y sistemas de financiación hospitalaria. Universidad de Salamanca, Departamento de economía e Historia Económica, Seminario de Investigación, Working Papers, 2004.
19. Laffont, JJ; Tirole, J. *A Theory of Incentives in Procurement and Regulation*, pp.1-50, 1993.
20. Fama, E. *Agency Problems and the Theory of the Firm*. *The Journal of Political Economy* 88(2): 288-307, 1980.
21. Maceiras, D. Mecanismos de pago a prestadores en sistemas de salud: incentivos, resultados e impacto organizacional en países en desarrollo. Estudios Mayores de Investigaciones Aplicadas 2, Documento de trabajo 2. Abt Associates, Partnerships for Health Reform (PHR), 1998.
22. Macho, I. Incentivos en los servicios sanitarios. En: *Incentivos y contratos en los servicios de salud*, Ibern P, Barcelona: Springer-Verlag Ibérica, pp.19-47, 1999.
23. Malcomson, J. Chalkley, M. Contracts for the National Health Service. *The Economic Journal* 106 (439): 1691-1701, 1996.
24. Marangunic, A. Mecanismos de pago PAD-PPP: Aspectos conceptuales. *Serie Documentos de Trabajo CPU*, Documento de trabajo No.09, 1995.

25. Ministerio de Salud de Colombia. Programa de Apoyo a la reforma. *Mecanismos de pago/contratación régimen contributivo dentro del marco de seguridad social en Colombia*, 1996.
26. Mitcheli, R; Agle, B; Wood, D. Toward a Theory of Stakeholder Identification and Salience: Defining the Principle of Who and What Really Counts. *Academy of Management Review* 22(4):853-886, 1997.
27. New House, J. Toward a Theory of Nonprofit Institutions: An Economic Model of a hospital. *American Economic Review* 60(1): 64-74, 1970.
28. North, D. Institutions. *The Journal of Economic Perspectives* 5(1): 97-112, 1991.
29. Pauly, MV; Redesh, M. The Not-For-Profit Hospital as a Physicians Cooperative. *American Economic Review* 63(1): 87-99, 1973.
30. Rice, E, T. The Economics of Health Reconsidered. *Health Administration Press Review* 53(5): 941-973, Chicago, 1998.
31. Sappington, D. Incentives in Principal-Agent Relationships. *The Journal of Economic Perspectives* 5(2): 45-66, 1991.
32. Spulber, D. *Regulation and Markets*. The Mit Press, Cambridge, 1989.
33. Stiglitz, JE. *La economía en el sector público*. Antoni Bosch Editor, pp. 231. Panel A, Página 235. Tercera Edición, 2000.
34. Telyukov, A. *Guía para la capitación prospectiva con ejemplos de América Latina*. Abt Associates, Partnerships for Health Reform (PHR), 2001.
35. Telyukov, A. *El pago prospectivo por caso hospitalario en América Latina: una guía metodológica*. Abt Associates, Partnership for Health Reform (PHR), 2001.
36. Torsten, P. Economic Policy and Especial Interest Politics. *The Economic Journal* 108(447): 130-327, 1998.
37. Williamson, O. *The Mechanisms of Governance*. Oxford University Press, Oxford, 1989.
38. Williamson, O. Transaction Cost Economics: The Governance of Contractual Relations. *Journal of Law and Economics* 22(4): 853-886, 1979.
39. Williamson, O. The Economics of Organization: The Transaction Cost Approach. *The American Journal of Sociology* 87(3): 548-577, 1981.
40. Williamson, O. The Institutions of Governance. *The American Economic Review* 88(2). Papers and Proceedings of the Hundred and Tenth Annual Meeting of the American Economic Association, 1998.
41. Wouters, A. et al. Alternative Provider Payment Methods: *Incentives for Improving Health Care Delivery*. Abt Associates, Partnership for Health Reform (PHR), 1999.

