



# **Esquema de Incentivos Recíprocos por Resultados en Salud**

**Carlos Enrique Mendoza Buitrago**

Universidad EAN  
Facultad de Administración Finanzas y Ciencias Económicas  
Gestión en Salud – Programa MBA salud  
Bogotá  
2019 - 2020

**Esquema de Incentivos Recíprocos por Resultados en Salud**

*Un enfoque práctico, simple y sistémico para superar las barreras entre los actores del  
Sistema de Salud en Colombia.*

***AUTOR***

Carlos Enrique Mendoza Buitrago

***DOCENTE***

Dr. Fabián Gerardo Díaz Garzón

**Universidad EAN**

Facultad de Administración Finanzas y Ciencias Económicas

Gestión en Salud – Programa MBA salud

Bogotá

2019 - 2020

**Nota de aceptación**

---

---

---

---

---

---

Firma del jurado

---

Firma del jurado

---

Firma del director del trabajo de grado

Bogotá D.C. Día - mes – año

**La estructura sigue a la estrategia.**  
*Prof. Alfred Chandler*

## Listado de Abreviaturas

ACHC	Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas
ADRES	Administradora de Recursos del Sistema General de Seguridad Social
ARL	Aseguradora de Riesgos Laborales
EAPB	Empresa Administradora de Planes de Beneficios
EPS	Empresa Promotora de Salud
EPSS	Empresa Promotora de Salud del Régimen Subsidiado
ET	Ente Territorial
GDR	Grupo Relacionado de Diagnóstico
IPC	Índice de Precios al Consumidor
IPS	Institución Prestadora de Servicios de Salud
ISO	Infección de Sitio Operatorio
ISS	Instituto de Seguros Sociales
NHS	National Health System (Reino Unido)
PBS	Plan de Beneficios En Salud
PIB	Producto Interno Bruto
POS	Plan Obligatorio de Salud
REPS	Registro Especial de Prestadores de Salud
SISPRO	Sistema Integral de Información de la Protección Social
SGGS	Sistema General de Seguridad Social en Salud
SOAT	Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito
SOGCS	Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud
TES	Títulos de deuda pública del Gobierno Nacional de Colombia
UPC	Unidad de Pago por Capitación
UVR	Unidad de Valor Real

## Tabla de Contenido

PRESENTACIÓN .....	7
1. MARCO TEÓRICO .....	9
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	22
2.1. Objetivo General .....	22
2.2. Objetivos específicos .....	22
2.3. Pregunta de investigación .....	23
2.4. Justificación.....	23
3. MARCO METODOLÓGICO .....	27
3.1. Diseño metodológico .....	27
3.1.1. Activación del calculo del Incentivo.....	29
3.1.2. Planteamiento de la Estimación del incentivo.....	33
3.2. Investigación aplicada a la resolución de problemas locales.....	38
3.2.1. Escenarios de prueba.....	39
4. RESULTADOS DE LAS ESTIMACIONES.....	42
4.1. Estimación inicial del marco de indicadores de referencia.....	42
4.2. Análisis de los Servicios Trazadores .....	44
4.3. Limitaciones del cálculo .....	47
4.4. Metodología de la Teoría Fundada e impactos adicionales generados.....	51
4.5. Metodología de transferencia de conocimientos y transferencia de Tecnologías...	55
5. PROPUESTA DE SOLUCIÓN .....	58
6. CONCLUSIONES .....	62
7. BIBLIOGRAFÍA.....	66
8. Anexo – Artículo.....	71

## Índice de tablas

Tabla 1. Indicadores de gestión propuestos .....	31
Tabla 2. Propuesta de metodología de cálculo del incentivo .....	33
Tabla 3. Valor del porcentaje de ajuste de acuerdo con el estatus de acreditación.....	36
Tabla 4. Ficha técnica Institucional .....	40
Tabla 5. Referentes iniciales propuestos como cuadro de indicadores (disparador) .....	42
Tabla 6. Origen de datos de indicadores de referencia .....	43
Tabla 7. Simulación del cálculo del Incentivo - Grupo quirúrgico .....	44
Tabla 8. Capacidad Instalada Hospitalización Instituto Roosevelt .....	45
Tabla 9. Simulación del cálculo del Incentivo - Grupo de servicios hospitalarios .....	46
Tabla 10. Registro de prestadores a nivel nacional (corte marzo 2020 REPS).....	48
Tabla 11. Análisis de compensación de la pérdida de competitividad de las tarifas .....	54

## PRESENTACIÓN

Persiste en Colombia una asimetría entre aquello que los prestadores de servicios de salud y los pagadores<sup>1</sup> del sistema piensan que debe ser la operación y un modelo de atención eficiente sobre las poblaciones de usuarios que componen al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), teniendo en cuenta que los dos persiguen el mismo objetivo: “atender de la mejor manera posible al usuario para que su estado de salud sea tan bueno que no deba recurrir a los servicios de manera permanente” (adaptación programa de mejoría de la Calidad. OPS 2003). Si se analiza desde la óptica de los procesos, es claro que el riesgo financiero debe ser compartido, esto porque los beneficios impactarán de manera positiva a las dos partes, por un lado, el reconocimiento financiero a la eficiencia (*demostrable*) en la prestación de servicios de salud, por el otro lado existirá una efectiva reducción de la siniestralidad como única alternativa para la sostenibilidad, continuidad y fortalecimiento financiero de los pagadores del sistema (*complementando con acciones reales a que estos se puedan concentrar territorialmente y exista un menor número de ellos en el mercado con un mayor número de afiliados*). Entonces, ¿Qué ha pasado para que la relación entre prestadores y pagadores del sistema se haya desarticulado generando a su vez sobrecostos y desorganización de los procesos poniendo en riesgo su sostenibilidad?

---

<sup>1</sup> *Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) del Régimen Contributivo, Régimen Subsidiado Regímenes especiales, entes territoriales, compañías y pólizas de seguros privados, pólizas prepagadas y planes complementarios, Empresas, Aseguradoras de Riesgos Laborales, y pólizas generales de seguros.*

A través de este estudio de Investigación se explicará de una manera pragmática qué ha originado esta situación (*haciendo énfasis en la dinámica del reconocimiento financiero por la prestación de servicios*) y se propondrá una solución simple y de carácter técnico buscando contribuir al cierre de las brechas entre estos dos nodos fundamentales del sector salud en Colombia.

## 1. MARCO TEÓRICO

El proyecto “*Esquema de Incentivos Recíprocos por Resultados en Salud*”, se enmarca en un esfuerzo de investigación que busca aportar evidencias y contribuir a la búsqueda de la explicación de las causas del desequilibrio financiero que persiste en la relación entre pagadores y prestadores del sistema de salud en Colombia, del mismo modo, busca plantear la factibilidad en la creación de un esquema sostenible y generalizado de incentivos para las Instituciones que prestan servicios de salud y sus pagadores naturales, las EAPB especialmente y aquellas que apuestan por la calidad, la eficiencia y la búsqueda de desenlaces clínicos favorables para sus usuarios. Si se observa objetivamente ésta podría ser una vía inmediata (*aunque no la única*) para la disminución de los altos niveles de siniestralidad en el sistema.

En desarrollo de un marco teórico claro, puntual y comprensible acerca del avance en la construcción de mecanismos de incentivos por resultados en salud se define realizar una revisión de las experiencias nacionales y su avance en Colombia, así como un acercamiento al sistema de salud de del Reino Unido (NHS<sup>2</sup>), siendo este reconocido a nivel internacional y sectorial (*salud*) por sus importantes avances en el esquema de incentivos, sus resultados en salud y una consecuente proporcionalidad del reconocimiento financiero.

Inicialmente es importante introducirnos en las experiencias nacionales y rescatar los argumentos de (Bardey, 2017) donde hace un análisis coherente del sistema de salud

---

<sup>2</sup> *National Health Service – NHS (Servicio Nacional de Salud del reino Unido)*

colombiano, luego, a través de estos postulados se formulan tres propuestas, de las cuales, la primera y segunda constituyen un gran aporte para el planteamiento del trabajo de investigación, menciona que:

*“El sistema de salud colombiano tiene sus defensores y sus detractores. En efecto, tienen razón en el Ministerio de Salud y Protección Social cuando dicen que el sistema de salud colombiano ofrece mucho a sus usuarios, pero al mismo tiempo, los detractores del sistema de salud tienen algunas críticas válidas. La realidad cotidiana que muchos usuarios del sistema de salud enfrentan en Colombia, se parece más a una experiencia sacada de un libro de Kafka que a otra cosa. (...) Si estas dos visiones opuestas son ambas ciertas, la primera conclusión que podemos formular es que seguramente la mejor solución no es cambiar todo del sistema de salud, porque en este caso tomaríamos el riesgo de perder los avances obtenidos en estas últimas décadas posteriores a la Ley 100. La segunda conclusión radica en que es importante entender muy bien las fallas de mercado como de la regulación del sistema actual, porque si bien el sistema de salud parece muy funcional y adecuado en el papel, la realidad es otra.*

El desarrollo posterior de las ideas seleccionadas por Bardey se concentra en primer lugar en analizar Incentivos enfocados hacia la calidad, como lo explica a continuación:

*“El sistema de salud colombiano está organizado bajo la premisa de una competencia regulada, donde las EPS no compiten en precios/primas, sino que - supuestamente-, compiten en calidad para atraer afiliados y reciben por cada afiliado*

*unidades de pago por capitación (UPC). Es obviamente un sistema deseable que nos evita entre otros la discriminación de los riesgos de los usuarios por parte de las EPS (uno paga en función de su salario y no de su riesgo) y, además permite una progresividad del sistema; sin embargo, el problema de la premisa detrás de la organización del sistema de salud es que la competencia en calidad es efectiva. Si no lo es, y seguramente es lo que explica que los detractores tengan un pedazo de la razón, entonces las EPS saben que pueden ofrecer una calidad regular a sus afiliados, sin correr el riesgo de disminuir su participación de mercado, y por ende de que sus resultados económicos se vean afectados.*

Por otra parte, y buscando avanzar en la contextualización teórica se hace necesario abordar el tema relacionado al pago por desempeño en el sistema de salud en Colombia, en este caso (Gorbanev, Cortes, Torres y Yepes, 2017) refieren:

*“El pago por desempeño es un sinónimo del objetivo que se busca. El incentivo que planteo para las IPS es económico, En el presente escrito se expone una experiencia análoga, puesto que es con las aseguradoras, pero, en éste puedo captar reacción de los actores y reporte de resultados. El trabajo reporta los resultados del estudio sobre el uso del Pago por Desempeño (Pay for Performance, o P4P, Conceptualmente, P4P es un incentivo monetario, el incentivo se define como un factor que motiva la persona a preferir cierto curso de acción a otros) en la cadena de salud colombiana. El Pago por desempeño despierta cierto entusiasmo porque teóricamente*

*permite alinear el esfuerzo del Proveedor con los objetivos de la Aseguradora y lograr el alto desempeño de la cadena de salud.*

Si se abarca en consecuencia el método por el cual el incentivo debe ser materializado y vuelto una realidad se puede rescatar en este mismo sentido el aporte de (Gorbanev, Cortes, Torres y Yepes, 2017)

*“En estas condiciones la técnica administrativa mencionada necesita una mayor definición. Por ahora es una etiqueta común que agrupa diferentes esquemas de incentivos monetarios. Se diferencian entre sí en cuanto a los indicadores de desempeño, criterios de calidad, tipo y magnitud de pago, fórmulas que determinan el pago, la naturaleza de transacciones en que se usan. No hay acuerdo en cuanto al efecto que ejerce el Pago por desempeño. (...). La literatura colombiana no reporta trabajos sobre el Pago por desempeño en salud. Es sorprendente porque en Colombia funciona un mercado regulado de servicios de salud que funciona con base en los incentivos.”*

También se presentan posiciones desde la teoría donde se manifiesta que aún no es concluyente la evidencia para asegurar que los incentivos generen mejores resultados en salud, Mathes Et Al (2019) mencionan que luego de realizar una observación y búsqueda de información en donde incluyeron 27 estudios (20 CBA, 7 ITS) en seis programas P4P diferentes pueden concluir que:

*“ No está claro si P4P, en comparación con los pagos basados en capitación sin P4P para hospitales, tiene un impacto en los resultados del paciente, la calidad de la atención, la equidad o el uso de recursos, ya que la certeza de la evidencia fue muy baja (o no encontramos estudios sobre el resultado) para todos los programas P4P”*

De acuerdo con la disponibilidad de información en Colombia se ha dado un mayor avance en el concepto y desarrollo de modelos de “pago por desempeño” partiendo de su definición y alcance, esto se puede evidenciar haciendo referencia a lo plasmado por (Ovalle y Riaño, 2017):

*“Define conductas, elementos o formas con las cuales se deberán realizar las acciones o actividades contratadas tanto en procedimientos como en elementos mínimos para el pago. Se requieren el poder del compromiso, el poder del conocimiento, el poder del NO, el Poder del riesgo, el poder del equipo y el poder del tiempo. De las estrategias de negociación analizadas por los autores he elegido la de Ganar-ganar. Es la negociación donde se consigue la mejor solución.*

El incentivo al desempeño adquiere diversas formas para su aplicación, una de ellas (*siendo de las más relevantes*) es el incentivo financiero a los resultados, al respecto es importante mencionar el análisis del contexto de su aplicación, esta vez sugeridos por (Mannion y Davies, 2008):

*“El tamaño de la recompensa financiera proporcionada por un esquema de pago por desempeño es quizás el factor clave que motiva los cambios en el comportamiento.*

*Si la recompensa es pequeña, el efecto puede ser insignificante. Por el contrario, los grandes incentivos pueden conducir a cambios importantes, potencialmente impredecibles. A medida que aumentan las recompensas, también aumenta el riesgo de consecuencias adversas. Las respuestas también pueden verse influenciadas si los pagos por desempeño son una ganancia o una pérdida potenciales. Por ejemplo los esquemas actuales de atención primaria en Nueva Zelanda ponen en riesgo solo un pequeño porcentaje de los pagos totales, mientras que el marco de calidad y resultados del Reino Unido teóricamente pone en riesgo hasta una cuarta parte de los ingresos de la práctica”.*

Siendo más rigurosos en la profundización del concepto de pago por desempeño, es importante visualizar que estos modelos (*en la literatura y algunos en la práctica real*) han incluido en el plan de pagos o incentivo a los profesionales de la salud, al respecto, el Consejo Internacional de Enfermeras, la federación Internacional de Hospitales, la Federación Farmacéutica Internacional, la Confederación Mundial para la Fisioterapia, la Federación Mundial de Odontología y la Asociación Médica Mundial a través de la Organización Mundial de la Salud publicaron el documento Guía: Incentivos para profesionales de la salud (2008), donde al respecto se menciona:

*“La creciente brecha entre la oferta de profesionales de la salud y la demanda de servicios son un problema crítico que enfrentan los gobiernos, gerentes y profesionales buscando mejorar la salud internacional y el desarrollo. Hay una serie de Factores complejos e interrelacionados que contribuyen a la actual escasez de mano de obra, a*

*nivel mundial, incluidos los sistemas de salud con pocos recursos, condiciones de trabajo insatisfactorias y gestión inadecuada de recursos humanos. Los incentivos, tanto financieros como no financieros, proporcionan una herramienta que los gobiernos y otros organismos empleadores pueden desarrollar para mantener una fuerza laboral de salud con las habilidades y experiencia para brindar la atención requerida. Esto exige no solo voluntad política y trabajo duro sino un reconocimiento por parte de todos los interesados por el compromiso, las habilidades y beneficios para la salud proporcionados por los profesionales de la salud en todo el mundo”.*

En cuanto al contexto internacional y habiendo mencionado al sistema de salud del Reino Unido como una buena aproximación a un avance verificable de un esquema de incentivos compartido y concertado entre los pagadores y prestadores del sistema (Cornejo, Vargas y Vázquez, 2008) mencionan que:

*“El sistema de salud del Reino Unido (NHS), a cargo del 83% de la población de todo el territorio, es de cobertura universal y financiado con impuestos. El departamento de salud, su ente gubernamental responsable está organizado geográficamente y con funciones desconcentradas en 10 autoridades estratégicas de salud (SHA). Los proveedores de atención primaria son médicos de familia (GPs) agrupados en practices. La atención secundaria y terciaria las proveen prestadores públicos autónomos – Trust hospitalarios, Foundation Trusts- y también el sector privado”.*

En la misma orientación los autores (Cornejo, Vargas y Vázquez, 2008) aclaran los conceptos acerca del mecanismo de pago en el sistema de salud del Reino Unido mencionando que:

*“La Función de compra recae principalmente en 152 Primary Care Trust (PCTs) entes con forma jurídica propia – Fundaciones-, cuyo órgano de gobierno lo designa directamente el NHS. Los PCTs reciben del DS una cápita para proveer el continuo de servicio a una población definida geográficamente (en promedio 170.000 habitantes) ya sea proveyendo directamente o comprando a otros proveedores. Las SHAs diseñan estrategias de provisión de servicios, compran el nivel terciario cuando no es asumido por los PCTs y evalúan los resultados de todos los proveedores del NHS que trabajan en la región, excepto las Foundation Trusts”.*

Respecto a los mecanismos de distribución de los recursos asignados a las PCTs los autores (Cornejo, Vargas y Vázquez, 2008) mencionan que:

*“Los PCTs pagan a los proveedores de acuerdo con contratos negociados entre ambos con base en tarifas establecidas por el departamento de salud (Tarifa nacional) a fin de asegurar que los proveedores compitan en calidad más que en precio. Por su parte el pago para los practices – GPs agrupados- se basa en una remuneración capiativa (ingresos medios garantizados) combinada con un pago por desempeño (P4P), esto*

*puede traducirse en una versión actualizada del esquema fundholding<sup>3</sup>, que transfiere la responsabilidad parcial o total para cubrir servicios agudos, comunitarios y de urgencia, permitiéndoles retener excedentes para reinvertirlos en nuevos servicios. El objetivo es recompensar la eficiencia, calidad, equidad, capacidad de elección del paciente y reducción de tiempo de espera. Actualmente el 85% de los practices operan bajo contratos PBC”.*

Si se analizan los anteriores postulados se puede concluir que ese sistema de administración es el que da vida a los modelos como el Pago Global Prospectivo (PGP) que se posicionan cada día más en la contratación de servicios de salud en Colombia y que siempre cuentan con un incentivo financiero (*a favor o en contra*) implícito ligado a la eficiencia en la administración de una población de usuarios.

Una de las referenciaciones teóricas más relevantes para el enfoque del avance en Colombia (*respecto a estos conceptos generales*) se materializa en el mismo texto donde los autores mencionan:

*“El Pago por Desempeño o P4P contempla fondos adicionales para financiar un sistema de incentivos que recompensa a los Practices y a los GPs, por objetivos de calidad, y que implica aumentar hasta en 25% sus ingresos. Se asignan puntos traducidos en valor monetario, según el logro de 146 indicadores de calidad para*

---

<sup>3</sup> *Fundholding (en el Reino Unido) un antiguo sistema de financiación estatal para médicos generales, en el que se asignó a un médico de cabecera un presupuesto con el que podían comprar una gama limitada de servicios hospitalarios.*

*cuatro áreas: i) clínica (respecto al cuidado de 11 enfermedades crónicas), ii) organización de los servicios (revisión anual de reclamos y sugerencias), iii) experiencia de los pacientes (estudios de opinión) y iv) servicios adicionales (cuidados prenatales, cribados). Los GPs pueden excluir justificadamente algunos pacientes en indicadores específicos de su evaluación de desempeño (exception report), lo que representa un incentivo para que el proveedor incremente sus ingresos mediante la exclusión inadecuada de pacientes por quienes no lograrían los objetivos”*

Ahora bien, buscando aproximaciones a la delimitación en la proporción o tamaño del incentivo respecto a los volúmenes de la prestación es interesante rescatar lo mencionado por Cashin et al. (2018):

*“El tamaño apropiado del incentivo o penalización es un tema de mucho debate y la experiencia en investigación e implementación proporciona pocas respuestas. El tamaño del incentivo es importante para crear un estímulo significativo por el cual los proveedores creen que vale la pena responder, pero sin distorsionar el comportamiento del proveedor y llevando a consecuencias no deseadas. El monto del bono o penalidad, si es "significativo" para un proveedor, estará fuertemente influenciado por su subyacente ingresos y márgenes. En los Estados Unidos, por ejemplo, los hospitales operan con bajos márgenes, típicamente menos del 10% por ciento, por lo que la bonificación / penalización relativamente pequeña, por ejemplo del 1% al 2% del pago de Medicare en el programa HQID de Estados Unidos, esto es bajo en términos absolutos, pero es significativo para los hospitales. Los programas P4P revisados para este volumen*

*proporcionan relativamente pocas recompensas como parte del ingreso total del proveedor, generalmente menos del 5% por ciento. Las excepciones son el sistema del Reino Unido, en el que aproximadamente el incentivo se acerca al 25%”.*

Al consolidar una revisión teórica buscando avanzar hacia una propuesta metodológica coherente es importante tener en cuenta un tema fundamental para dimensionar el ámbito de acción, éste es el de incentivos perversos, estos se presentan principalmente en sistemas de salud más desarrollados, pero es común a la observación entre países, como punto de comparación en el contexto europeo y americano, (Ortún, 2013) expone:

*“Una de las similitudes de los sistemas sanitarios de los países desarrollados es la abundancia de incentivos perversos en el sentido de que no conducen a la preocupación por la eficiencia en ninguno de los actores del sistema sanitario. Aplicabilidad a los sistemas sanitarios públicos de los supuestos fundamentales de la teoría de la burocracia de Niskanen. Inviabilidad generalmente, admitida, no obstante, la alternativa organizativa radical que supondría una medicina basada en la maximización de los beneficios. Más de un gerente ha consolidado su prestigio en Europa, consiguiendo aumentos en el número de visitas y en el número de días estancia, por la vía de empeorar la ratio de visitas consecutivas/primer visita y alargar la estancia media, respectivamente”.*

A su vez (Guerrero, Prada y Lambard, 2013) se refieren a los incentivos perversos en el sistema de salud colombiano mencionando:

*“Al interior del sistema, es decir, en las transacciones entre los diferentes actores se identifican múltiples fallas e incentivos perversos. En la relación Adres-EPS identificamos el recobro de lo no POS como el incentivo más perverso. En la relación EPS-Prestadores se identifican incentivos perversos asociados a monopolios/monopsonios de parte de prestadores e incentivos perversos según modalidades de contratación por parte de las EPS. En la relación industria farmacéutica-SGSSS encontramos un enorme problema de falta de información. La literatura internacional identifica serios problemas de incentivos en la industria farmacéutica, entre ellos: sesgos de publicación, problemas de replicabilidad de estudios, prácticas de sobornos”.*

También es muy importante el aporte realizado por (Martínez, 2013) acercando el análisis del surgimiento de los incentivos perversos a las directrices regulatorias por parte del Ministerio de Salud en Colombia, al respecto menciona:

*“El incentivo perverso hacia la negación o postergación de servicios en el pago por capitación, en este el arreglo institucional por el cual el Estado colombiano ha pretendido (con cierto facilismo) delegar la organización y prestación de los servicios de salud a particulares –(...). Estas instituciones tendrían el incentivo de controlar el gasto del Sistema, en función de lograr mayor utilidad del contrato de aseguramiento y agenciamiento de los servicios de salud. Según el propio Ministerio de Salud*

*(Ministerio de Salud, 2013), dicho arreglo institucional se ha traducido en múltiples barreras de acceso a los servicios de salud.*

La revisión teórica desde diferentes enfoques (*reconociendo la particularidad del sistema de salud nacional*) así como la exploración de los alcances de una metodología con un campo de aplicación real, rescatan la existencia de modelos probados con éxito, generalmente se basan en una relación de valor mutua entre los actores del sistema con el objetivo de garantizar mejor atención y cobertura a las poblaciones de usuarios y procurar sostenibilidad en el largo plazo.

Es inevitable acercarse a una connotación financiera del incentivo, dada la necesidad de orientar la sostenibilidad y el mejoramiento continuo mediante el cumplimiento de estándares de atención cada vez más exigentes que se basan en la evidencia y suponen una racionalización y eficiencia en el uso de los recursos. Así mismo, la metodología y la forma de cálculo de incentivos por resultados se verán expuestos a fenómenos propios de los sistemas de compensación como la naturaleza perversa de algunos de ellos y la realidad de constituirse en un área de estudio en construcción teórica con un corto avance de su aplicación en sistemas de salud en maduración como en el caso colombiano, sin embargo, a través de la revisión se puede evidenciar que las propuestas metodológicas se complementan de manera efectiva con modelos que visualizan y analizan los resultados a nivel cuantitativo, (*indicadores, estándares y líneas base entre otros*).

## **2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

### **2.1. Objetivo General**

Proponer un esquema de incentivos recíprocos por resultados en salud a partir de la aplicación de una metodología de cálculo que contribuya a superar las brechas entre los actores fundamentales del sector y mejore el perfil competitivo de las instituciones de cara a la responsabilidad con los usuarios en la actualidad.

### **2.2. Objetivos específicos**

- Analizar la situación actual, el avance y los aportes desde la teoría y la práctica respecto a los esquemas de compensación mediante la revisión de experiencias del pago por desempeño e incentivos en la administración y prestación de servicios de salud a nivel nacional e internacional buscando orientar la metodología a un escenario de aplicabilidad sectorial.
  
- Definir y establecer la metodología de cálculo y de aplicación de un esquema de incentivos de liquidación periódica (trimestral) con carácter técnico que contemple y reconozca el efecto de la calidad sobre los resultados de la atención asistencial asimilando la complejidad del sistema de salud en Colombia.
  
- Exponer y argumentar la conveniencia de la introducción de un esquema de incentivos por resultados en salud como un factor clave y replicable para reforzar la competitividad de las instituciones del sector salud en Colombia y el avance hacia estándares internacionales de atención.

### 2.3. Pregunta de investigación

¿Puede un esquema de incentivos recíprocos impactar de manera positiva aspectos como la equidad, la competitividad y mejores resultados de atención en las instituciones y organizaciones del sector salud en Colombia?

### 2.4. Justificación

El estado colombiano destina cada año un estimado de \$32 billones de pesos (*USD 8.000 Millones aprox<sup>4</sup>.*) para el gasto en salud, esto representa un promedio del 3.01% del PIB nacional según se estimó para el año 2019 (Banco de la Republica, 2019), con estos recursos se debe garantizar el acceso a la salud de cerca de 49 millones de ciudadanos con un nivel de aseguramiento del 94% (RUIAF SISPRO, 2020). Al mismo tiempo, el Sistema General de Seguridad Social en Salud afronta una de sus más duras crisis en 28 años de existencia, esta vez originada en la imposibilidad de financiarse, provocando un desbalance económico entre el aseguramiento (*pagadores*) y la prestación (*Instituciones prestadoras de servicios de salud*). Los problemas fundamentales actuales para que se presente esta situación se originan en varios factores, entre los más relevantes se encuentra la situación de la cartera (*deuda*) de las cuentas de salud que según cifras de la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas para el 2019 ascienden a unos \$11.2 Billones de pesos (*USD 2.800 Millones aprox, sin deterioro*), otro factor relevante es que actualmente un 52% de la población, es decir, más de 22 millones de personas

---

<sup>4</sup> TRM aplicada 4.000 usd/cop

se encuentran afiliadas al Régimen Subsidiado cuando el sistema fue diseñado para que solo un máximo del 30% de la población lo recibiera. Ahora, es determinante y proporcional adicionar a estos hechos un tercer y nuevo escenario: si bien la calidad ha aumentado en el contexto del sistema, el reconocimiento a este factor (*determinante en un resultado de salud superior y una efectiva reducción de la siniestralidad*) no ha sido un tema prioritario en la agenda sectorial, se vuelve entonces necesario (*y determinante*) establecer un esquema de incentivos que motive mejores resultados en salud en relación con un reconocimiento financiero compartido que conserve la competitividad de las instituciones promoviendo una verdadera integración entre estos dos actores fundamentales, por supuesto, con el objetivo de contribuir a la sostenibilidad del sistema y por consecuente el logro de una mejor condición de salud de la población. No se conduce hacia un aumento de las tarifas en salud, sino a la construcción de un esquema de compensación que retribuya de manera técnica los ahorros generados por la eficiencia en la provisión de servicios. En términos generales, el esquema de incentivos recíprocos contempla proponer una metodología de estimación financiera razonable y estandarizada sobre la retribución de dichos ahorros con el objetivo de impulsar la calidad mediante el reconocimiento financiero a los prestadores con resultados superiores, (*destino de reinversión y fortalecimiento del capital de trabajo*) y así mismo, una esperada disminución de la tasa de siniestralidad para el pagador (*EAPB/EPS*) al propiciar la gestión del riesgo en salud y por consecuencia, un mayor impacto en la gestión de riesgo financiero, no obstante, se esperaría que el mayor ahorro generado por este tipo de intervenciones será percibido en mayor proporción dentro de este mismo grupo.

El alcance de la metodología y la propuesta del incentivo recíproco no se plantea como un valor de reconocimiento por el desarrollo de la labor inherente a los prestadores de servicios de salud y su esquema misional, (*lograr el bienestar mediante el tratamiento, curación o paliación de la enfermedad*), este se orienta a lograr la sostenibilidad y avance en el desarrollo continuo de las plataformas de calidad que los prestadores implementan.

La operación actual del sector salud en Colombia permite que se generen ahorros y eficiencias para el sistema por las intervenciones que tienen un desenlace positivo y superior respecto a los promedios de atención establecidos a través de estándares operacionales (*internacionales y nacionales*), en este sentido el esquema de incentivos propone que el ahorro no se concentre o se asigne únicamente al segmento asegurador/pagador (EPS, EPSS), sino que se transfiera de manera proporcional y técnica al segmento de la prestación (IPS) buscando su sostenibilidad. Adicionalmente, es importante mencionar que actualmente no se reconoce el factor de la calidad (*expresado a través del desenlace o el ahorro generado*) a través de los manuales tarifarios aplicables comúnmente a la contratación (ISS 2001, ISS 2004 o SOAT), lo cual puede materializarse como una barrera para el avance de las plataformas de calidad y resultado asistencial.

Una realidad que se hace presente a través del cálculo y obtención del incentivo es cómo este recurso agregado puede transferirse a la cadena de valor del servicio, más específicamente lograr el reconocimiento del talento humano en salud, siendo esta una proporción mayoritaria del esfuerzo inherente a la consecución de resultados superiores, dada la naturaleza de la metodología propuesta estos valores reconocidos se aplican de manera integral a la cobertura del costo y el desarrollo del objeto social de los receptores (prestadores de servicios), esta amplitud

sugiere que adicionalmente a contribuir en el mejoramiento de las condiciones de remuneración para el personal médico-asistencial (*de manera proporcional del desempeño y obtención de resultados*) su impacto podrá reflejarse en los rubros de formación y desarrollo del personal, lo cual es necesario y muchas veces fundamental para el fortalecimiento de las plataformas de calidad y la aplicación de estándares progresivos (*nacionales o internacionales*). Será responsabilidad de los prestadores ligar al incentivo una política de aplicación que reconozca dicho esfuerzo y oriente la obtención de resultados. No obstante, a través de los acuerdos contractuales suscritos con los partícipes en el segmento de pagadores y aseguradores podrán ser incluidas las nociones de la aplicación específica de los rubros del incentivo buscando garantizar la preservación de valor.

También es importante mencionar que aún existen brechas significativas entre el crecimiento de los costos de operación (*IPC, insumos, cumplimiento normativo, salarios*) y el crecimiento de las tarifas en salud, situación que limita la competitividad y muchas veces imposibilita la inversión. El incentivo entonces podrá actuar como un factor de compensación de iniciativa privada y pública, incluso llegando a mejorar las condiciones de acceso a servicios de la población en zonas dispersas y con marcadas diferencias en disponibilidad de recursos.

### 3. MARCO METODOLÓGICO

El desarrollo de un esquema de incentivos que mantenga una característica de reciprocidad entre dos actores fundamentales del sector como los son la Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (*EAPB*) y los prestadores de servicios de salud (*categorizados<sup>5</sup> a través del Registro Especial de prestadores - REPS*) debe estar basado en un esquema de retribución que reconozca el efecto de la calidad y el desenlace clínico favorable del usuario como un “*disparador*” del cálculo de un reconocimiento financiero replicable entre las diferentes instituciones y los diferentes grupos de servicios analizados (*Quirúrgico, Hospitalización, Consulta externa, Apoyo diagnóstico, Apoyo terapéutico, Telemedicina y Servicios Domiciliarios*). Este cálculo debe obedecer a los factores de resultado y cumplimiento de objetivos de gestión asistencial sobre las poblaciones atendidas a través de los contratos de salud.

#### 3.1. Diseño metodológico

El diseño metodológico de la propuesta busca responder a la necesidad del reconocimiento e impulso al mejoramiento continuo de los procesos asistenciales (*clínicos y administrativos*) de cara al usuario, se orienta a trascender de un modelo de reconocimiento y reporte de indicadores de gestión hacia un esquema sostenible y complementario de compensación financiera periódica que garantice la consolidación y avance de las plataformas de prestación bajo condiciones de calidad, se llega a esta propuesta reconociendo el valor potencial que existe en la relación entre prestadores y pagadores del sistema cuando el ahorro originado en la eficiencia se distribuye equitativa y técnicamente entre los agentes del sistema.

Para calcular el incentivo se propone una idea simple que busca relacionar variables para el reconocimiento resultados en salud, ésta se resume en la estimación del ahorro generado por intervenciones en salud con desenlaces clínicos superiores y positivos auditados y a este factor aplicarle una tasa equivalente a un porcentaje de beneficio neto generado por su gestión si se hubiera materializado la atención (*haber estado en el promedio*). A través de esta metodología se reconoce una proporción equitativa para el prestador de servicios (IPS) y se incentiva la búsqueda de resultados superiores en salud mediante estándares de calidad más exigentes promoviendo el aumento de la eficiencia en los procesos de prestación y de administración.

También se propone adicionar al cálculo una prima de ajuste porcentual por el estatus y avances respecto a las certificaciones de calidad y/o acreditación voluntaria que mantenga el prestador; actualmente en Colombia según la Organización Internacional para la Normalización (ISO) existen más de 4.700 empresas e instituciones certificadas con la norma ISO 9001 (*versión 2015 y anteriores*), así mismo, en el sector salud existen un total de 47 IPS acreditadas voluntariamente en calidad de la atención en salud y que son certificadas por el Icontec (*Corte mayo 2020 según reporte de la página de afiliados ICONTEC Colombia*), estas entidades pueden mantener dos posibles estatus frente a dicho registro: i) Institución acreditada ó ii) Institución acreditada con excelencia, lo cual varía en función del puntaje obtenido en la última visita de verificación desplegada por el grupo auditor del ente certificador, actualmente, con este reconocimiento existen un total de 4 IPS a nivel nacional, esta acreditación se mantiene con una vigencia anual basada en la fecha de publicación y entrega del informe de visita.

Esta prima de ajuste busca contribuir a la iniciativa de acreditación voluntaria promovida por el Ministerio de Salud, actualmente el esquema de acreditación en salud se rige por la Resolución 5095 de 2018 (y *anteriores*). Esta prima será presentada como una adición porcentual del incentivo obtenido para cada periodo evaluado.

### **3.1.1. Activación del calculo del Incentivo**

Avanzando en el cálculo y análisis es importante reconocer que para lograr a un modelo objetivo de medición del incentivo es necesario iniciar por el reconocimiento y consenso de los indicadores clave que pueden medir la eficiencia y la mejora práctica a nivel asistencial (*resultado clínico*) para los grupos de servicio, por definición se ha determinado un grupo de indicadores asistenciales que engloba de manera aceptada los resultados de gestión (*al combinar los diferentes factores de la producción de servicios y el resultado de la atención para tal fin*).

Los indicadores propuestos, (*de manera inicial*) se introducen con el objetivo de reflejar el proceso y el resultado de las atenciones en salud para cada uno de los grupos de servicios analizados para aplicación del incentivo, su condición general es que reúnen características que permiten reflejar en mayor proporción la eficiencia y el resultado global de la atención analizada en un contexto de calidad, así mismo, son indicadores de común aplicación en instituciones ya sea porque estén contenidos en reportes normativos a los entes de control (*circulares súper salud, secretarías de salud, Resolución 1446 de 2006 - anexo técnico - Ministerio de Salud, etc*) o inmersos en las normas técnicas de calidad y sistemas de información para certificación o acreditación. Otra condición para su elección es que permitan la medición financiera del impacto, tasada en función del consumo adicional de servicios por la no calidad, esto ocurre al calcular la diferencia del indicador estimado para la línea base frente al resultado obtenido, esta

diferencia deberá poder expresarse como un grupo de servicios con una tarifa asociada, por ejemplo, los días de estancia ahorrados podrán cuantificarse al multiplicar el resultado de dicho valor por la tarifa pactada en el contrato por concepto de “día estancia cama hospitalaria”, obteniendo así una cifra financiera. Dentro de los grupos de servicio, estos indicadores son comúnmente relacionados en los manuales para la aplicación de nuevos modelos de contratación promovidos por las aseguradoras, como es el caso de los pagos globales prospectivos y más recientemente la estructuración de micro redes con pago fijo. Las definiciones de los indicadores adoptados se han extractado de los manuales técnicos de calidad. Se presenta a continuación la relación de indicadores seleccionados y propuestos para determinar la pertinencia en el análisis del cálculo del incentivo:

Tabla 1. Indicadores de gestión propuestos

Segmento asistencial	Indicadores propuestos para activar el cálculo del incentivo	Tipo de Indicador		Definición
<i>Quirúrgicos</i>	Infección en sitio operatorio (ISO)	Proceso	Porcentaje	Una infección del sitio operatorio es una infección que ocurre después de la cirugía en la parte del cuerpo donde se realizó la operación, esto pone en riesgo la vida del paciente y en promedio implica 10 días adicionales de estancia hospitalaria, es la infección que se desarrolla dentro de los 30 primeros días después del acto quirúrgico.
	Reingresos quirúrgicos	Resultado	Porcentaje	Porcentaje de pacientes que reingresan a la atención médica por un evento adverso relacionado a su tiempo de cirugía o momento operatorio.
<i>Hospitalización</i>	Giro cama	Proceso	Vr absoluto	Número de pacientes que en promedio utilizan una cama en un periodo de tiempo.
	Promedio de estancia hospitalaria	Resultado	Días	Número total de días que permanece alojado cada uno de los pacientes que egresa durante un periodo. Es la sumatoria de los días que cada paciente estuvo hospitalizado desde el momento del ingreso hasta su egreso sin importar que durante la permanencia haya cambios del periodo (mes año) o traslado al interior de la institución (cambio de cama o servicio)
<i>Consulta externa</i>	Tasa de evento adverso en consulta externa	Proceso	Porcentaje	Lesiones o complicaciones involuntarias que son causadas con mayor probabilidad por la atención en salud, que por la enfermedad subyacente del paciente, y que conducen a la muerte, la inhabilidad a la hora del alta, incremento en el consumo de servicios o a la hospitalización prolongada.
	Frecuencia de Uso	Resultado	Vr absoluto	Cantidad de servicios de salud de un mismo tipo o grupo diagnóstico que un usuario utiliza en un periodo de un (1) año.
<i>Apoyo diagnóstico</i>	Correlación clínico - diagnóstica	Estándar	Porcentaje	Estimación de grado de correlación entre los diagnósticos emitidos por el Médico Tratante y el Médico de apoyos diagnósticos en el evento de una misma atención asistencial.
	Frecuencia de Uso	Resultado	Vr absoluto	Cantidad de servicios de salud de un mismo tipo o grupo diagnóstico que un usuario utiliza en un periodo de un (1) año.
<i>Apoyo terapéutico</i>	Adherencia al tratamiento	Estándar	Porcentaje	Grado de cumplimiento tratamiento prescrito al usuario de servicios de salud.
	Frecuencia de Uso	Resultado	Vr absoluto	Cantidad de servicios de salud de un mismo tipo o grupo diagnóstico que un usuario utiliza en un periodo de un (1) año.
<i>Telemedicina</i>	Continuidad del sistema	Estándar	Porcentaje	Porcentaje en el cual el sistema de telemedicina se encuentra disponible a través de cualquier canal
	Frecuencia de Uso	Resultado	Vr absoluto	Cantidad de servicios de salud de un mismo tipo o grupo diagnóstico que un usuario utiliza en un periodo de un (1) año.
<i>Servicios domiciliarios</i>	Tasa de infección asociado al cuidado de la salud en atención domiciliaria	Proceso	Porcentaje	Expresión porcentual de la proporción de pacientes con registro de infección en la atención domiciliaria frente al total de pacientes atendidos en un periodo de tiempo
	Promedio de estancia programa domiciliario	Resultado	Días	Promedio de días en que la población de usuarios fue atendida mediante el programa domiciliario para un evento en salud contratado

Fuente: Elaboración propia y definiciones Normativas de indicadores Icontec, Biblioteca Nacional de Indicadores de calidad de la atención en salud. Observatorio Minsalud 2011, López Tagle y otros. Infección de la herida quirúrgica. Aspectos epidemiológicos y otros. 2007. Caballero A, y otros Frecuencia de reingresos hospitalarios y factores asociados en afiliados a una administradora de servicios de salud en Colombia 2016, Informe Cifras Acemi 2013 y 2017, Rodríguez, Carlos E. Guía de medición de la calidad en la acreditación en salud <http://www.acreditacionensalud.org.co/Adm/ArchivosBoletines/77/Revista%20Normas%20y%20Calidad%20100.pdf>, Ministerio de salud, publicación Herramientas para la seguridad del Paciente. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/1/Herramientas%20para%20la%20Seguridad%20del%20Paciente.pdf>

Con el objetivo de establecer un parámetro de comparación para el mejoramiento de los resultados en salud y que éste sea un ítem cuantificable para la obtención del incentivo, se establecerá una línea base de medición concertada entre el prestador y el asegurador respecto a la oferta de servicios dentro del contrato de salud, así para cada segmento en particular existirá una medición de inicio, (*resultado del indicador al momento de implementar el esquema de incentivos*) y una medición de avance periódica propuesta trimestralmente (*90 días siendo coherentes con el período de cartera estipulado para pago de las cuentas en salud a través de la ley 1122 del 2007, ley 1438 de 2011, ley 1797 de 2013 y la ley 1608 de 2013*), el valor financiero que resulte del cálculo del incentivo para dicho período será adicionado en la facturación radicada y aceptada pudiendo éste existir o no de acuerdo al resultado de los indicadores. El incentivo podrá usar como base de evaluación los referentes nacionales e internacionales propuestos en la referenciación o una proporción y/o actualización de estos de acuerdo con el estado actual en el momento de inicio de la medición y un acuerdo entre las partes.

Su valor económico corresponderá a un mayor valor facturado de acuerdo con la fórmula establecida de cálculo y certificada por el asegurador mediante un formato estandarizado anexo a las facturas.

El valor del incentivo se pagará con el grupo de cuentas de acuerdo con el vencimiento pactado contractualmente entre las partes sin que para esto exista una regla general, las instituciones cuentan con prácticas de contratación adquiridas que pasan por las alianzas estratégicas, los contratos capitados (*PGP, CDP, etc*), los contratos por eventos, los contratos por paquetes y los contratos por control de costos a través de GRD'S entre otros. Para el caso de la modalidad de pagos globales la metodología permitiría instruir al cálculo el valor del incentivo

cuando los disparadores así lo permitan y podría homologarse a una figura de “Pago Global Por Incentivo” aplicable a las relaciones contractuales y de servicios con las EPS.

### 3.1.2. Planteamiento de la Estimación del incentivo

El incentivo será variable en función del volumen de atención de la institución (*por ende, su volumen de facturación a las tarifas pactadas*), los resultados asistenciales del periodo y la adición de una prima por el estatus de las certificaciones voluntarias de calidad que haya obtenido el prestador. Los factores del cálculo se proporcionan entre sí factores de ajuste y corrección teniendo en cuenta que el valor económico del ahorro puede depender de estándares cada vez más exigentes con la posibilidad de acercarlos a la referenciación internacional, factores de corrección del valor porcentual respecto al estado de la economía nacional, (*al introducir una tasa libre de riesgo de evaluación a nivel local*) y una demostrable condición de mejoramiento progresivo de la calidad para acceder al incentivo. Es importante mencionar que la metodología se plantea proyectiva, sugiere acciones coordinadas para el futuro de la contratación dentro del sistema con la posibilidad de una implementación gradual y revisiones periódicas. La propuesta metodológica de cálculo periódico se presenta a continuación:

**Tabla 2. Propuesta de metodología de cálculo del incentivo**

$IRS(n) = VEA \times (TBN + TACC)$
<p><i>Donde:</i>  <i>IRS = Incentivo recíproco por resultado en salud (trimestre n)</i>  <i>VEA = Valor económico del ahorro de la intervención</i>  <i>TBN = tasa de beneficio neto excedente</i>  <i>TACC = Tasa de Ajuste por certificación de calidad</i></p>

*Fuente: Elaboración propia 2020*

**Donde:**

**Valor Económico del ahorro de la intervención:** es el resultado económico en pesos colombianos (*u homologado a USD*) obtenido de la multiplicación de la diferencia del resultado del Índice de eficiencia y el indicador de mercado base propuesto y el valor económico estándar de las atenciones de acuerdo con el manual tarifario en uso (*tarifas propias, Iss, Soat, etc*).

**Tasa de beneficio neto excedente:** tasa de retorno sobre la prestación de servicios homologada a una tasa interna de oportunidad o costo de oportunidad generalmente aceptada para la evaluación de proyectos a nivel local, de acuerdo con la revisión de las limitaciones en la metodología se determinó el uso de la tasa de colocación no competitiva de TES en pesos colombianos publicada por el Banco de la República con plazo a 8 años de referencia. En el punto 3.4 “Limitaciones del cálculo” se hace un análisis argumentativo de la selección de esta tasa como referente para la propuesta de estimación del incentivo. Se puede mencionar que su introducción al modelo de cálculo aporta la posibilidad de estandarizar la tasa de retorno ante la amplitud y diversidad en los tipos de prestadores, las ofertas de servicios y la complejidad (*nivel*) de la atención, así mismo, permite introducir al modelo un factor de corrección ajuste de acuerdo con el estado actual de la economía nacional. Igualmente, a través de esta tasa se reconoce la naturaleza de los recursos del sistema de salud, la cual de acuerdo con la reglamentación vigente no puede exponerse a riesgos de mercado.

**Tasa de Ajuste por certificación de calidad:** buscando contribuir al fortalecimiento de la calidad en la atención en salud, se propone introducir al cálculo una prima adicional porcentual como reconocimiento a la inversión y creación de plataformas que se traduzcan en

mejores prácticas orientadas al usuario y mejores resultados en el proceso clínico y de atención. Se propone activar esta prima ante tres (3) escenarios posibles: i) existencia de una certificación de gestión de calidad en procesos Norma ISO 9001, ii) acreditación en salud y iii) acreditación en salud con grado de excelencia.

- **Norma ISO 9001:** según la Organización Internacional de Normalización (ISO) esta norma internacional *“especifica los requisitos para un sistema de gestión de la calidad cuando una organización necesita demostrar su capacidad para proporcionar regularmente productos y servicios que satisfagan los requisitos del cliente/usuario y los legales y reglamentarios aplicables y aspira a aumentar la satisfacción del cliente a través de la aplicación eficaz del sistema, incluidos los procesos para la mejora del sistema y el aseguramiento de la conformidad con los requisitos del cliente y los legales y reglamentarios aplicables. Todos los requisitos de esta Norma Internacional son genéricos y se pretende que sean aplicables a todas las organizaciones, sin importar su tipo o tamaño, o los productos y servicios suministrados. Generalmente la adopción de esta norma técnica a nivel de los prestadores de salud precede al trabajo en fortalecimiento de calidad y proceso, así como a la acreditación en salud.*
  
- **Acreditación en salud:** Según el Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación ICONTEC 2019 *“El objetivo del Sistema Único de Acreditación, además de incentivar el manejo de las buenas prácticas, es afianzar la competitividad de las organizaciones de salud y proporcionar información clara a los usuarios, de manera que puedan tomar decisiones basadas en los resultados de la Acreditación y decidir*

libremente si deben permanecer o trasladarse a otras entidades del sistema que también estén acreditadas”. Aquellas Instituciones del sector que optan por acreditarse mantienen un estatus en dos tipos de estado: i) Instituciones acreditadas e i) Instituciones acreditadas con excelencia, este estatus se basa en el resultado de la última visita de verificación y la escala de medición destinada por el ente certificador para tal fin.

La propuesta incluye una prima adicional de incentivo equivalente según la relación presentada en la siguiente tabla:

**Tabla 3. Valor del porcentaje de ajuste de acuerdo con el estatus de acreditación**

Ítem de calculo	¿Valor porcentaje de ajuste – Cuenta con?
Porcentaje (%) de ajuste por certificación ISO 9001 (o certificaciones homologas) respecto a la calidad en procesos	0.25%
Porcentaje (%) de ajuste por acreditación voluntaria	0.50%
Porcentaje (%) de ajuste por acreditación voluntaria con excelencia	0.75%

Fuente: Elaboración propia 2020

Los porcentajes propuestos como prima de ajuste se plantean con base en un sistema binario bajo la condición de que los prestadores estén o no certificados y/o acreditados (*se asigna si cuenta con alguno de los estatus si no lo tiene su valor es 0%*) y se aplicará de manera progresiva pero no acumulada dentro del cálculo del incentivo, también, se quiere lograr con esta variable introducir un factor de compensación por la inversión realizada en los esquemas de calidad buscando que más instituciones adopten guías y procedimientos bajo estandarización de

normas, esto podrá impactar de manera directa la eficiencia en los procesos de prestación y aseguramiento. Los valores de la escala se podrán homologar a otro tipo de certificaciones como Joint Commission<sup>6</sup>, Carf<sup>7</sup>, Planetree<sup>8</sup>, Galardones o similares de acuerdo con la proporcionalidad de avance del esquema nacional propuesto. De acuerdo con el Estado de Resultados (PyG) sectorial obtenido de la base de datos EMIS Benchmark In, on and for Emergin Markets con el consolidado sectorial del grupo hospitales y clínicas con corte al 31 de diciembre de 2018, estas Instituciones invierten hasta un 1.7% anual respecto a sus ventas en actividades y medidas orientadas al aseguramiento de la calidad (*Registrado como un Gasto Administrativo amortizable*). Haciendo un reconocimiento de que la cuenta contable no se compone únicamente de estas inversiones en calidad y que no es posible desagregarla a nivel sectorial (*dado que no se cuenta con registros públicos a ese detalle*) se limita la asignación de la prima a un máximo de 50% del registro contable promedio y su respectiva asignación partiendo de 0.25% hasta 0.75% (*respecto al 1.7% de la cuenta principal con un margen ante variaciones*), esto para cada caso aplicable al avance en plataformas de calidad.

**Periodicidad:** teniendo en cuenta la necesidad de registrar y analizar tendencias y datos de servicios, se propone una periodicidad de la evaluación del incentivo equivalente a 90 días, esto sugiere que el mantenimiento o pérdida de éste se dará en dichos periodos de tiempo y podrán existir hasta cuatro (4) evaluaciones conjuntas al año para determinar el avance de los

---

<sup>6</sup> La Joint Commission es hoy en día la organización con más experiencia en acreditación sanitaria de todo el mundo. Lleva más de 50 años dedicada a la mejora de la calidad y la seguridad de las organizaciones sanitarias y sociosanitarias. En la actualidad acredita cerca de 20.000 organizaciones a nivel mundial.

<sup>7</sup> CARF (siglas en inglés de Comisión para la Acreditación de Instituciones de Rehabilitación) es una organización independiente sin fines de lucro que acredita a diversos tipos de servicios de salud y sociales especializados ([www.carf.org](http://www.carf.org))

<sup>8</sup> Planetree es pionero en desarrollar programas de atención médica centrada en los pacientes y sus familias. Cuando una clínica u hospital se afilia a Planetree, expertos calificados generan un proceso estructurado que ajusta y modifica la experiencia del cuidado y curación de los pacientes. (<http://planetreeamericatina.org/que-hacemos/>)

indicadores trazadores propuestos entre las partes, éstas podrán pactar el trimestre del año en el cual inicia la evaluación recomendándose que siempre sea al primero (1T/1Q), facilitando la comparación y la organización de las estadísticas de medición frente al sector.

**Formalización:** el acuerdo de incentivos será parte integral del contrato de prestación de servicios suscrito entre el prestador y el asegurador/pagador del sistema, también podrá ser establecido con empresas participantes de carácter público manteniendo la integralidad y reglamentación para tal fin, en éste se informará la metodología acordada para su cálculo, refrendación o reconocimiento.

Es así como para cada periodo se calculará y reconocerá un incentivo a cada nodo interviniente en el proceso de atención integral de salud de usuarios del sistema al reconocer una mayor fracción del ahorro al aseguramiento mediante la efectiva reducción de costos en la atención y la otra fracción de carácter proporcional técnico a los prestadores a modo de incentivo.

### **3.2. Investigación aplicada a la resolución de problemas locales**

Los esfuerzos realizados en el contexto de la academia y la investigación requieren escenarios de práctica que contribuyan a la solución de problemas reales que idealmente sean considerados de importancia para el mejoramiento y la sostenibilidad a nivel local como base de la construcción de sistemas más fuertes y con un mayor alcance. Es igualmente importante que el cálculo del incentivo sea puesto a prueba acorde a las realidades del Sistema de Salud en Colombia ya que allí es donde se propone su despliegue, así mismo, la aplicación al contexto

local real brinda la posibilidad de observar el desempeño y coherencia de las variables propuestas.

### 3.2.1. Escenarios de prueba

La investigación aplicada en el contexto local parte de la evaluación histórica del comportamiento de los resultados de servicios trazadores seleccionados y evaluados en un intervalo de tiempo respecto al impacto de la implementación de mejores prácticas a nivel clínico y administrativo mediante esquemas de aseguramiento de la calidad (*certificaciones técnicas nacionales e internacionales, acreditación, programas de mejoramiento internos, galardones*) y el impacto generado en los indicadores clave de proceso y resultado (*como los detallados en el punto 3.1.1.*), para tal fin se ha seleccionado como contexto local para la simulación del cálculo del incentivo y sus particularidades el servicio de cirugía de columna y el servicio de hospitalización general del Instituto Roosevelt, Hospital Universitario acreditado con excelencia con (3) tres sedes asistenciales, dos (2) en la ciudad de Bogotá DC -localidad de Santafé (*Principal hospitalaria*) y localidad de Barrios unidos (*ambulatoria*)- y una (1) en el Municipio de Soacha Cundinamarca (*ambulatoria*). Este es un hospital con 72 años de experiencia en el segmento social y asistencial de salud en Colombia. Este hospital cuenta con un proceso formal de calidad y un subproceso de gestión de la información clínica, así como la implementación de la metodología de Grupos Relacionados de Diagnóstico (*GRD 'S'*<sup>9</sup>) desde el año 2006 a través del

---

<sup>9</sup> *GRD es un sistema de clasificación de pacientes que agrupa episodios de un Centro en función a sus características clínicas y consumo de recursos. Son Grupos clínica y económicamente homogéneos y coherentes, es decir, cada uno de ellos está compuesto de un conjunto de altas que poseen características (diagnósticos, procedimientos, edad, sexo, etc..) que los hacen similares clínicamente y desde el punto de vista económico homologables. Agrupa el producto hospitalario de modo que permite su comprensión y análisis, facilitando la toma de decisiones tanto en el área Médico como Administrativa.*

sistema informático global ALCOR LATAM de 3M, según la compañía se define como “solución de analítica del case-mix hospitalario, cuyo objetivo es facilitar la toma de decisiones basada en información objetiva y comparable. Permite calcular, evaluar y comparar indicadores de casuística de la actividad asistencial ajustada a riesgo, basados en el sistema de agrupación de pacientes IR-GRD. Alcor Latam GRD permite el análisis, benchmarking y evolución de la casuística general de la atención especializada, de la eficiencia en los procesos hospitalarios, de los días de estancia evitables, la gravedad y el riesgo de mortalidad del paciente”. Esto permite conocer el comportamiento de los indicadores de eficiencia clave y su comportamiento en los periodos evaluados, para este caso, se define una temporalidad de evaluación de cuatro (4) años (2016-2019). Este ejercicio busca ejemplificar y cuantificar de manera económica el ahorro generado respecto al gasto en salud con base en el promedio tarifario de los servicios trazadores y los resultados obtenidos de las atenciones. Es importante mencionar que este ejercicio retrospectivo solo tiene como fin ejemplificar el modelo de cálculo y la obtención y análisis de resultados.

Se presenta a continuación las principales características de la Institución objeto de evaluación para la experiencia local:

**Tabla 4. Ficha técnica Institucional**

<b>Razón Social</b>	Instituto Roosevelt
<b>Nit</b>	860.013.874-7
<b>Ubicación</b>	Sede principal: Cra 4 este No. 17 – 50 Bogotá DC Sede Propace: Cra 54 No. 65 – 85 Bogotá DC Sede Soacha Ciudad Verde: Cll 38 No. 30 – 60 Soacha
<b>Registro de prestación</b>	1100108258-01

<b>Sedes habilitadas</b>	3
<b>Capacidad Instalada</b>	Camas pediátricas: 89 Camas adultos: 8 Camas cuidado Intermedio Neonatal: 8 Cama cuidado Intensivo Neonatal: 4 Camas cuidado intermedio pediátrico: 6 Camas cuidado Intensivo pediátrico: 10 Cama cuidado Intermedio Adulto: 7 Camas cuidado básico neonatal: 12 Quirófanos: 5 Consultorios: 73
<b>Total de empleados</b>	960
<b>Total profesionales de la salud especialistas</b>	150
<b>Facturación anual promedio</b>	76.000 millones de pesos ( <i>USD 19 Mill</i> ) año

Fuente: Instituto Roosevelt 2020 <https://www.instituto-roosevelt.com/> y REPS mayo 2020

Teniendo en cuenta la importancia estratégica y la participación sobre los ingresos operacionales las estimaciones y análisis se realizarán sobre los servicios de cirugía de columna y hospitalización general pisos.

## 4. RESULTADOS DE LAS ESTIMACIONES

### 4.1. Estimación inicial del marco de indicadores de referencia

Con el objetivo de homologar la medición propuesta en un ítem cuantificable se ha realizado una observación de los indicadores de eficiencia propuestos para el cálculo en diferentes sistemas de salud a nivel mundial mediante los promedios obtenidos para cada segmento asistencial, de esta manera, además de contribuir a la construcción de una metodología de cálculo simple y replicable se contribuye al impulso de la estandarización de la operación nacional hacia las mejores prácticas Internacionales. Este resultado puede actuar como un “disparador” para el cálculo del incentivo.

**Tabla 5. Referentes iniciales propuestos como cuadro de indicadores (disparador)**

Segmento asistencial	Indicadores propuestos para activar el calculo del incentivo	Tipo de Indicador		SGSSS COLOMBIA	NHS	MEDICARE	SNS ESPAÑA	FONASA E ISAPRES CHILE	ESTANDAR PROPUESTO	OBSERVACIONES SENSIBILIDAD
<i>Quirúrgicos</i>	Infección en sitio operatorio (ISO)	Proceso	Porcentaje	4,00%	0,89%	1,90%	5,80%	1,80%	<b>2,88%</b>	Media
	Reingresos quirúrgicos	Resultado	Porcentaje	12,75%	4,70%	11,40%	1,00%	SD	<b>7,46%</b>	Media
<i>Hospitalización</i>	Giro cama	Proceso	Vr absoluto	69,40	90,20	61,00	38,19	34,70	<b>58,70</b>	Media
	Promedio de estancia hospitalaria	Resultado	Dias	6,90	5,90	5,50	7,80	4,50	<b>6,12</b>	Media
<i>Consulta externa</i>	Tasa de evento adverso en consulta externa	Proceso	Porcentaje	3,00%	1,20%	3,80%	11,18%	SD	<b>4,80%</b>	Media
	Frecuencia de Uso	Resultado	Vr absoluto	1,90	4,98	2,69	4,96	2,33	<b>1,90</b>	Mejor dato
<i>Apoyo diagnóstico</i>	Correlación clínico - diagnóstica	Estándar	Porcentaje (estándar)	90,00%	90,00%	90,00%	90,00%	90,00%	<b>90%</b>	Media
	Frecuencia de Uso	Resultado	Vr absoluto	3,20	0,42	6,12	0,19	1,82	<b>2,35</b>	Media
<i>Apoyo terapéutico</i>	Adherencia al tratamiento	Estándar	Porcentaje (estándar)	70,00%	70,00%	70,00%	70,00%	70,00%	<b>70%</b>	Media
	Frecuencia de Uso	Resultado	Vr absoluto	1,30	2,80	2,10	5,20	1,07	<b>2,49</b>	Media
<i>Telemedicina</i>	Continuidad del sistema	Estándar	Porcentaje (estándar)	99,00%	99,00%	99,00%	99,00%	99,00%	<b>99%</b>	Media
	Frecuencia de Uso	Resultado	Vr absoluto	SD	69,77%	176,07%	30,00%	SD	<b>91,95%</b>	Media
<i>Servicios domiciliarios</i>	Tasa de infección asociado al cuidado de la salud en atención domiciliaria	Proceso	Porcentaje	SD	SD	3,5%	3,50%	SD	<b>3,5%</b>	Media
	Promedio de estancia programa domiciliario	Resultado	Dias	6,92	SD	22,00	10,00	7,85	<b>11,69</b>	Media

\*SD = Sin Datos / Fuente: Ver Tabla de origen de Datos a continuación



El origen de los indicadores obedece a una búsqueda sistemática de fuentes oficiales de las autoridades de salud de los sistemas nacionales considerados como referentes, así mismo, se extendió a publicaciones científicas avaladas e indexadas según como se registró.

#### 4.2. Análisis de los Servicios Trazadores

De acuerdo con lo establecido en el diseño metodológico de la propuesta se ha realizado la búsqueda, organización y análisis de la información para establecer el cálculo del Incentivo en los trazadores propuestos de Cirugía Columna y Hospitalización general pisos, se presenta a continuación:

##### **Cirugía de columna:**

El centro de cirugía de Columna del Instituto Roosevelt existe desde el año 1960 y se ha consolidado como el grupo interdisciplinario más importante de esta especialidad en el país, cuenta con 5 salas de cirugía, el centro atiende proporcionalmente más población pediátrica (90%) pero registra una creciente intervención en adultos, de acuerdo con el análisis estadístico y económico realizado se presentan a continuación los resultados de simulación del esquema de incentivos:

**Tabla 7. Simulación del cálculo del Incentivo - Grupo quirúrgico**

<b>Ítem (Cifras en Millones de Cop\$)</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>
Número de pacientes atendidos en el centro de columna (a)	179	151	162	212
Numero de cirugías de columna	248	234	242	278
Numero de procedimientos	313	424	602	534
Especialistas adscritos al centro	11	11	11	11

Facturación del centro de columna	\$ 6.351,25	\$ 7.020,96	\$ 6.400,47	\$ 9.298,54
% de Reingresos por conceptos quirúrgicos estándar (b)	7,46%	7,46%	7,46%	7,46%
% de Reingresos por conceptos quirúrgicos Instituto Roosevelt (c)	0,92%	0,80%	1,21%	1,23%
Costo promedio de un Reingreso por concepto quirúrgico (d)	\$ 41,34	\$ 41,34	\$ 41,34	\$ 41,34
<b>Valor económico del ahorro de la intervención (VEA) {a x (b-c)} x d</b>	<b>\$ 484,10</b>	<b>\$ 415,87</b>	<b>\$ 418,71</b>	<b>\$ 546,18</b>
Tasa de beneficio Neto excedente (TBN)	6,25%	6,25%	6,25%	6,25%
Tasa de Ajuste Por certificación de calidad (TACC)	0,50%	0,50%	0,50%	0,75%
<b>IRS {VEA x (TBN + TACC)}</b>	<b>\$ 32,68</b>	<b>\$ 28,07</b>	<b>\$ 28,26</b>	<b>\$ 38,23</b>

Fuente: Elaboración propia con base en la información reportada por el Proceso de calidad del Instituto Roosevelt, Hospital Universitario año 2020

Como se observa a través del cálculo se evitaron en promedio un total de 6.4% de los reingresos quirúrgicos cada año lo cual corresponde a un valor económico de ahorro para el sistema de salud de \$ 1864.8 millones de pesos en el periodo evaluado, de acuerdo a la metodología propuesta el incentivo asignado al prestador correspondería a un valor de \$ 127.2 millones de pesos para el periodo evaluado 2016 – 2019, por su parte el ahorro generado para el aseguradores/pagadores corresponde a \$ 1.738,6 millones de pesos.

### Hospitalización

El Instituto Roosevelt cuenta con 144 camas de hospitalización distribuidas de la siguiente manera:

**Tabla 8. Capacidad Instalada Hospitalización Instituto Roosevelt**

No.	Tipo	Cantidad
1	Camas pediátricas	89
2	Camas adultos	8
3	Camas cuidado Intermedio Neonatal	8
4	Cama cuidado Intensivo Neonatal	4
5	Camas cuidado intermedio pediátrico	6
6	Camas cuidado Intensivo pediátrico	10
7	Cama cuidado Intermedio Adulto	7
8	Camas cuidado básico neonatal	12
	<b>Total, habilitadas</b>	<b>144</b>

Fuente: Registro especial de prestadores de salud -REPS- Minsalud corte 30 de abril 2020

Como servicio trazador dentro de este grupo para la estimación del incentivo se ha determinado la Hospitalización General (*Pisos*), teniendo en cuenta que es el servicio que más esfuerzo en costos representa para el hospital y el que presenta menores márgenes de beneficio en el periodo evaluado, esto irá a contrastar los resultados positivos sobre la estancia promedio de los usuarios y una real disminución del costo médico en la atención. Se presenta a continuación en análisis de resultados financieros de la unidad y la simulación del cálculo del incentivo para este subgrupo:

**Tabla 9. Simulación del cálculo del Incentivo - Grupo de servicios hospitalarios**

Costo anual total del servicio de Hospitalización del Instituto Roosevelt (millones de Cop\$)	2016	2017	2018	2019
No. De Pacientes hospitalizados (a)	9.914	9.355	8.354	7.559
Promedio estancia mercado (días)	6,12	6,12	6,12	6,12
Promedio estancia Instituto Roosevelt (Días)	3,49	3,57	3,68	3,59
Promedio de días de estancia ahorrados por paciente (Días) (b)	-2,63	-2,55	-2,44	-2,53
<b>Total días estancia ahorrados (a)</b>	<b>26.073,82</b>	<b>23.855,25</b>	<b>20.383,76</b>	<b>19.124,27</b>
<b>Análisis del ahorro (millones de cop\$)</b>				
Tarifa promedio día estancia piso Gral. (iss 2001 + 75%)	\$ 0,14	\$ 0,14	\$ 0,14	\$ 0,14
<b>Valor económico del ahorro de la intervención (VEA) {a x b x d }</b>	<b>\$ 3.624,26</b>	<b>\$ 3.315,88</b>	<b>\$ 2.833,34</b>	<b>\$ 2.658,27</b>
Tasa de beneficio Neto excedente (TBN)	6,25%	6,25%	6,25%	6,25%
Tasa de Ajuste Por certificación de calidad (TACC)	0,50%	0,50%	0,50%	0,75%
<b>IRS {VEA x (TBN + TACC)}</b>	<b>\$ 244,64</b>	<b>\$ 223,82</b>	<b>\$ 191,25</b>	<b>\$ 186,08</b>

*Nota: El Instituto obtiene Grado de excelencia en acreditación en visita del año 2019*

*Fuente: Elaboración propia con base en la información reportada por el Proceso de calidad del Instituto Roosevelt, Hospital Universitario año 2020*

Como se observa a través del cálculo, la reducción promedio anual de días de estancia en hospitalización general se ubicó en 22.359 días/estancia, esto supone un ahorro al Sistema de Salud de un total de 89.437 días/estancia en el periodo evaluado, de acuerdo con la metodología

propuesta el incentivo corresponde a un valor económico de \$ 845.8 millones de pesos (Acumulado 2016-2019) asignados para el prestador, por su parte, la disminución del costo para aseguradores/pagadores corresponde a \$ 11.586 millones de pesos.

### **4.3. Limitaciones del cálculo**

Es importante reconocer algunas limitaciones que plantea el cálculo del incentivo con el modelo metodológico propuesto, una de ellas es el establecimiento de un parámetro de eficiencia para cada segmento asistencial; es propuesto a través de un promedio aritmético de las observaciones de mejores prácticas internacionales y la práctica nacional (*Colombia*), esto teniendo en cuenta que entre grupos pueden existir diferentes niveles de disponibilidad tecnológica para el logro de la eficiencia (*donde es evidente el avance en países más industrializados*) y un refinamiento de las técnicas, esta limitación se trata de superar al introducir un factor de corrección al promedio con un país latinoamericano en referencia (Chile) adicional al promedio Colombiano y un comparador con base a la proximidad del total de la población nacional (España).

Otra de las limitaciones que se puede materializar es la estandarización de una tasa de beneficio neto excedente (TBN) para cada segmento asistencial, es importante reconocer la participación de múltiples tipos de oferentes en la prestación de servicios dentro del sistema de salud colombiano, distribuidos entre privados, públicos y mixtos. Buscando dimensionar la composición del mercado se presenta el estado del registro de habilitación de IPS según el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud – REPS del Ministerio de Salud:

**Tabla 10. Registro de prestadores a nivel nacional (corte marzo 2020 REPS)**

Tipo de prestador	Naturaleza jurídica			Total general	Peso %
	Privada	Pública	Mixta		
<b>Instituciones - IPS</b>	<b>9.494</b>	<b>1.002</b>	<b>18</b>	<b>10.514</b>	<b>19,24%</b>
Objeto Social Diferente	1.689	103	18	1.810	3,31%
Profesional Independiente	41.962	-	-	41.962	76,77%
Transporte Especial de Pacientes	363	7	1	371	0,68%
<b>Total general</b>	<b>53.508</b>	<b>1.112</b>	<b>37</b>	<b>54.657</b>	<b>100,00%</b>

Fuente: Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud – REPS del Ministerio de Salud

Buscando superar esta limitación del cálculo y dada la magnitud y diversidad en la complejidad de los prestadores de servicios de salud existentes en el mercado (*incluidos los de naturaleza pública*) se propone homologar la Tasa de Beneficio Neto (*del segmento asistencial*) a una tasa interna de oportunidad o costo de oportunidad generalmente aceptada para la evaluación de proyectos a nivel local, éstas son tasas de evaluación con riesgo cercano al 0%, ésta tipificación de la tasa surge debido a que los prestadores de servicios de salud (IPS) administran recursos de naturaleza u origen público garantizados para la atención de la población asegurada en diversos regímenes de afiliación y su aplicación debe orientarse a la premisa de no exponerlos a riesgos de mercado, esto se consagra en la Ley 100 de 1993; en este caso, las alternativas locales disponibles plantean diferentes opciones como son la tasa de certificados depósitos a términos fijos de 90 días (CDTS), la tasa del bono del tesoro de los Estados Unidos o la tasa de colocación no competitiva de bonos TES<sup>10</sup> en pesos colombianos, siendo este último (*el de los TES*) el más técnico para su utilización en el cálculo del incentivo, según el Banco de la República (Banco de la República de Colombia TES, 2020):

<sup>10</sup> Los TES son títulos de deuda pública doméstica, emitidos por el gobierno y administrados por el Banco de la República. Para efectos de la evaluación de proyectos locales se asume como tasa de riesgo cero.

*“Las tasas de los TES a plazos de años son extraídas de la curva cero cupón de los títulos de deuda pública, denominados en moneda en pesos y en UVRs, que calcula el Banco de la República mediante la metodología de Nelson y Siegel (1987). Para este cálculo se utiliza la información de las operaciones negociadas y registradas en los sistemas de negociación que administra el Banco de la República (SEN: Sistema Electrónico de Negociación del Banco de la República) y la Bolsa de Valores de Colombia (MEC: Mercado Electrónico de Colombia).*

Siendo estas tasas publicadas de manera periódica a través del Banco de la República se podrá usar la que registre la última serie histórica al momento de consulta (*cada trimestre pactado en el incentivo*) con plazo a 8 años de referencia (*reconociendo el promedio entre un periodo de 0 y 16 años como plazo máximo posible en la publicación de bonos del Estado Colombiano*), siendo este índice una fuente oficial de referencia se accede a su verificación actualizada a través del portal del Banco de la República de Colombia en el segmento TES pesos.

Por ejemplo, a la fecha de consulta 30/03/2020 la tasa con tipo de colocación no competitiva a 8 años equivale a un 6.25% (tasa cupón), esta tasa sería homologada y reemplazaría a la tasa de Beneficio Neto del prestador que logra mejores resultados en salud y será aplicable para cada segmento asistencial dentro del esquema de incentivos.

Es importante tener en cuenta (*y para reforzar la selección de esta tasa*) que si se observa el balance consolidado y los resultados financieros de las IPS reportados en el último informe

disponible de la superintendencia de salud (Año 2017), los beneficios contables del grupo de Prestadores fueron de 2.67 billones de pesos frente a un ingreso del mismo periodo estimado en 54.07 billones, lo cual arroja una tasa de beneficio neto de 4.95% (*cifra en revisión por los gremios y asociaciones del sector*), este hecho supone que el esquema de incentivos propuestos contribuye a la mejora de la situación financiera de los prestadores y aseguradores y propone una tasa progresiva que distribuya el valor de los ahorros generados a lo largo de la cadena del servicio generando sostenibilidad a las instituciones participantes. Así mismo, esta tasa homologada de Beneficio Neto podrá introducir al cálculo la realidad económica del país en cada periodo (*épocas de bonanza o de contracción*) y disminuir o aumentar en función de dicha realidad, éste es un factor de control dentro del esquema de incentivos propuesto.

Otra de las limitaciones que deben contemplarse a través del planteamiento del modelo es la posibilidad de introducir al sistema variables que faciliten el surgimiento de incentivos perversos<sup>11</sup>, estos podrían materializarse a través de dos (2) fenómenos propios del sistema de salud, i) la integración vertical y ii) la contención del costo a través de mecanismos de restricción de acceso a servicios dentro y fuera del plan de beneficios en salud.

En el primer caso, podría limitarse la aplicación del esquema de incentivos recíprocos para la relación entre la matriz y el prestador integrado verticalmente, dejando abierta la posibilidad de su aplicación cuando la atención esté a cargo de un contrato de aseguramiento diferente al de su matriz, es decir, con pago de otro asegurador. Para tal fin, el esquema de

---

<sup>11</sup> *Un incentivo perverso es un incentivo que tiene un resultado no intencionado y no deseado que es contrario a los intereses de los propulsores del incentivo. Los incentivos perversos son un tipo de consecuencias imprevistas. (definición libre Wp)*

incentivos contribuirá a los estándares de eficiencia en la prestación, impactando a su vez los procesos integrados con el asegurador mediante una reducción del costo de la atención. El incentivo no desaparece en sí, sino que se transforma en una mejor práctica para la atención de usuarios de la propia red.

Para el segundo escenario se plantea que los servicios objeto de medición para el reconocimiento del incentivo (*adicionalmente a ajustarse a un grupo diagnóstico y un conjunto de indicadores de gestión*) cuenten con la adopción de guías y protocolos de atención clínica para el grupo de atenciones contratadas e incluidas en el esquema. Si bien la adopción de dichas guías y protocolos se han convertido en un estándar operacional para instituciones del sector salud en Colombia (*lo cual contiene esta limitación del cálculo en gran proporción*) podrá exigirse como un requisito para la formalización del esquema y procederá entonces una confirmación de los resultados y trazabilidad de casos a través de los esquemas de auditoría ya implementados a lo largo del sector (*auditoría interna, auditoría concurrente, conciliación de glosas y cuentas, etc*).

#### **4.4. Metodología de la Teoría Fundada e impactos adicionales generados**

Se introduce al desarrollo del proyecto una observación a la teoría fundada, este método de investigación contribuye a proporcionar los datos necesarios, la comprensión y la identificación de los distintos fenómenos a través de la propuesta de incentivos para complementar una visión de la realidad social y económica del sector salud en Colombia, y así mismo, lograr una imagen holística de su impacto. Este análisis a su vez brinda la posibilidad de interactuar con el entorno y los fenómenos relacionados al incentivo dentro de la cadena del

servicio en la prestación de salud. En palabras de (Strauss & Corbin, 1998), este enfoque y complemento a la investigación constituye “*la forma de pensar la realidad social y de estudiarla*”.

Si se analiza el contexto de la relación administrativa entre el prestador de servicios y los aseguradores/pagadores del sistema se puede afirmar que, en la mayoría de los casos, ésta, se ha convertido en un foco de destrucción de valor. Esta afirmación parte del hecho financiero inverso que impacta a los prestadores de servicios cuando obtienen mejores resultados en salud y por consecuente disminuyen la frecuencia de uso de servicios por parte de la población usuaria, este escenario, hablando en términos del análisis económico, supone para los prestadores una menor facturación de productos y servicios, lo que equivale inevitablemente a un menor ingreso y por consecuente a un menor margen de beneficio (*manteniendo un balance proporcional entre el costo y el gasto*). Contrario a este efecto, el ahorro generado en la eficiencia de la operación se orienta en toda su proporción a la disminución del costo de atención de los aseguradores, lo que impacta el comportamiento de su tasa de siniestralidad reduciéndola.

En estricta coherencia con los hechos expuestos se puede sugerir que es posible tener en cuenta un factor adicional que contribuya a equilibrar la relación, éste es el incentivo económico hacia el prestador para hacer sostenible el logro de resultados en salud superiores. Esto se extiende a calcular, no el ingreso, sino en su lugar el margen de beneficio que pueden dejar de percibir las IPS por efecto de unos mejores resultados en salud e introducirlo en un esquema de incentivos estandarizado.

Otra contribución que puede generar la implementación de un esquema de incentivos por resultados en salud es lograr reconocer una representativa parte del valor y competitividad que han perdido las tarifas en salud frente al crecimiento del IPC, si comparamos desde un año de referencia<sup>12</sup> como el 2001 se puede observar que el IPC acumulado ha crecido un 89.85% hasta el año 2019 mientras las tarifas en salud (*respecto al manual ISS 2001*) solo han crecido un 66%, en comparación, existe aún una clara desventaja entre el crecimiento del costo de la prestación frente al crecimiento de las tarifas reales de mercado, la brecha acumulada para el periodo analizado (2001 – 2019) se ubica en un – 23.85%, esto es un factor que entra a complementar de manera secundaria el incentivo propuesto al garantizarle al nodo de la prestación el reconocimiento de una compensación parcial por la pérdida de competitividad de las tarifas frente al costo promedio de los precios históricos.

Es interesante también observar que el crecimiento de la UPC ha sido significativamente mayor al del IPC en el periodo evaluado (+29.97% para el régimen contributivo y un +90.96% para el régimen subsidiado), así mismo ocurre al compararlo con el crecimiento de las tarifas a manual ISS 2001 (Un +53.82% respecto al régimen contributivo y un +114.81 respecto al régimen subsidiado).

---

<sup>12</sup> 2001 fue el año de implementación del manual tarifario más comúnmente utilizado en la relación contractual entre los aseguradores y prestadores del sistema de salud en Colombia - Manual ISS 2001

**Tabla 11. Análisis de compensación de la pérdida de competitividad de las tarifas en salud frente al esquema de incentivos propuesto**

Año	*IPC	Crecimiento UPC Régimen Contributivo	Crecimiento UPC Régimen Subsidiado	Crecimiento constante real de las tarifas promedio (base iss 2001 + 75%)
2001	7,65%	8,80%	9,90%	3,50%
2002	6,99%	5,20%	8,00%	3,50%
2003	6,49%	6,30%	7,00%	3,50%
2004	5,50%	6,70%	7,00%	3,50%
2005	4,85%	6,00%	6,00%	3,50%
2006	4,48%	5,80%	5,80%	3,50%
2007	5,69%	4,48%	5,50%	3,50%
2008	7,67%	6,50%	6,50%	3,50%
2009	2%	8,50%	10,40%	3,50%
2010	3,17%	3,84%	5,30%	3,50%
2011	3,73%	4,25%	7,20%	3,50%
2012	2,44%	8,31%	43,60%	3,50%
2013	1,94%	3,89%	17,40%	3,50%
2014	3,66%	4,40%	4,40%	3,50%
2015	6,77%	6,06%	6,10%	3,50%
2016	5,75%	9,45%	9,40%	3,50%
2017	4,09%	8,20%	8,20%	3,50%
2018	3,18%	7,83%	7,80%	3,50%
2019	3,80%	5,31%	5,31%	3,00%
Acumulado	<b>89,85%</b>	<b>119,82%</b>	<b>180,81%</b>	<b>66,00%</b>
Promedio del aumento anual	4,73%	6,31%	9,52%	3,47%
Mediana del aumento anual	4,48%	6,06%	7,00%	3,50%
Desviación estándar	1,84%	1,78%	8,74%	0,11%

Fuentes: DANE publicaciones 2020, DNP, Minsalud 2020 y observación sectorial

\*El IPC puede homologarse a la tarifa bajo manual SOAT dado que esta se ajusta anualmente con la inflación.

Fuentes: DANE 2020, Valores de UPC publicaciones Ministerio de salud Colombia 2019. La tasa de ajuste constante para el manual ISS corresponde a un ajuste promedio estimado de acuerdo con la observación a través de reportes sispro 2019 y sondeos, análisis estadístico de los reportes EMIS Benchmark con grupos de interés.

#### **4.5. Metodología de transferencia de conocimientos y transferencia de Tecnologías**

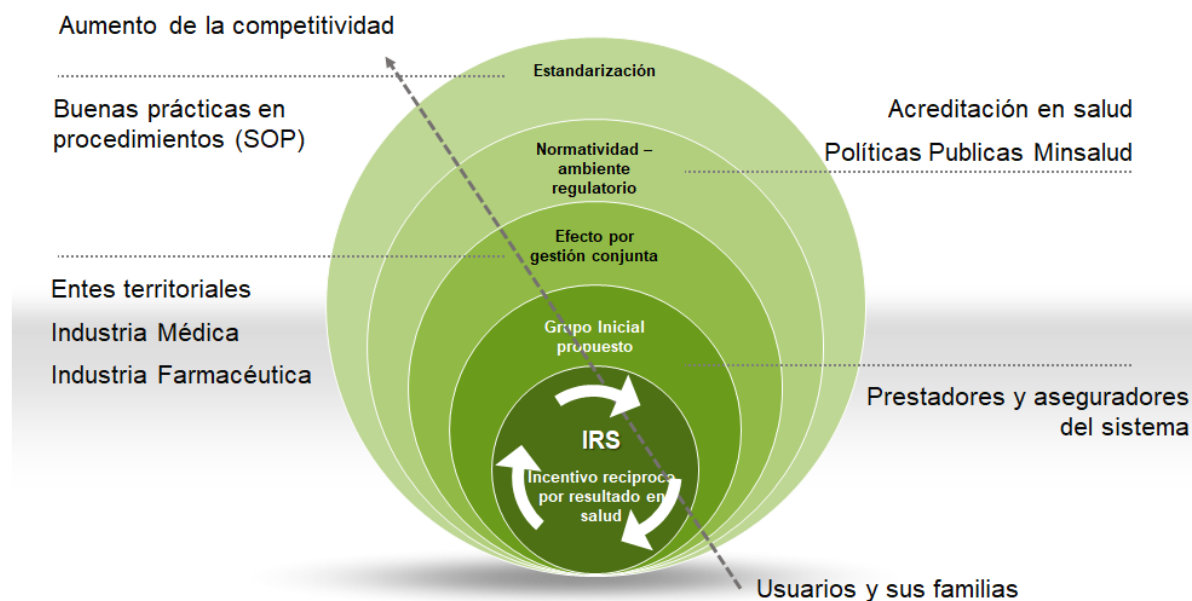
La implementación de un esquema de incentivos recíprocos por resultados en salud podrá ser replicado a través del grupo de prestadores públicos y privados a nivel nacional así como el sector asegurador, de la misma manera, esta metodología podrá ser transferida a otros grupos de pagadores del sistema como los entes territoriales<sup>13</sup> e incluso lograr la vinculación con otros nodos sectoriales como el de la industria farmacéutica, copártcipe necesario en la obtención de mejores resultados en salud.

Logrando una transferencia efectiva de la aplicación sectorial del incentivo se podrá avanzar hacia la evaluación de considerarlo como un mecanismo aplicable a las políticas públicas, esto en función de su pertinencia y resultados, como es habitual en el sector. Se puede afirmar que aquellas prácticas asistenciales y administrativas que resultan eficientes y simplifican el flujo de la atención en salud (*acceso*) pueden ser adoptadas como un estándar operacional.

Dando alcance al diseño metodológico para la transferencia de conocimiento y tecnologías desde la implementación de un esquema de incentivos se plantea el siguiente esquema funcional:

Gráfico 1. Modelo de transferencia de conocimiento

# MODELO TRANSFERENCIA



Fuente: Elaboración propia 2020

Un aspecto inicial que debe contemplarse para consolidar un modelo de transferencia en la forma y modo de abordaje con el grupo inicial propuesto (*prestadores /pagadores /aseguradores del sistema*) radica en la argumentación técnica requerida para precisar que los valores financieros asociados al incentivo no generan una carga adicional al esquema financiero del aseguramiento dado que ya han sido obtenidos mediante el ahorro implícito en los resultados superiores respecto a la media de los estándares propuestos por parte de las instituciones prestadoras y este se refleja como un menor valor del costo para este grupo de organizaciones.

Adicionalmente la argumentación basada en la *costo-efectividad* de las intervenciones generadas a través del incentivo -como lo son el fortalecimiento de las plataformas de calidad, el desarrollo del objeto social de los prestadores y la estandarización en la atención de acuerdo con estándares más exigentes- podrá ser evaluado en el largo plazo significando una efectiva reducción de la siniestralidad y los costos asociados a la misma (respecto a las líneas base seleccionadas). La voluntad para acoger la metodología en los segmentos iniciales propuestos podrá verse reforzada en la argumentación técnica y el abordaje de la generación de valor mas que la creación de un nuevo concepto del costo.

Si bien la propuesta metodológica y la investigación aplicada a la resolución de problemas locales abarcan en una primera evaluación el segmento de la prestación y los pagadores del sistema, las variables expuestas para el cálculo del incentivo podrán ser aplicadas de acuerdo a la realidad operacional de otros segmentos, un ejemplo es el ajuste del tablero de indicadores (*disparadores*) ampliándolo al alcance de programas de salud pública, esto en el escenario donde se introduce el incentivo en la contratación de programas asistenciales o de promoción por parte de entes territoriales. Se busca que la experiencia y práctica en el marco de esquemas de incentivos contribuya al desarrollo de una estrategia nacional de largo plazo que dé solución al problema estructural de la financiación y sostenibilidad del sistema.

## 5. PROPUESTA DE SOLUCIÓN

La propuesta de solución para el problema planteado, donde se contempló desarrollar una “metodología de estimación financiera razonable y estandarizada de la retribución de los ahorros generados por unos mejores resultados en salud de la población tratada” busca dar alcance a la realidad actual del sector salud en Colombia y sus perspectivas a futuro, es por este motivo que el desarrollo de la metodología de cálculo tuvo en cuenta la inclusión de factores macroeconómicos, financieros, clínicos, de calidad en salud y mejoramiento continuo.

Esta solución planteada a través de un esquema de incentivos podrá contribuir a la disminución real de la siniestralidad dentro del sector asegurador/pagador y una dinamización de la relación contractual y de servicios existente con los prestadores. Así mismo, podrá aportar un componente adicional para la búsqueda del equilibrio financiero de las instituciones prestadoras al reconocer la obtención de mejores resultados en salud.

### **La solución planteada incluye:**

- Una metodología que promueva las mejores prácticas y los mejores resultados en salud como una estrategia posible y escalable para alcanzar el equilibrio de las organizaciones e Instituciones del sector salud en Colombia. Se incluyen en el cálculo variables replicables para los diferentes tipos de instituciones y organizaciones en salud.

- Como aporte inicial se definen un total de siete (7) grupos generales de servicio estandarizados con un cuadro de indicadores de referencia (*Nacional e internacional*) que sugieran un estándar operacional de eficiencia en el proceso y resultado de la atención en salud permitiendo activar el cálculo del incentivo de manera trimestral (*grupos definidos: Quirúrgico, hospitalización, Consulta externa, Apoyo diagnóstico, apoyo terapéutico, Telemedicina y Servicios domiciliarios*) para tal fin, se efectuó una búsqueda de información en bases de datos oficiales e información publicada e indexada, la cual dispone de un cuadro de origen de referencias, incluye el año de publicación y el tablero de organización para futuras actualizaciones.
  
- Los estándares operacionales alcanzados frente a los estándares de referencia reflejan el ahorro generado por una mejor atención en salud a través de la implementación y desarrollo de plataformas de calidad, esto impacta de manera positiva el balance financiero de los aseguradores y pagadores del sistema, el valor económico del ahorro se expresa como la diferencia entre el estándar de atención del grupo seleccionado de servicios y el resultado auditado real multiplicándolo por la tarifa o manual tarifario pactado para la atención individual o el grupo de atenciones. Dentro del modelo esto se ha nombrado como el “*valor económico del ahorro de la intervención*”.
  
- Se determina a través de una argumentación técnica una tasa homologable que represente el beneficio neto excedente que se deja de percibir en el grupo de prestadores del sistema al obtener mejores resultados en salud y en consecuencia una disminución de las frecuencias de uso, si se analiza este hecho a nivel financiero (*reconociendo que el*

principal logro es una mejoría de la condición del usuario con un mejor uso de los recursos) el efecto es una disminución de la facturación del periodo. Esta tasa, adicionalmente de homologar el beneficio neto de los prestadores, ofrece un factor de corrección de la metodología reconociendo el estado actual y las posibilidades de la economía nacional. Se ha seleccionado la tasa de colocación no competitiva de bonos TES, plazo 8 años publicada por el Banco de la República, para la realización del cálculo reforzando la naturaleza pública y solidaria de los recursos del sistema de salud y la necesidad de no exponerlos al riesgo financiero (*tasa riesgo 0%*).

- En coherencia con el esquema nacional de certificación para la calidad en salud y los estándares de calidad implementados por las Instituciones y organizaciones del sector se introduce al cálculo del incentivo una prima o tasa de ajuste por el grado de avance en los esquemas y plataformas de calidad que logre el prestador contribuyendo a la iniciativa nacional de certificación y acreditación en organizaciones de salud, siendo este uno de los principales hitos para el mejoramiento continuo y la obtención de estándares internacionales de atención en nuestro país. El cálculo del valor porcentual de la tasa de ajuste por certificación de calidad corresponde al resultado del análisis de la inversión promedio que realizan los prestadores para cada esquema , en particular respecto al ingreso operacional de un año de operación y las debidas limitaciones y ajustes del cálculo, de acuerdo con la realidad contable de las inversiones en calidad en salud.

- Finalmente, el modelo de cálculo relaciona las variables de la metodología , obteniendo un valor financiero a reconocer que en mayor proporción se ha destinado a la reducción de costos de atención de los aseguradores/pagadores del sistema y el

complemento proporcional al reconocimiento del beneficio neto dejado de percibir por el grupo de prestadores. El cálculo se propone de manera trimestral y el valor económico se adiciona a la cuenta del periodo mediante la creación de un código interno de facturación. El periodo de recaudo estará sujeto al acuerdo contractual que mantengan las partes.

- El reconocimiento de las variables y la necesidad de aportar una herramienta de estimación que no complejice aún más la relación administrativa entre los actores del sistema orientan la propuesta metodológica a que sea una estimación trimestral a modo de una fórmula de cálculo de factores (*multiplicando el ahorro generado en la intervención/servicio por los factores porcentuales de beneficio y prima por calidad*), como resultado se obtiene el valor financiero correspondiente al incentivo del período.

## 6. CONCLUSIONES

A través de la información analizada y la revisión de algunas experiencias nacionales e internacionales se plantea un marco inicial para la propuesta de una metodología de incentivos por resultados en salud aplicable al contexto y realidad del sector salud, se plantea la asimetría existente entre aquello que los prestadores de servicios de salud y los pagadores del sistema piensan que debe ser la operación y un modelo de atención eficiente sobre las poblaciones de usuarios que componen al sistema; al respecto, diferentes autores, instituciones y organizaciones han realizado avances significativos en materia de la concepción y estructuración de modelos de pago por desempeño, así como la introducción de esquemas de incentivos (*incluso los incentivos perversos*) buscando aportar a la construcción de una solución sostenible en el relacionamiento, principalmente entre pagadores y prestadores del sistema.

En el contexto general del sector se hace relevante reconocer que anualmente se destina un promedio de \$32 billones de pesos para el gasto en salud, lo cual representa un 3.01% del PIB nacional, con estos recursos se debe garantizar el acceso a la salud de cerca de 49 millones de ciudadanos con un nivel de aseguramiento del 94%, al mismo tiempo, el Sistema General de Seguridad Social en Salud afronta una de sus más duras crisis, esta vez está originada en la imposibilidad de financiarse, provocando un desbalance económico entre el aseguramiento y la prestación, un aumento desproporcionado en la afiliación al régimen subsidiado y la acumulación de las obligaciones y deudas afectan hoy en día aún más el ciclo de prestación del servicio.

A través del trabajo de investigación se propone adicionar al debate de la sostenibilidad un nuevo escenario, la necesidad de hacer un reconocimiento financiero al factor de la calidad como un determinante principal de la eficiencia, se vuelve entonces necesario, establecer una metodología que motive mejores resultados en salud a través de un reconocimiento financiero sostenible compartido entre sus actores, esto, por supuesto, con el objetivo de lograr la sostenibilidad del sistema a largo plazo y a su vez una mejor condición de salud en la población. También se ha mencionado que dada la naturaleza financiera del incentivo propuesto, se hace necesario transferir a la cadena de valor del servicio sus beneficios siendo particularmente importante la cobertura de costos para la remuneración del personal médico asistencial que motiva los resultados (*sumado esto a la experiencia administrativa y los estándares operacionales*).

Se definieron indicadores y estándares de proceso y resultado para las unidades de servicio objeto de evaluación con el fin de obtener un parámetro de cálculo del ahorro, para aplicar la metodología en el contexto local y establecer parámetros de comparación en los resultados que permitan la simulación del cálculo se analizaron informes oficiales, publicaciones y bases de datos con validez normativa y científica aportando un cuadro de estándares iniciales.

Para calcular el incentivo se propone una idea simple que resulta posible replicar para cada nodo del mercado de salud en observación, ésta se resume en la estimación del ahorro generado por intervenciones en salud superiores (*en los grupos de servicio que desarrollen las partes*) con desenlaces clínicos positivos auditados, y, a este factor aplicarle una tasa equivalente

a un porcentaje de beneficio neto generado por su gestión si se hubiera materializado la atención, también se propone adicionar al cálculo una prima de ajuste porcentual por el estatus respecto a las certificaciones de calidad y/o acreditación voluntaria que mantenga el prestador.

El incentivo será variable en función del volumen de atención de la institución (*por ende, su volumen de facturación a las tarifas pactadas*), los resultados asistenciales del período y la adición de una prima por el estatus de las certificaciones de calidad que haya obtenido el prestador, la periodicidad de cálculo se recomienda de manera trimestral.

Los factores del cálculo proporcionan entre sí factores de ajuste y corrección teniendo en cuenta que el valor económico del ahorro puede depender de estándares cada vez más exigentes con la posibilidad de acercarlos a la referenciación internacional, factores de corrección del valor porcentual respecto al estado de la economía nacional (*al introducir una tasa libre de riesgo de evaluación a nivel local*) y una demostrable condición de mejoramiento progresivo de la calidad para acceder al incentivo. La propuesta metodológica de cálculo periódico se presenta a modo de fórmula en donde el valor del incentivo es igual al valor económico del ahorro de la intervención multiplicado por la suma entre la tasa de beneficio neto excedente y la tasa de ajuste por certificación de calidad.

La posibilidad de llevar el planteamiento del incentivo al contexto local permitió el desarrollo de un ejercicio de simulación a través de la información de un Hospital Universitario Acreditado de la ciudad de Bogotá DC reflejando la posibilidad real del cálculo sobre dos grupos

de servicios, se obtuvo la estadística y los resultados del periodo 2016-2019: i) Para el grupo quirúrgico (*trazador con cirugía de columna*) el cálculo del incentivo corresponde a un valor económico de \$ 127.2 millones de pesos para el periodo evaluado acumulado, por su parte, el ahorro generado para aseguradores/pagadores correspondió a \$ 1.738,6 millones de pesos y ii) para el grupo Hospitalario (*Trazador Hospitalización general pisos*) el cálculo del incentivo corresponde a un valor económico de \$ 845.8 millones de pesos para el periodo evaluado acumulado, por su parte, el ahorro generado para aseguradores/pagadores correspondió a \$ 11.586 millones de pesos.

El campo de aplicación del incentivo se plantea de manera inicial para los nodos de aseguramiento y prestación, en el futuro esta propuesta podrá ser transferida y aplicada a otros nodos sectoriales que participan del proceso de atención en salud en Colombia como es el caso de los entes territoriales (*Secretarías de Salud Departamentales, Distritales, Municipales y Direcciones territoriales de salud*), la industria farmacéutica y los entes de control.

Dada la naturaleza proyectiva de la propuesta los parámetros de cálculo (*como los indicadores de referencia y la adopción de tasas de beneficio neto excedente*) podrán ser ampliados o concertados de acuerdo con el alcance de la habilitación de servicios, la ubicación geográfica o el acuerdo entre los participantes. La metodología propuesta busca consolidar y argumentar la necesidad y pertinencia del incentivo como un mecanismo de retribución proporcional y un factor dinámico para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud en Colombia, por supuesto, que estos esfuerzos están orientados a mejorar el resultado clínico y los procesos de atención de los usuarios, sobre todo aquellos más vulnerables de nuestra sociedad.

## 7. BIBLIOGRAFÍA

Banco de La República. (2019). Bogotá DC. Estadísticas macroeconómicas históricas. Recuperado de: <https://www.banrep.gov.co/>

Banco de La República. (2020). Bogotá DC. Estadísticas TES EN pesos, recuperado de: <https://www.banrep.gov.co/es/estadisticas/tes-pesos> y <https://www.banrep.gov.co/es/glosario/tes> 2019

Bardey, David. (2017). Artículo El sistema de salud colombiano: ¿bueno o malo?: Universidad de los Andes -CEDE Calle 19A No. 1-37 Este · Bloque W - Piso 9 Bogotá Colombia Phone: (571) 3394949 ext 2415. Fax: (571) 3324492 Email: [d.bardey@uniandes.edu.co](mailto:d.bardey@uniandes.edu.co) <https://lasillavacia.com/blogs/blogoeconomia/el-sistema-de-salud-colombiano-bueno-o-malo-62792>

Cashin et al. (2014). Paying for Performance in Health Care. [Pago por desempeño en el cuidado de la salud]. Implications for health system performance and accountability. Open University Press. McGraw- Hill Education. (P 35). Recuperado de: [https://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0020/271073/Paying-for-Performance-in-Health-Care.pdf](https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0020/271073/Paying-for-Performance-in-Health-Care.pdf)

Consejo Internacional de Enfermeras, Federación Internacional de Hospitales, Federación Farmacéutica Internacional, Confederación Mundial para la Fisioterapia, Federación Mundial de Odontología, Asociación Médica Mundial. Suiza. (2008). Organización Mundial de la Salud. Guía: Incentivos para profesionales de la salud. Copia previa a la publicación. Recuperado de: [https://www.who.int/workforcealliance/documents/Incentives\\_Guidelines%20EN.pdf](https://www.who.int/workforcealliance/documents/Incentives_Guidelines%20EN.pdf)

Cornejo, M. & Vargas, I. & Vásquez, María. (2008) Mecanismos de distribución del sistema de pago caputivo: Revisión de algunas experiencias internacionales. (Tesina). Universidad Pompeu Fabra. Máster en Salud Pública 2007-2008. Barcelona (España).

Correa S, Luis Fernando, 2011. Biblioteca Nacional De Indicadores De Calidad De La Atención En Salud. Observatorio de la calidad de la atención en salud. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/1/BIBLIOTECA%20NACIONAL%20DE%20INDICADORES%20JUNIO%202011.pdf>

EMIS Bpr Benchmark. (2018). Sector Hospitales Colombia. Londres, UK. Consolidado Sector Clínicas y Hospitales Colombia. Recuperado de: <https://bdbiblioteca.universidadean.edu.co/login?url=https://www.emis.com/php/dashboard>

Gaitán, C. (2006). Colombia, tercer país de Latinoamérica con mayor número de certificados ISO 9001. *Revista dinero, Edición digital 15 de septiembre de 2006*. Recuperado de: <https://www.dinero.com/actualidad/noticias/articulo/colombia-tercer-pais-latinoamerica-mayor-numero-certificados-iso-9001/36594#:~:text=Colombia%2C%20tercer%20pa%C3%ADs%20de%20Latinoam%C3%A9rica%20con%20mayor%20n%C3%BAmero%20de%20certificados,de%20gesti%C3%B3n%20de%20la%20calidad>.

Giraldo Valencia, Juan Carlos 42° Informe De Seguimiento De Cartera Hospitalaria Con Corte A junio 30 de 2019. Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas. (P3)

Gorbanev, Iouri y otros. Pago por desempeño: El prestador de servicios de salud de cara a la negociación con las aseguradoras del régimen contributivo, Bogotá DC, 2017. Revista de Salud Pública ISSN 0124-0064. Recuperado de: <file:///C:/Users/Personal/Desktop/pago%20por%20desempeño%20en%20ss%20col.pdf>

Guerrero, Ramiro, Prada, Sergio I., Lambard, German. 2013. Fallas de Mercado, Fallas de Gobierno e Incentivos Perversos en el SGSSS. (22P) Policy paper No.9 FESCOL recuperado de: <http://library.fes.de/pdf-files/bueros/kolumbien/09583-20130201.pdf>

Instituto Colombiano de Normas Técnicas ICONTEC. (2020). Nuestra compañía. Bogotá DC. Recuperado de: <https://www.icontec.org/>

Instituto Roosevelt. (2020). Instituto Roosevelt-Cómo vamos. Bogotá DC. Indicadores Institucionales y capacidad Instalada. Recuperado de: <https://www.institutoroosevelt.com/como-vamos/>

Ley 100 de 1993. Diario Oficial. Imprenta Nacional de Colombia. Congreso de la República, Bogotá DC, Colombia. 23 de diciembre de 1993.

Ley 1122 del 2007. Diario Oficial. Imprenta Nacional de Colombia. Congreso de la República, Bogotá DC, Colombia. 09 de enero de 2007.

Ley 1438 de 2011. Diario Oficial. Imprenta Nacional de Colombia. Congreso de la República, Bogotá DC, Colombia, 19 de enero de 2011

Ley 1608 de 2013. Diario Oficial. Imprenta Nacional de Colombia. Congreso de la República, Bogotá DC, Colombia, 02 de enero de 2013

Ley 1797 de 2016. Diario Oficial. Imprenta Nacional de Colombia. Congreso de la República de Colombia, Bogotá DC, Colombia, 13 de julio de 2016

Mannion, R., & Davies, H. T. (2008). Payment for performance in health care. [Pago por desempeño en el cuidado de la salud]. *BMJ (Clinical research ed.)*, 336(7639), 306–308. Recuperado de: <https://doi.org/10.1136/bmj.39463.454815.94>

Martínez, Félix . (2013) La crisis de la seguridad social en salud en Colombia ¿Efectos inesperados del arreglo institucional? Bogotá, abril de 2013. Fundación para la Investigación y Desarrollo de la Salud y la Seguridad Social FEDESALUD. Bogotá.

Mathes T, Pieper D, Morche J, Polus S, Jaschinski T, Eikermann M. Pay for performance for hospitals. [Pago por desempeño en Hospitales. Cochrane Database Syst Rev. 2019;7(7):CD011156. Published 2019 Jul 5. doi:10.1002/14651858.CD011156.pub2  
Recuperado de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31276606/>

Ministerio de Salud. República de Colombia (2020). Acreditación en Salud. Acceso al repositorio de acreditación en salud. Bogotá DC (Col). Recuperado de: <http://www.acreditacionensalud.org.co/Paginas/Index.aspx>

Ministerio de Salud. República de Colombia (2020). Bogotá DC (Col). Registro Especial de Prestadores de Salud (REPS). Recuperado de: <https://prestadores.minsalud.gov.co/habilitacion/>

Ministerio de Salud. República de Colombia (2020). Bogotá DC (Col). Estadísticas aseguramiento y prestación. Sistema Integrado de Información de la Protección social (RUA F SISPRO) Recuperado de: <https://www.sispro.gov.co/Pages/Home.aspx>

Ministerio de Salud. República de Colombia. (2020). Observatorio nacional de Indicadores de calidad en salud. Bogotá DC (Col). Recuperado de: <http://calidadensalud.minsalud.gov.co/indicadores/Paginas/Indicadores.aspx>

Nicholls Mesa, Gabriel. Publicaciones ACEMI. Asociación Colombiana de empresas de Medicina Integral. 2013. Cifras e indicadores del Sistema de Salud EPS asociadas a Acemi (170 P). Recuperado de: [https://www.acemi.org.co/images/publicaciones/documentos\\_de\\_interes/documentos-interes/salude\\_en\\_cifras-2013.pdf](https://www.acemi.org.co/images/publicaciones/documentos_de_interes/documentos-interes/salude_en_cifras-2013.pdf)

Nicholls Mesa, Gabriel. Publicaciones ACEMI. Asociación Colombiana de empresas de Medicina Integral. 2017. Cifras e indicadores del Sistema de Salud EPS asociadas a Acemi (278 P). Recuperado de: [https://issuu.com/acemi/docs/informe\\_cifras\\_2017](https://issuu.com/acemi/docs/informe_cifras_2017)

Norma ISO 9001 Versión 2015, Organización internacional de estandarización, Ginebra. Suiza, 23 septiembre de 2015

Organización Internacional de Estandarización. (2020). Landing Page Ginebra (Suiza). Reseña Institucional en español. Recuperado de: <https://www.iso.org/home.html>

Organización Panamericana de la Salud. (2003). Santo Domingo. República Dominicana, Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social. Guías E Instrumentos Para Evaluar La Calidad De La Atención, Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social Organización Panamericana de la Salud Recuperado de: [https://www.paho.org/dor/index.php?option=com\\_docman&view=download&alias=20-guia-e-instrumentos-para-evaluar-la-calidad-de-la-atencion&category\\_slug=sistemas-y-servicios-de-salud-y-proteccion-social&Itemid=27](https://www.paho.org/dor/index.php?option=com_docman&view=download&alias=20-guia-e-instrumentos-para-evaluar-la-calidad-de-la-atencion&category_slug=sistemas-y-servicios-de-salud-y-proteccion-social&Itemid=27)

Ortún Rubio, Vicente. La salud del sistema sanitario español. Localización: Ekonomiaz: Revista Vasca de Economía, ISSN 0213-3865, N°. 25, 1993, págs. 12-23 Idioma: español

Ovalle, Diego Andrés. Riaño Bejarano, Yulieth Pago por desempeño: El prestador de servicios de salud de cara a la negociación con las aseguradoras del régimen contributivo. 2017. Pontificia Universidad Javeriana. Recuperado de: <https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/42397/Pago%20por%20desempe%C3%B1o.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Resolución 1446 de 2006 Anexo técnico - Ministerio de Salud y Protección Social, Bogotá DC, 08 de mayo de 2006

Resolución 5095 de 2018. Ministerio de Salud y Protección Social, Bogotá DC, Colombia, 19 de noviembre de 2028

Strauss, A., and Corbin, J. (1998). *Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing grounded theory* (2nd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage

Vargas González, Vilma et al. *Indicadores de Gestión Hospitalaria*. *Revista de Ciencias Sociales*. V.13. N.3. Maracaibo dez. 2007.

## 8. Anexo – Artículo

## Producción original

**Esquema de Incentivos Recíprocos por Resultados en Salud**

*Un enfoque práctico, simple y sistémico para superar las barreras entre los actores del Sistema de Salud en Colombia.*

Carlos Enrique Mendoza Buitrago\*, Fabian Gerardo Diaz\*\*, Fabiola Rey Sarmiento\*\*\*

\*Estudiante MBA Salud \*\* Docente Tutor Facultad de Administración Finanzas y Ciencias Económicas Gestión en Salud – Programa MBA salud  
\*\*\* Revisora experta, Directora del programa MBA Salud Universidad EAN

**Introducción.**

Persiste en Colombia una asimetría entre aquello que los prestadores de servicios de salud y los pagadores del sistema piensan que debe ser la operación y un modelo de atención eficiente sobre las poblaciones de usuarios que componen al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), teniendo en cuenta que los dos persiguen el mismo objetivo: “atender de la mejor manera posible al usuario para que su estado de salud sea tan bueno que no deba recurrir a los servicios de manera permanente” (adaptación Programa de mejoría de la Calidad. OPS 2003)”. Si esto se analiza desde la óptica de los procesos, es claro que el riesgo financiero debe ser compartido, esto porque los beneficios impactarán de manera positiva a los nodos del sector, por un lado, el reconocimiento financiero a la eficiencia (*demostrable*) en la prestación de servicios de salud y por el otro, una efectiva reducción de la siniestralidad como única alternativa para la sostenibilidad, continuidad y el fortalecimiento financiero de los pagadores del sistema (*complementando con acciones reales tendientes a que estos se puedan concentrar territorialmente y exista un menor número de ellos en el mercado con un mayor número de afiliados en cada uno*). El estado colombiano destina cada año un promedio de \$32 billones de pesos (*USD 8.000 Millones aprox.*) para el gasto en salud, esto representa un promedio del 3.01% del PIB nacional según lo estima el Banco de la República (*año 2019*), con estos recursos se debe garantizar el acceso a la salud de cerca de 49 millones de ciudadanos con un nivel de aseguramiento del 94% (*RUAF SISPRO 2020*). Al mismo tiempo el Sistema General de Seguridad Social en Salud afronta una de sus más duras crisis en 28 años de existencia. Los problemas fundamentales actuales para que se presente esta situación se originan en factores como la cartera (*deuda*) de las cuentas de salud que según cifras de la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas (ACHC) 2019 ascienden a unos \$11.2 Billones de pesos (*USD 2.800 Millones*

*aprox. sin deterioro*), a este hecho se suma que actualmente un 52% de la población, es decir más de 22 millones de personas se encuentran recibiendo beneficios en el Régimen Subsidiado cuando el sistema fue diseñado para afiliar un máximo del 30% de la población a esta modalidad; ahora es determinante y proporcional adicionar a estos hechos un tercer y nuevo escenario: si bien la calidad ha aumentado en el contexto del sistema, el reconocimiento a este factor (*determinante en un resultado de salud superior y una efectiva reducción de la siniestralidad*) no ha sido un tema prioritario en la agenda sectorial, se vuelve entonces necesario (y *determinante*) establecer un esquema de incentivos que motive mejores resultados en salud en relación con un reconocimiento financiero compartido, por supuesto con el objetivo de lograr la sostenibilidad del sistema y una consecuente mejoría de la condición de salud de la población. Se busca proponer un esquema de incentivos recíprocos por resultados en salud que contribuya a superar las brechas entre los actores fundamentales del sector y mejore el perfil competitivo de las instituciones de cara a la responsabilidad con los usuarios.

**Metodología.**

Se ha realizado inicialmente una revisión del avance en la implementación de esquemas de incentivos recogiendo experiencias locales y el avance del concepto dentro del sistema de salud nacional, adicionalmente se realizó un acercamiento y análisis de las características del sistema de salud del Reino Unido (*National Health System NHS*) siendo este reconocido a nivel internacional por sus importantes avances en el esquema de retribución e incentivos al desempeño, sus resultados en salud y una consecuente proporcionalidad de reconocimiento financiero. La revisión teórica se extendió al alcance de los sistemas de pago por desempeño y el rol fundamental de los profesionales de la salud en el resultado asistencial superior. La connotación y el contexto del desarrollo de las teorías y metodologías de incentivos en salud

suelen acercarse al componente financiero en función de su premisa del logro de sostenibilidad en a través del tiempo y el concepto de equidad en la distribución imparcial de servicios e intervenciones sobre poblaciones con cobertura.

Se propone que el desarrollo de un esquema de incentivos este basado en una metodología de retribución reciproca que reconozca el efecto de la calidad y el desenlace clínico favorable del usuario como un “disparador” del cálculo y que a su vez sea replicable entre las diferentes instituciones y los diferentes grupos de servicio, para tal fin se ha definido inicialmente que los grupos objeto de la propuesta correspondan a: *Quirúrgico, Hospitalización, Consulta externa, Apoyo diagnóstico, Apoyo terapéutico, Telemedicina y Servicios Domiciliarios.*

Para calcular el incentivo se propone una idea simple que busca relacionar variables para el reconocimiento resultados en salud, esta se resume en la estimación del ahorro generado por intervenciones en salud superiores con desenlaces clínicos positivos auditados y a este factor aplicarle una tasa equivalente a un porcentaje de beneficio neto generado por su gestión, es decir si se hubiera materializado la atención, también se propone adicionar al cálculo una prima de ajuste porcentual por el estatus respecto a las certificaciones de calidad y/o acreditación voluntaria que mantenga el prestador.

Buscando establecer un modelo objetivo de medición es necesario iniciar por el reconocimiento y consenso de los indicadores clave que pueden medir la eficiencia y la mejora de la práctica a nivel asistencial para los grupos de servicio, por definición se ha determinado un grupo inicial de indicadores asistenciales que englobe de manera aceptada los resultados de gestión al combinar los diferentes factores de la producción de servicios y el resultado de la atención. A partir de esta selección se realizó la búsqueda de información de resultados con referentes locales e internacionales para construir un estándar comprobable que ejemplifique la metodología y que pueda orientar el trazado de una línea base.

**Tabla 2. Referentes iniciales propuestos como cuadro de indicadores (disparador)**

Segmento asistencial	Indicadores: propuestos para activar el cálculo del incentivo	Tipo de Indicador	REFERENTES INTERNACIONALES										
			BONOS COLOMBIA	NRB	MEDICARE	ESPERANA	FORNIA E HAMBURGHE	ESTANDAR PROPIETARIO	ESTANDAR ORGANIZACIONES INTERNACIONALES	Medio	Medio	Medio	Medio
Quirúrgicos	Indicación en sitio operatorio (ISO)	Proceso	Porcentaje	4,00%	0,89%	1,90%	5,80%	1,80%	2,88%	Medio			
	Retiempo quirúrgicos	Resultado	Porcentaje	12,75%	4,70%	11,40%	1,00%	SD	7,46%	Medio			
Hospitalización	Giro cama	Proceso	Vt absoluto	69,40	90,20	61,00	38,19	34,70	58,70	Medio			
	Promedio de estancia hospitalaria	Resultado	Días	6,90	5,90	5,50	7,80	4,50	6,12	Medio			
Consulta externa	Tasa de evento adverso en consulta externa	Proceso	Porcentaje	3,00%	1,20%	3,80%	11,18%	SD	4,80%	Medio			
	Frecuencia de Uso	Resultado	Vt absoluto	1,90	4,98	2,69	4,96	2,33	1,90	Mejor dato			
Apoyo diagnóstico	Correlación clínico - diagnóstica	Estándar	Porcentaje (estándar)	90,00%	90,00%	90,00%	90,00%	90,00%	99%	Medio			
	Frecuencia de Uso	Resultado	Vt absoluto	3,20	0,42	6,12	0,19	1,82	2,35	Medio			
Apoyo terapéutico	Adherencia al tratamiento	Estándar	Porcentaje (estándar)	70,00%	70,00%	70,00%	70,00%	70,00%	79%	Medio			
	Frecuencia de Uso	Resultado	Vt absoluto	1,30	2,80	2,10	5,20	1,07	2,49	Medio			
Telemedicina	Continuidad del sistema	Estándar	Porcentaje (estándar)	99,00%	99,00%	99,00%	99,00%	99,00%	99%	Medio			
	Frecuencia de Uso	Resultado	Vt absoluto	SD	69,77%	176,07%	30,00%	SD	91,95%	Medio			
Servicios domiciliarios	Tasa de infección asociado al cuidado de la salud en atención domiciliar	Proceso	Porcentaje	SD	SD	3,5%	3,50%	SD	3,5%	Medio			
	Promedio de estancia programa domiciliario	Resultado	Días	6,92	SD	22,00	10,00	7,85	11,69	Medio			

(Referencias: Ver tabla de origen de datos)

El incentivo será variable en función del volumen de atención de la institución (*por ende su volumen de facturación a las tarifas pactadas*), los resultados asistenciales del periodo y la adición de una prima por el estatus de las certificaciones de calidad que haya obtenido el prestador asignando un valor porcentual por su adopción que se ubica en un valor incremental de 0.25%, 0.50% o 0.75% de acuerdo al grado de avance en las plataforma de calidad institucional, la periodicidad de cálculo se recomienda de manera trimestral. Los factores del cálculo a su vez proporcionan acciones de ajuste y corrección teniendo en cuenta que el valor económico del ahorro puede depender de estándares cada vez más exigentes con la posibilidad de acercarlos a referentes internacionales, también constituyen factores de corrección del valor porcentual respecto al estado de la economía nacional (*al introducir una tasa libre de riesgo de referencia de evaluación a nivel local homologando el beneficio neto de la prestación*) y una demostrable condición de mejoramiento progresivo de la calidad para acceder al incentivo (*resultado frente a la línea base*). La propuesta metodológica de cálculo periódico se presenta a modo de formula en donde el valor del incentivo es igual al valor económico del ahorro de la intervención multiplicado por la suma entre la tasa de beneficio neto excedente estimado y la tasa de ajuste por certificación de calidad.

**Tabla 3 Propuesta de metodología de cálculo del incentivo**

$$IRS(n) = VEA \times (TBN + TACC)$$

Donde:  
 IRS = Incentivo reciproco por resultado en salud (trimestre n)  
 VEA = Valor económico del ahorro de la intervención  
 TBN = tasa de beneficio neto excedente  
 TACC = Tasa de Ajuste por certificación de calidad

**Valor Económico del ahorro de la intervención:** es el resultado económico en pesos colombianos (*u homologado a USD*) obtenido de la multiplicación entre la diferencia del resultado del índice de eficiencia obtenido en el periodo y el indicador de mercado base propuesto y el valor económico estándar de acuerdo con manual tarifario en uso (*Tarifas propias, Iss, paquetes, PGP, Soat, etc*). **Tasa de beneficio neto excedente:** tasa de retorno sobre la prestación de servicios homologada a una tasa interna de oportunidad o costo de oportunidad generalmente aceptada para la evaluación de proyectos a nivel local, de acuerdo a la revisión de las limitaciones en la metodología se determinó el uso de la tasa de colocación no competitiva de bonos *TES* en pesos colombianos publicada por el Banco de la República con plazo a 8 años de referencia, la introducción de esta tasa al modelo de cálculo aporta la posibilidad de

estandarizar la tasa de retorno ante la amplitud y diversidad en los tipos de prestadores, las ofertas de servicios y la complejidad (*nivel*) de la atención, así mismo permite introducir al modelo un factor de corrección ajuste de acuerdo al estado actual de la economía nacional. **Tasa de Ajuste por certificación de calidad:** buscando contribuir al fortalecimiento de la calidad en la atención en salud, se propone introducir al cálculo una prima adicional porcentual como reconocimiento a la inversión y creación de plataformas que se traduzcan en mejores prácticas orientadas al usuario y mejores resultados en el proceso clínico, administrativo y de atención. Se propone activar la prima ante tres (3) escenarios: *i) existencia de una certificación de gestión de calidad en procesos Norma ISO 9001 o certificaciones homologables, ii) acreditación en salud y iii) acreditación en salud con grado de excelencia.* Esta variable se introduce de manera binaria, es decir cuando se demuestra si se cuenta o no se cuenta con su aplicación y despliegue.

## Resultados.

La posibilidad de llevar el planteamiento del incentivo al contexto local permitió el desarrollo de un ejercicio de simulación a través de la información de un Hospital Universitario Acreditado de la ciudad de Bogotá DC (Colombia) reflejando la posibilidad real del cálculo sobre dos grupos de servicios trazadores (*Cirugía y Hospitalización*), se obtuvo la estadística oficial y los resultados del periodo comprendido por los años 2016 a 2019:

i) Para el grupo quirúrgico (*trazador con total cirugía de columna*) se evitaron en promedio un total de 6.4% de los reintegros quirúrgicos cada año lo cual corresponde a un valor económico de ahorro para el sistema de salud de \$ 1864.8 millones de pesos en el periodo evaluado, de acuerdo con la metodología el incentivo asignado al prestador correspondería a un valor de \$ 127.2 millones de pesos para el periodo, por su parte el ahorro generado para los aseguradores/pagadores corresponde a \$ 1.738,6 millones de pesos.

**Tabla 4. Simulación del cálculo del Incentivo - Grupo quirúrgico**

Ítem (Cifras en Millones de Cop\$)	2016	2017	2018	2019
Numero de pacientes atendidos en el centro de columna (a)	179	151	162	212
Numero de cirugías de columna	248	234	242	278
Numero de procedimientos	313	424	602	534
Especialistas adscritos al centro	11	11	11	11
Facturación del centro de columna	\$ 6.351,25	\$ 7.020,96	\$ 6.400,47	\$ 9.298,54
% de Reintegros por conceptos quirúrgicos estándar (b)	7,46%	7,46%	7,46%	7,46%
% de Reintegros por conceptos quirúrgicos Instituto Roosevelt (c)	0,92%	0,80%	1,21%	1,23%
Costo promedio de un Reingreso por concepto quirúrgico (d)	\$ 41,34	\$ 41,34	\$ 41,34	\$ 41,34
<b>Valor económico del ahorro de la intervención (VEA) [a x (b-c)]</b>	<b>\$ 484,10</b>	<b>\$ 415,87</b>	<b>\$ 418,71</b>	<b>\$ 546,18</b>
Tasa de beneficio Neto excedente (TBN)	6,25%	6,25%	6,25%	6,25%
Tasa de Ajuste Por certificación de calidad (TACC)	0,50%	0,50%	0,50%	0,75%
<b>IRS (VEA x (TBN + TACC))</b>	<b>\$ 32,68</b>	<b>\$ 28,07</b>	<b>\$ 28,26</b>	<b>\$ 38,23</b>

Fuente: Elaboración propia.

ii) Por su parte para el grupo Hospitalario (*Trazador Hospitalización general pisos*) la reducción promedio anual de días de estancia en hospitalización general se ubicó en 22.359 días, esto supone un ahorro al Sistema

de Salud de un total de 89.437 días en el periodo evaluado, de acuerdo con la metodología propuesta el incentivo corresponde a un valor económico de \$ 845.8 millones de pesos (*Acumulado 2016-2019*) asignados para el prestador, la disminución del costo para aseguradores/pagadores del sistema corresponde a \$ 11.586 millones de pesos.

**Tabla 5. Simulación del cálculo del Incentivo - Grupo Hospitalización general**

Costo anual total del servicio de Hospitalización del Instituto Roosevelt (millones de Cop\$)	2016	2017	2018	2019
No. De Pacientes hospitalizados (a)	9.914	9.355	8.354	7.559
Promedio estancia mercado (días)	6,12	6,12	6,12	6,12
Promedio estancia Instituto Roosevelt (Días)	3,49	3,57	3,68	3,59
Promedio de días de estancia ahorrados por paciente (Días) (b)	-2,63	-2,55	-2,44	-2,53
<b>Total días estancia ahorrados (a)</b>	<b>26.073,82</b>	<b>23.855,25</b>	<b>20.383,76</b>	<b>19.124,27</b>
<b>Análisis del ahorro (millones de cop\$)</b>				
Tarifa promedio día estancia piso gral (iss 2001 + 75%)	\$ 0,14	\$ 0,14	\$ 0,14	\$ 0,14
<b>Valor económico del ahorro de la intervención (VEA) [a x b x d]</b>	<b>\$ 3.624,26</b>	<b>\$ 3.315,88</b>	<b>\$ 2.833,34</b>	<b>\$ 2.658,27</b>
Tasa de beneficio Neto excedente (TBN)	6,25%	6,25%	6,25%	6,25%
Tasa de Ajuste Por certificación de calidad (TACC)	0,50%	0,50%	0,50%	0,75%
<b>IRS (VEA x (TBN + TACC))</b>	<b>\$ 244,64</b>	<b>\$ 223,82</b>	<b>\$ 191,25</b>	<b>\$ 186,08</b>

Fuente: Elaboración propia.

Una contribución adicional que genera la implementación de un esquema de incentivos por resultados en salud es lograr reconocer una representativa parte del valor y competitividad que han perdido las tarifas en salud frente al crecimiento del *IPC* y la *UPC*, si comparamos desde un año de referencia como el 2001 se puede observar que el *IPC* acumulado se ubica en 89.85% hasta el año 2019 mientras las tarifas en salud (*respecto al manual ISS 2001*) han crecido solo un 66% en comparación, existe una amplia brecha entre el crecimiento del costo de la prestación frente al crecimiento de las tarifas reales de mercado, la brecha acumulada en esta comparación para el periodo analizado (*2001 – 2019*) se ubica en un – 23.85%, esto es un factor que complementa de manera secundaria al incentivo propuesto al garantizar el reconocimiento de una compensación (*parcial*) por la pérdida de competitividad de las tarifas. Es interesante también observar que el crecimiento de la *UPC (entendida como la asignación de recursos por afiliado para los pagadores del sistema)* ha sido significativamente mayor al del *IPC* en el periodo evaluado (*+29.97% para el régimen contributivo y un +90.96% para el régimen subsidiado*), así mismo ocurre al compararlo con el crecimiento de las tarifas (*manual ISS 2001*) siendo mayor en un *+53.82%* respecto al régimen contributivo y un *+114.81%* respecto al régimen subsidiado).

## Discusión y conclusiones.

Al analizar el contexto de la relación operativa y administrativa entre los prestadores y los aseguradores/pagadores del sistema se puede afirmar que la mayoría de los casos dicha relación se ha transformado en un foco de destrucción de valor. Esta afirmación parte del hecho financiero inverso que impacta a los prestadores de servicios cuando obtienen mejores resultados en salud sobre las poblaciones

atendidas disminuyendo las frecuencias de uso asociadas, este escenario supone para los prestadores una menor facturación de productos y servicios lo que equivale inevitablemente a un menor ingreso y por consiguiente un menor margen (*manteniendo un balance proporcional entre el costo y el gasto*). Contrario a este efecto, el ahorro generado en la eficiencia de la operación se orienta en toda su proporción a la disminución del costo de atención de los aseguradores/pagadores del sistema, lo que reduce su tasa de siniestralidad.

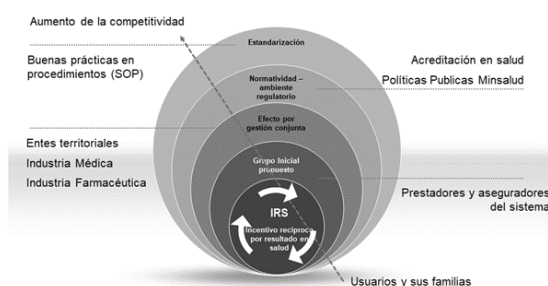
El esquema de incentivos recíprocos por resultados en salud contempla y propone una metodología de estimación financiera razonable y estandarizada sobre la retribución de los ahorros generados en la entrega de servicios a los usuarios del sistema de salud con el objetivo de impulsar la calidad mediante el reconocimiento financiero a los prestadores con resultados superiores (con *destino de reinversión y fortalecimiento del capital de trabajo*) y una esperada disminución de la tasa de siniestralidad para el segmento pagador (*EAPB*) al propiciar la gestión del riesgo en salud y en consecuencia un impacto mayor en la gestión de riesgo financiero.

Dado que existen limitaciones en la metodología del cálculo estas deben contemplarse a través del planteamiento del modelo, una de ellas es la posibilidad de introducir al sistema variables que faciliten el surgimiento de incentivos perversos, estos podrían materializarse a través de dos (2) fenómenos propios del sistema de salud, i) la integración vertical y ii) la contención del costo a través de mecanismos de restricción de acceso a servicios dentro y fuera del Plan de Beneficios en Salud (PBS). Para el primer caso podría limitarse la aplicación del esquema de incentivos recíprocos para la relación entre la matriz y el prestador integrado verticalmente dejando abierta la posibilidad de su aplicación cuando la atención este a cargo de un contrato de aseguramiento diferente al de su matriz, es decir con pago de otro asegurador, para tal fin el esquema de incentivos contribuirá a los estándares de eficiencia en la prestación impactando a su vez los procesos integrados con el asegurador mediante una reducción del costo de la atención. El incentivo no desaparece en sí, sino que se transforma en una mejor práctica para la atención de usuarios de la propia red. Para el segundo escenario se planteó que los servicios objeto de medición para el reconocimiento del incentivo (*adicionalmente a ajustarse a un grupo diagnóstico y un conjunto de indicadores de gestión*) cuenten con la adopción de guías y protocolos de atención clínica para el grupo de intervenciones contratadas e incluidas en el esquema. El campo de aplicación del incentivo se plantea de manera inicial para los nodos de aseguramiento y prestación, podrá ser aplicado de manera concertada a

través de los contratos de prestación de servicios suscritos estableciendo un acuerdo de facturación para tal fin, los valores de línea base y los indicadores seleccionados podrán ser acordados de acuerdo con el alcance de la oferta de servicios en la relación contractual. En el futuro esta propuesta podrá ser transferida y aplicada a otros nodos sectoriales que participan del proceso de atención en salud en cómo es el caso de los entes territoriales (*Direcciones territoriales de salud secretarías de salud Departamentales, Distritales y Municipales*), la industria farmacéutica y los entes de control.

**Gráfico 1. Propuesta modelo de transferencia de la metodología a treves de los nodos sectoriales**

## MODELO TRANSFERENCIA



Así mismo y dada la naturaleza proyectiva de la propuesta los parámetros de cálculo, como los indicadores de referencia y la adopción de tasas de *beneficio neto exente* podrán ser ampliadas o concertadas de acuerdo con el alcance de la habilitación de servicios, la ubicación geográfica o el acuerdo entre los intervinientes. La metodología propuesta busca consolidar y argumentar la necesidad y pertinencia del incentivo como un mecanismo de retribución proporcional y un factor dinámico para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud en Colombia, por supuesto que estos esfuerzos están orientados a mejorar el resultado clínico y los procesos de atención de los usuarios, sobre todo aquellos más vulnerables de nuestra sociedad.

## Referencias.

Banco de La República. (2020). Bogotá DC. Estadísticas macroeconómicas históricas. Recuperado de: <https://www.banrep.gov.co/>

Banco de La República. (2020). Bogotá DC. Estadísticas TES EN pesos, recuperado de: <https://www.banrep.gov.co/es/estadisticas/tes-pesos> y <https://www.banrep.gov.co/es/glosario/tes-2019>

Bardey, David. (2017). Artículo El sistema de salud colombiano: ¿bueno o malo?: Universidad de los Andes -CEDE Calle 19A No. 1-37 Este · Bloque W · Piso 9 Bogotá Colombia Phone: (571) 3394949 ext 2415. Fax: (571) 3324492 Email: [d.bardey@uniandes.edu.co](mailto:d.bardey@uniandes.edu.co) <https://lasillavacia.com/blogs/blogoeconomia/el-sistema-de-salud-colombiano-bueno-o-malo-62792>

Cashin et al. (2014). *Paying for Performance in Health Care. [Pago por desempeño en el cuidado de la salud]. Implications for health system performance and accountability.* Open University Press. McGraw- Hill Education. (P 35). Recuperado de: [https://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0020/271073/Paying-for-Performance-in-Health-Care.pdf](https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/271073/Paying-for-Performance-in-Health-Care.pdf)

Consejo Internacional de Enfermeras, Federación Internacional de Hospitales, Federación Farmacéutica Internacional, Confederación Mundial para la Fisioterapia, Federación Mundial de Odontología, Asociación Médica Mundial, Suiza. (2008). Organización Mundial de la Salud. Guía: Incentivos para profesionales de la salud. Copia previa a la publicación.

Recuperado de: [https://www.who.int/workforcealliance/documents/Incentives\\_Guidelines%20EN.pdf](https://www.who.int/workforcealliance/documents/Incentives_Guidelines%20EN.pdf)

Cornejo, M. & Vargas, I. & Vásquez, María. (2008) Mecanismos de distribución del sistema de pago capitativo: Revisión de algunas experiencias internacionales. (Tesina). Universidad Pompeu Fabra. Máster en Salud Pública 2007-2008. Barcelona (España).

Correa S, Luis Fernando, 2011. Biblioteca Nacional De Indicadores De Calidad De La Atención En Salud. Observatorio de la calidad de la atención en salud. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/1/BIBLIOTECA%20NACIONAL%20DE%20INDICADORES%20JUNIO%202011.pdf>

EMIS Bpr Benchmark. (2018). Sector Hospitales Colombia. Londres, UK. Consolidado Sector Clínicas y Hospitales Colombia. Recuperado de: <https://bdbiblioteca.universidadean.edu.co/login?url=https://www.emis.com/php/dashbord>

Gaitán, C. (2006). Colombia, tercer país de Latinoamérica con mayor número de certificados ISO 9001. Revista dinero, Edición digital 15 de septiembre de 2006. Recuperado de: <https://www.dinero.com/actualidad/noticias/articulo/colombia-tercer-pais-latinoamerica-mayor-numero-certificados-iso-9001/36594#:~:text=Colombia%2C%20tercer%20pa%C3%ADs%20de%20Latinoam%C3%A9rica%20con%20mayor%20n%C3%BAmero%20de%20certificados,de%20gesti%C3%B3n%20de%20la%20calidad.>

Giraldo Valencia, Juan Carlos 42° Informe De Seguimiento De Cartera Hospitalaria Con Corte A junio 30 de 2019. Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas. (P3)

Gorbanev, Iouri y otros. Pago por desempeño: El prestador de servicios de salud de cara a la negociación con las aseguradoras del régimen contributivo, Bogotá DC, 2017. Revista de Salud Pública ISSN 0124-0064. Recuperado de: <file:///C:/Users/Personal/Desktop/pago%20por%20desempe%C3%B1o%20en%20ss%20col.pdf>

Guerrero, Ramiro, Prada, Sergio I, Lambard, German. 2013. Fallas de Mercado, Fallas de Gobierno e Incentivos Perversos en el SGSSS. (22P) Policy paper No.9 FESCOL recuperado de: <http://library.fes.de/pdf-files/bueros/kolumbien/09583-20130201.pdf>

Instituto Colombiano de Normas Técnicas ICONTEC. (2020). Nuestra compañía. Bogotá DC. Recuperado de: <https://www.icontec.org/>

Instituto Roosevelt. (2020). Instituto Roosevelt-Cómo vamos. Bogotá DC. Indicadores Institucionales y capacidad Instalada. Recuperado de: <https://www.institutoroosevelt.com/como-vamos/>

Ley 100 de 1993. Diario Oficial. Imprenta Nacional de Colombia. Congreso de la República, Bogotá DC, Colombia. 23 de diciembre de 1993.

Ley 1122 del 2007. Diario Oficial. Imprenta Nacional de Colombia. Congreso de la República, Bogotá DC, Colombia. 09 de enero de 2007.

Ley 1438 de 2011. Diario Oficial. Imprenta Nacional de Colombia. Congreso de la República, Bogotá DC, Colombia, 19 de enero de 2011

Ley 1608 de 2013. Diario Oficial. Imprenta Nacional de Colombia. Congreso de la República, Bogotá DC, Colombia, 02 de enero de 2013

Ley 1797 de 2016. Diario Oficial. Imprenta Nacional de Colombia. Congreso de la República de Colombia, Bogotá DC, Colombia, 13 de julio de 2016

Mannion, R., & Davies, H. T. (2008). Payment for performance in health care. [Pago por desempeño en el cuidado de la salud]. BMJ (Clinical research ed.), 336(7639), 306-308. Recuperado de: <https://doi.org/10.1136/bmj.39463.454815.94>

Martínez, Félix. (2013) La crisis de la seguridad social en salud en Colombia ¿Efectos inesperados del arreglo institucional? Bogotá, abril de 2013. Fundación para la Investigación y Desarrollo de la Salud y la Seguridad Social FEDESALUD. Bogotá.

Mathes T, Pieper D, Morche J, Polus S, Jaschinski T, Eikermann M. Pay for performance for hospitals. [Pago por desempeño en Hospitales. Cochrane Database Syst Rev. 2019;7(7):CD011156. Published 2019 Jul 5. doi:10.1002/14651858.CD011156.pub2 Recuperado de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31276606/>

Ministerio de Salud. República de Colombia (2020). Acreditación en Salud. Acceso al repositorio de acreditación en salud. Bogotá DC (Col). Recuperado de: <http://www.acreditacionensalud.org.co/Paginas/Index.aspx>

Ministerio de Salud. República de Colombia (2020). Bogotá DC (Col). Registro Especial de Prestadores de Salud (REPS). Recuperado de: <https://prestadores.minsalud.gov.co/habilitacion/>

Ministerio de Salud. República de Colombia (2020). Bogotá DC (Col). Estadísticas aseguramiento y prestación. Sistema Integrado de Información de la Protección social (RUAF SISPRO) Recuperado de: <https://www.sispro.gov.co/Pages/Home.aspx>

Ministerio de Salud. República de Colombia. (2020). Observatorio nacional de Indicadores de calidad en salud. Bogotá DC (Col). Recuperado de: <http://calidadensalud.minsalud.gov.co/indicadores/Paginas/Indicadores.aspx>

Nicholls Mesa, Gabriel. Publicaciones ACEMI. Asociación Colombiana de empresas de Medicina Integral. 2013. Cifras e indicadores del Sistema de Salud EPS asociadas a Acemi (170 P). Recuperado de: [https://www.acemi.org.co/images/publicaciones/documentos\\_de\\_interes/documentos-interes/salud\\_en\\_cifras-2013.pdf](https://www.acemi.org.co/images/publicaciones/documentos_de_interes/documentos-interes/salud_en_cifras-2013.pdf)

Nicholls Mesa, Gabriel. Publicaciones ACEMI. Asociación Colombiana de empresas de Medicina Integral. 2017. Cifras e indicadores del Sistema de Salud EPS asociadas a Acemi (278 P). Recuperado de: [https://issuu.com/acemi/docs/informe\\_cifras\\_2017](https://issuu.com/acemi/docs/informe_cifras_2017)

Norma ISO 9001 Versión 2015. Organización internacional de estandarización, Ginebra. Suiza, 23 septiembre de 2015

Organización Internacional de Estandarización. (2020). Landing Page Ginebra (Suiza). Reseña Institucional en español. Recuperado de: <https://www.iso.org/home.html>

Organización Panamericana de la Salud. (2003). Santo Domingo. República Dominicana. Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social. Guías E Instrumentos Para Evaluar La Calidad De La Atención, Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social Organización Panamericana de la Salud Recuperado de: [https://www.paho.org/dor/index.php?option=com\\_docman&view=download&alias=20-guia-e-instrumentos-para-evaluar-la-calidad-de-la-atencion&category\\_slug=sistemas-y-servicios-de-salud-y-proteccion-social&Itemid=27](https://www.paho.org/dor/index.php?option=com_docman&view=download&alias=20-guia-e-instrumentos-para-evaluar-la-calidad-de-la-atencion&category_slug=sistemas-y-servicios-de-salud-y-proteccion-social&Itemid=27)

Ortún Rubio, Vicente. La salud del sistema sanitario español. Localización: Economía; Revista Vasca de Economía, ISSN 0213-3865, N.º. 25, 1993, págs. 12-23 Idioma: español

Ovalle, Diego Andrés. Riaño Bejarano, Yulieth Pago por desempeño: El prestador de servicios de salud de cara a la negociación con las aseguradoras del régimen contributivo. 2017. Pontificia Universidad Javeriana. Recuperado de: <https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/42397/Pago%20por%20desempe%C3%B1o.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Resolución 1446 de 2006 Anexo técnico - Ministerio de Salud y Protección Social, Bogotá DC, 08 de mayo de 2006

Resolución 5095 de 2018. Ministerio de Salud y Protección Social, Bogotá DC, Colombia, 19 de noviembre de 2018

Strauss, A., and Corbin, J. (1998). Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing grounded theory (2nd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage

Vargas González, Vilma et al. Indicadores de Gestión Hospitalaria. Revista de Ciencias Sociales. V.13. N.3. Maracaibo dez. 2007.



Acreditada  
en Alta Calidad

Res. n.º. 29499 del Mineducación.  
29/12/17 vigencia 28/12/21