


Caracterización y análisis de los elementos básicos de los mecanismos de pago en salud y tipologías más frecuentes

Characterization and analysis of the basic elements of health payment mechanisms and their most frequent types

Daniela Paredes-Fernández^a, Rony Lenz-Alcayaga^{a*}, Karla Hernández-Sánchez^b,
Jael Quiroz-Carreño^c

^a Núcleo Académico Instituto de Salud Pública, Universidad Nacional Andrés Bello, Santiago, Chile

^b Unidad de Revisión de Evidencia, Lenz Consultores, Santiago, Chile

^c Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Santiago, Chile

*Autor de correspondencia rony.lenz@unab.cl

Citación Paredes-Fernández D, Lenz-Alcayaga R, Hernández-Sánchez K, Quiroz-Carreño J. Characterization and analysis of the basic elements of health payment mechanisms and their most frequent types *Medwave* 2020;20(9):e8041

Doi 10.5867/medwave.2020.09.8041

Fecha de envío 19/05/2020

Fecha de aceptación 07/10/2020

Fecha de publicación 01/10/20

Origen No solicitado

Tipo de revisión Revisión por pares externa, por tres árbitros a doble ciego

Palabras clave reimbursement mechanisms, insurance, health, reimbursement

Resumen

Introducción

Los sistemas de salud se desarrollan en ámbitos complejos y con fallas constantes (incertidumbre, asimetría de información, problema de relación de agencia e inducción de demanda). Estas fallas determinan las relaciones e incentivos entre los actores y se basan en la imperfección del sector. Frente a ello, los mecanismos de pago regulan aspectos del comportamiento e incentivos del sistema, participando como instrumentos de compra de atenciones de salud a prestadores, mediados por los seguros de salud en representación de los usuarios.

Objetivo

Caracterizar los elementos básicos de las tipologías más frecuentes de los mecanismos de pago con el propósito de para apoyar la labor de los prestadores en su relación con pagadores.

Métodos

Se condujo una revisión dirigida de la evidencia en PubMed, Google, Google Scholar y selección estratégica en bola de nieve. Los mecanismos de pago están conformados por tres variables microeconómicas clásicas fijas o variables: precio, cantidad y gasto; y dimensiones temporales utilizadas para analizar sus atributos y efectos. De la combinación de estas variables surgen distintos mecanismos.

Resultados

Entre los más utilizados se describen: pago por servicio, presupuesto global, Bundled Payments, grupos relacionados de diagnóstico, per cápita, pago por desempeño y acuerdos de riesgo compartido. Dentro de sus variables ha cobrado importancia una cuarta, el riesgo financiero.

Conclusiones

Los mecanismos de pago resultan esenciales para concatenar esfuerzos sanitarios con la práctica clínica. Permiten regular relaciones entre seguros, prestadores y usuarios. Dependiendo de la arquitectura del mecanismo, estas pueden tornarse beneficiosas o entorpecer el cumplimiento de los objetivos del sistema sanitario.

Abstract

Introduction

Healthcare systems are developed in imperfect scenarios, in which there are constant failures (uncertainty, information asymmetry, agency relationship problem, and supply-induced demand). These failures, based on the imperfection of the sector, determine the relationships and incentives

between the actors. It is within this context that payment mechanisms regulate aspects of the system behavior and incentives, acting as instruments for the purchasing of health care from providers, mediated by health insurance on behalf of users.

Objective

To characterize the basic elements of most frequent payment mechanisms to help providers in their relationship with payers.

Methods

A review of the evidence was conducted in PubMed, Google, Google Scholar, and strategic snowball selection. Payment mechanisms consist of three classical microeconomics variables, fixed or variable: price, quantity, and expense. Time dimensions are used to analyze their attributes and effects. Different mechanisms emerge from the combination of these variables.

Results

Among the most used are: Fee-For-Service, Global Budget, Bundled Payments, Diagnosis-Related Groups, Per-capita, Performance Pay, and Risk-Sharing Agreements. A fourth has also gained importance: Financial Risk.

Conclusions

Payment mechanisms are essential to link health efforts with clinical practice. They make it possible to regulate relationships between insurers, providers, and users, which, depending on the architecture of the mechanism, can become beneficial or hinder the fulfillment of the objectives of the health system.

Ideas clave

- Los sistemas de salud se caracterizan por operar en contextos de incertidumbre que varía entre actores (usuarios, prestadores y seguros).
- Dada la asimetría de información, los seguros son quienes representan a los usuarios en el acto de compra en salud, por lo que deben decidir cuáles son los mecanismos de pago más eficientes y equitativos.
- Los mecanismos de pago son instrumentos que median la compra en salud, permiten regular el comportamiento y los incentivos entre prestadores, seguros y usuarios. Su uso e idoneidad en su selección están dados por la naturaleza de la base de pago y los riesgos que busca administrar. Dependiendo de cómo se combinen sus elementos constitutivos, pueden generarse incentivos negativos o positivos, con efectos en la salud de las personas y en la sostenibilidad financiera de los prestadores.
- Este reporte analiza los elementos básicos de las tipologías más frecuentes de los mecanismos de pago para facilitar su comprensión a los profesionales sanitarios, y con ello apoyar la labor de los prestadores en su relación con pagadores.

Introducción

Los sistemas de salud se caracterizan por operar en contextos de incertidumbre. Dicha incertidumbre varía entre actores (usuarios, prestadores y seguros)^{1,2}. Particularmente, los usuarios no cuentan con toda la información necesaria para tomar decisiones. Uno de dichos ámbitos es la compra (“purchasing”) o la elección de las mejores formas de financiar las atenciones desde pagadores a prestadores. Dada la asimetría de información, son los seguros quienes representan a los usuarios en dicho acto de compra. Para esto, deben decidir cuáles son los mecanismos de pago más eficientes y equitativos. En este proceso los pagadores deben compensar en sus mecanismos de pago las fallas del mercado sanitario.

Particularmente importante es el problema de agencia, esto es, controlar la desalineación de incentivos de los prestadores y profesionales médicos respecto de los intereses de los usuarios². En este escenario, un seguro de salud puede optar a ser solo una “caja pagadora”. Ello implica desarrollar una compra pasiva o asumir un rol activo a través de una compra estratégica^{3,4}. Esto equivale a seleccionar proveedores, propiciar mejoras en desempeño, calidad y eficiencia por

la vía de emplear mecanismos de pago en salud³. Estos mecanismos son instrumentos que sirven, no sólo para financiar la oferta de salud, sino para representar a las personas y para mediar la relación establecida con los prestadores de atenciones de salud³. Dependiendo de cómo se combinen sus elementos constitutivos, pueden generarse incentivos negativos o positivos, con efectos en salud, así como en la sostenibilidad financiera de los prestadores⁵.

Un mecanismo de pago persigue distintos objetivos: contribuir a mejorar el acceso a la salud y a la calidad de la atención; ser no discrecionales, esto es establecer reglas iguales para todos, orientadas por la transparencia y estabilidad de condiciones, de manera de servir de sistema de señales; incentivar el uso eficiente de recursos; ser de fácil implementación para evitar tanto costos de transacción como pérdidas financieras innecesarias; y, finalmente, como premisa crucial, cuidar la transferencia del riesgo al actor que mejor lo pueda administrar^{4,6}.

El objetivo del presente reporte es caracterizar los elementos básicos de las tipologías más frecuentes de los mecanismos de pago, para apoyar la labor de los prestadores en su relación con pagadores.

Metodología

De forma de dar respuesta al objetivo planteado, se condujo una búsqueda dirigida de la evidencia. Para ello, se adoptaron los pasos metodológicos de las revisiones de alcance, según recomendaciones del Instituto Joanna Briggs. Se articuló la pregunta de investigación y la estrategia de búsqueda basada en el acrónimo PCC (población, concepto y contexto), reconociendo los mecanismos de pago más utilizados en la literatura. Se concertaron términos MeSH y palabras libres (“Reimbursement Mechanisms/organization and administration”[Majr], “payment models”, “mecanismos de pago”) en PubMed y en fuentes de literatura gris a través de Google, Google Scholar y Organización Mundial de la Salud (OMS). Para complementar la búsqueda y no excluir literatura relevante se utilizó la selección estratégica de artículos por bola de nieve, donde se revisaron listas de referencias de artículos seleccionados. Se consideraron artículos en español o inglés, con no más de 15 años de antigüedad. Las referencias fueron procesadas en tamizaje de primer y segundo nivel, a través de software Mendeley.

En la taxonomía de Cashin, C. acuñada por la OMS y Kutzin, C.^{3,7}, los mecanismos de pago están conformados por tres variables clásicas:

1. Precio (p): conformada por los aranceles o tarifas que se utilizan para la valoración de la base de pago.
2. Cantidad (q): definición de la base de pago y frecuencia de consumo o producción.
3. Gasto (p*q): resultante de la multiplicación de la frecuencia de la base de pago que una persona o un grupo de personas requirió y que un prestador entregó, y los respectivos aranceles de estas atenciones⁸.

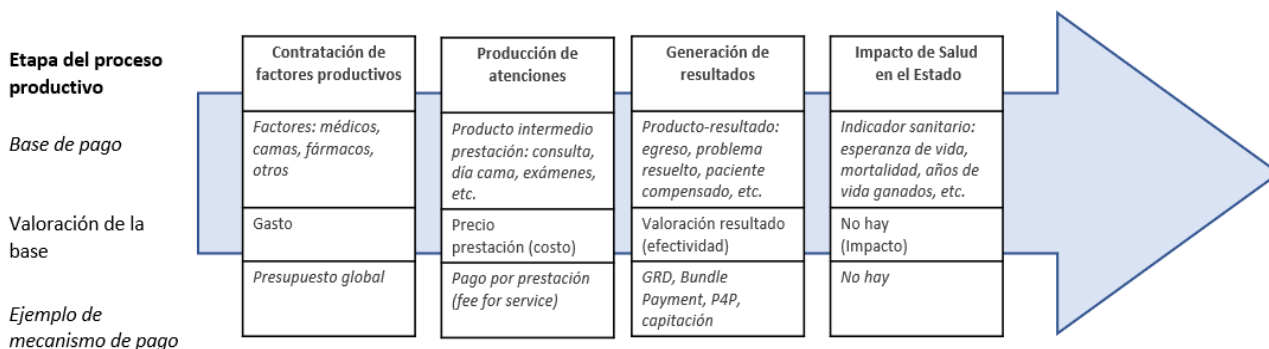
Un ejemplo de precio son los aranceles establecidos por el Fondo Nacional de Salud (FONASA). Este organismo público está encargado de otorgar cobertura financiera en salud en Chile en sus dos modalidades de atención: institucional y libre elección. Los prestadores de salud de la red pública y los prestadores privados son “tomadores de precios”, o sea, no los pueden negociar ni modificar. En el sector privado, en cambio, los precios son negociados entre prestadores y los seguros privados, en condiciones variables de competencia.

Metodológicamente en economía de la salud, las transacciones microeconómicas entre pagadores y prestadores (función de compra)

se caracterizan a través de lo que se denominan “mecanismos de pago” (payment mechanisms, en inglés). Todo mecanismo de pago cuenta con una base de pago. Estos son atributos o servicios específicos que se están financiando⁹. En este sentido, no será lo mismo el pago por un hemograma versus el pago por una colposcopia, por una canasta de cuidados paliativos o, por ejemplo, el pago por logro de metas sanitarias o por desempeño (resultados sanitarios). Así, una base de pago puede basarse en el pago por una prestación única, por una resolución integral, o en el pago por logros sanitarios de un servicio de salud. Las bases de pago más conocidas en Chile son las contenidas en los aranceles del Fondo Nacional de Salud, principalmente prestaciones como cirugías, consultas médicas, exámenes de laboratorio y procedimientos, entre otras. Sin embargo, en el país también existen canastas estandarizadas como en el programa de prestaciones valoradas que sirve para financiar el régimen de garantías explícitas. A partir de 2020 se están introduciendo los grupos relacionados de diagnósticos como base de pago a los hospitales. Para enriquecer el análisis, es posible profundizar en qué significa exactamente la variable conocida como base de pago o “q”.

Por una parte, es útil visualizar la atención de salud como un proceso productivo conformado por un conjunto de actividades encadenadas secuencialmente, que van complejizándose en el abordaje de un problema de salud. Una cadena de valor de la atención de salud constituida por las actividades de contratación de factores productivos, producción de atenciones, generación de resultados e impacto en el estado de salud, es una representación posible de esta noción. El financista, a través de la elección de sus mecanismos de pago, puede optar por financiar cualquiera de estas fases productivas de la cadena de valor. A través de presupuestos globales, históricos o prospectivos, financia los gastos de las organizaciones (como el programa de prestaciones institucionales del Fondo Nacional de Salud hacia los salud); mediante pagos por prestaciones sufragas actos médicos individuales (arancel del Fondo Nacional de Salud de la modalidad de libre elección); a través de pagos por resultados financia la resolución de algún problema de salud (como en las canastas del régimen de garantías explícitas o los grupos relacionados de diagnósticos). Optando por financiar una de estas fases, define la base de pago y tipifica lo que un sistema de salud va a considerar como “producto sanitario”. Es en este hecho esencial, más que en el financiamiento, donde radica la importancia sanitaria y el poder de los seguros de salud.

Figura 1. Cadena de valor del proceso de atención de salud.



GRD: grupo relacionado de diagnóstico.

P4P: pago por desempeño en el cuidado de la salud (Pay for Performance in healthcare)

Fuente: elaboración propia.

En materia de variables de análisis de este reporte, podemos descomponer (q) como el producto de tres elementos: el conjunto de atenciones comprendidas en la base de pago (x), la tasa de utilización de la base de pago por los usuarios (t) y el número de usuarios atendidos (n). Esto es, $q = x*t*n$. Tener esto presente es importante, porque en la literatura, en general, no siempre se precisan con claridad estos componentes. Ello puede llevar a confusión al interpretar los mecanismos de pago.

Un elemento crítico por considerar es que las atenciones de salud a consumir por el paciente (q), por los problemas de asimetría de información y de agencia, suelen ser definidas por los profesionales y no por los usuarios. Estos tienen incentivos, si no son regulados adecuadamente, a entregar atenciones altamente especializadas; a la complejización de la atención; el no poder ser reemplazadas fácilmente unas por otras (poca sustitución); y frecuentemente, a ser brindadas en compañía de otras (complementariedad). Estos atributos generan espacios para la inducción de demanda. El rol del mecanismo de pago es colocar límites y restricciones a prácticas que no generen beneficios a los pacientes, y que impliquen consumo ineficiente de recursos.

Como en todo intercambio, este puede ser visto desde dos perspectivas: del que demanda (seguro) o del que ofrece (prestador). Desde la perspectiva del seguro este realiza un gasto: $\text{precio} * \text{cantidad} = \text{gasto}$. En cambio, desde la perspectiva del establecimiento prestador, este percibe un ingreso: $\text{precio} * \text{cantidad} = \text{ingreso}$. Así, el gasto del pagador es el ingreso del prestador. De esta forma, en mecanismos de pagos variables o abiertos como sucede con el pago por prestación de la modalidad de libre elección del Fondo Nacional de Salud, el ingreso dependerá de la cantidad de atenciones que brinde y del precio que estas tengan. Los presupuestos públicos de los servicios de salud o de los hospitales públicos son buenos ejemplos de pagos basados en variables de gasto.

Al conjunto de las tres variables clásicas podemos denominarle dimensión de intercambio de los mecanismos de pago. Sin embargo, también existe una dimensión temporal. En esta dimensión temporal existen dos momentos que se aplican a los mecanismos de pago y que dan origen a pagos retrospectivos o prospectivos. En los pagos retrospectivos los costos del prestador sirven de base para determinar los pagos *ex post*, mientras que en los pagos prospectivos, los pagos se determinan con independencia de los costos del prestador *ex ante*¹⁰. Esta dimensión alude a la correspondencia entre el momento en que el prestador percibe los ingresos asociados a la producción de atenciones y el momento en que incurre en los costos para brindar la prestación^{6,10}. Un mecanismo de pago retrospectivo no predice cuánto deberá pagar el usuario *ex ante*, o qué atenciones recibirá antes de que se le realicen, sino más bien, paga por la atención realizada. Sólo al final de su atención tanto el usuario como el seguro, conocerán la facturación y, por ende, el pago. En cambio, prospectivamente se parte de la base de un conjunto definido de variables de precio o cantidad conocidas *ex ante* y un gasto máximo límite a pagar, conocidos estos por el seguro, el prestador y el usuario^{6,10,11}.

Crecientemente ha ido cobrando mayor protagonismo una nueva dimensión del riesgo en los mecanismos de pago. Es decir, puede concebirse el precio, la cantidad y el gasto como el valor esperado de la variable dentro de una amplia gama de posibilidades que esta puede tomar, y que pueden modelarse estadísticamente. El riesgo puede ser

definido como la transferencia de incertidumbres cuantificables probabilísticamente, de distintas naturalezas, entre los agentes que participan de la transacción. Es decir, entre seguro y prestador (institucional o individual)-, e inclusive puede afectar al paciente a través de los copagos y gastos de bolsillo. Los actores de salud son renuentes a administrar el conjunto de riesgos o riesgo financiero. Este se acentúa, por ejemplo, en intervenciones que involucran tecnologías de alto costo unitario, sean estas dispositivos médicos o fármacos. Muchas veces la aversión a administrar el riesgo financiero termina por limitar las oportunidades de acceso de la población a la atención y a las tecnologías de innovación.

En esta misma dimensión de riesgo, la información generada a partir del proceso de intercambio adquiere relevancia especial. Ello porque se introduce como retroalimentación para precisar la probabilidad de ocurrencia de los eventos, por lo que los sistemas de información que soportan los mecanismos de pago pasan a ser elementos críticos dentro del problema. Por ejemplo, son cruciales para pagar oportunamente o para controlar o auditar si lo cobrado o facturado corresponde a lo realmente realizado.

Existe una dimensión adicional que podemos denominar institucional. Esta tiene que ver con los arreglos institucionales dentro de los cuales ocurre el proceso de compra y donde se aplican los mecanismos de pago. Es decir, el contexto de normas de intercambio, que involucra la forma de organización de los prestadores, de los seguros y los elementos regulatorios de esta interacción. Esto determina como se formarán los precios de los mecanismos de pago. Esta dimensión no será abordada en este trabajo. En este sentido, el análisis propuesto a continuación es principalmente instrumental. Esto es, centrado en los mecanismos propiamente tales y no en el contexto específico en el cual operan.

Por los atributos de este reporte, no ha sido necesario presentarlo a un comité de ética.

Análisis

Los mecanismos de pago son instrumentos de compra que pueden organizarse en diversas combinaciones, dependiendo si los pagadores optan por fijar la variable de precio, cantidad o gasto; o bien, fijar dos variables a la vez. Teóricamente, existen ocho combinaciones posibles suponiendo que cada una puede ser variable o fija. Así tenemos:

1. Precio, cantidad y gasto variables.
2. Precio y cantidad variables y gasto fijo.
3. Precio variable, cantidad fija y gasto variable.
4. Precio variable y cantidad y gasto fijo.
5. Precio fijo, cantidad y gasto variable.
6. Precio fijo, cantidad variables y gasto fijo.
7. Precio fijo, cantidad fija y gasto variable.
8. Precio, cantidad y gasto fijo.

La única inconsistente es la combinación 7, ya que dos variables fijas no puedan dar una variable, salvo que se excluya alguna de las variables que conforman (q) o se rompa la igualdad desligando el pago de la base de pago.

Escenarios donde todo es variable obedecen a lógicas de libre mercado y son menos frecuentes en el espacio de la seguridad social. Los

escenarios donde el gasto es fijo son propios de arreglos de financiamiento estatal donde se sigue una lógica presupuestaria. En este tipo de escenario, el gasto siempre permanece fijo y se dan una de dos condiciones: o se permite que el prestador ajuste por la variable que no fija el pagador, o se da una situación de total comando-control, donde se fijan todas las variables. Esto último es lo que se observa, por ejemplo, en las programaciones de actividades que realizan los establecimientos públicos de salud donde se colocan metas de actividad a precios establecidos centralmente para un presupuesto dado.

En escenarios de gasto variable, el pagador puede optar por fijar precios y dejar la cantidad libre, como en el caso de la modalidad de libre elección del Fondo Nacional de Salud. Cuando fija la cantidad, la señal para el prestador es que puede realizar la atención a cualquier costo. Los mecanismos de pago que fijan la variable de cantidad en un cierto nivel (usualmente establecido según data histórica), llevan a que el prestador perciba ingresos fijos pese a aumentar su actividad. En contraste, en sistemas variables, donde no se fija la variable de cantidad, esta queda definida por el nivel de actividad de los prestadores, y su ingreso será proporcional a la actividad que cobre al pagador. En este último caso, el incentivo a sobre producir es evidente, ya que a más producción más ingresos percibirá el prestador. Sin embargo, este escenario es financieramente riesgoso para los seguros, así como clínica y financieramente riesgoso también para pacientes.

Tipos de mecanismos más frecuentes

De la combinación de estas variables surgen diversos mecanismos, siendo posible reconocer varios sistemas de pago dentro del quehacer sanitario⁶. Estos son un constante juego de incentivos y de traslado de riesgos entre prestador y seguro. Tales incentivos y traslados de riesgo dependerán de los acuerdos contractuales que tomen los actores que participan del mecanismo de pago.

Fee For Service

Conocido también como pago por servicio, es un mecanismo en el que el reembolso está en función de la actividad realizada y un arancel conocido (retrospectivo)^{3,12}. En este mecanismo no hay topes ni límites a la actividad del proveedor, quedando este libre de otorgar tantas atenciones como desee y facturarlas al seguro, por lo que es el mecanismo preferido por los prestadores. En consecuencia, el rol del seguro queda limitado solo a pagar lo que el prestador facture, siendo los ingresos incrementales del proveedor iguales a la producción incremental. Por su parte, el prestador actúa libre de riesgo financiero, traspasándolo totalmente al asegurador y al usuario. El seguro se transforma en una figura que financia las atenciones, pero que no actúa como un ente que contribuye a mejorar la calidad y eficiencia en salud.

El pago por servicio introduce variabilidad en la práctica médica, se asocia a sistemas de salud fragmentados sin continuidad de la atención (episódica) y a una fuerte tendencia a la explosión de costos, así como a la producción de beneficios limitados al usuario¹².

Algunas de las razones que pueden explicar la inercia en su uso en los sistemas de salud, aparte de sus beneficios en ingresos incrementales dependientes de la actividad, guardan relación con su facilidad administrativa y transparencia, ya que el único dato que se transa es el número de atenciones⁵.

Por otra parte, dado que se vincula a mayor producción⁵, se ha explorado su efecto positivo en el potencial incentivo a aumentar prestaciones de medicina preventiva y acciones de tamizaje desde los prestadores. Por ejemplo, sólo el alza de un dólar en el reembolso por administración de vacunas en niños beneficiarios del Medicaid, se asoció a un 2% más de inmunizaciones¹³. Una experiencia en Camerún donde se protegió del gasto de bolsillo a mujeres sin capacidad de pago para el acceso a un programa de tamizaje de cáncer cervicouterino articulado mediante pago por servicio, reportó alzas constantes anuales en el número de mujeres tamizadas, y un incremento acumulado de 35,23 veces desde el inicio del piloto¹⁴.

Un pago por servicio que no está regulado es una señal potente hacia el prestador para explotar las asimetrías de información y los problemas de agencia, desprotegiendo del riesgo financiero al usuario en la medida que existan copagos altos o no exista cobertura en los planes de salud. De esta forma, no se deben obviar los efectos de gastos de bolsillo asociados a esta práctica, que finalmente pueden coartar el acceso de las personas a la atención de salud.

Presupuesto global

Desde la perspectiva del prestador, un mecanismo de pago tipo presupuesto global solo fija su ingreso. En cambio, desde la perspectiva del seguro fija su gasto^{12,15,16}. La variable precio es generalmente explicitada en un arancel de referencia. La variable de cantidad permanece como incógnita y abierta, y depende de la capacidad organizativa del prestador¹⁷. Bajo este esquema, el seguro no fiscalizará el cumplimiento de la eficiencia asignativa ni las atenciones en cantidad ni en subgrupos específicos de pacientes. Más bien, se espera que sea el prestador quien haga una asignación y priorización justa y racional de la cantidad total que asigna¹⁸.

Un presupuesto global “puro” no se asocia a sistemas de clasificación de pacientes, ni a canastas, ni a normas de acceso de pacientes. Tampoco existe control sobre la mezcla de factores productivos (trabajo, capital, insumos, fármacos, entre otros) para tratar a los pacientes o sobre lo que económicamente se conoce como eficiencia técnica. Las pautas sobre el uso de recursos provienen de normas sanitarias que operan paralelamente al mecanismo de pago. Es muy frecuente que los presupuestos globales sean asignados sobre una base histórica. Es decir, que los ingresos necesarios sean cuantificados para el prestador con base en su historia presupuestaria sumando ajustes inflacionarios^{6,19}.

Se reconoce al presupuesto global como uno de los sistemas de pago más efectivos en contención de costos²⁰. Sin embargo, el comportamiento del prestador en este mecanismo variará según la restricción de recursos que enfrente¹⁸. No obstante, la premisa general es que el incentivo económico asociado a él es la minimización de costos, toda vez que se ha asegurado que la incertidumbre financiera es acotada, y por lo tanto se le permite al prestador enfocarse en la gestión de los recursos^{17,18}. Se han estudiado sus efectos en el uso eficiente de recursos y la optimización de procesos²¹. Aseguradoras en Estados Unidos han implementado modelos de presupuesto global en el marco del contrato de calidad alternativa (*Alternative Quality Contract*, AQC, por sus siglas en inglés), como estrategia para desacelerar el aumento en el gasto en las organizaciones y presionar por mejoras en la calidad. A este presupuesto se le suele asociar un ajuste por riesgo y una bonificación por calidad, añadiendo otra tipología de mecanismo de pago frecuente: pago por desempeño. Algunos de los

resultados de esta experiencia guardan relación con ahorros estadísticamente significativos de 3,3% al segundo año ($p = 0,04$) y mejoras en acceso a cuidados preventivos del adulto ($p = 008$), así como cuidados pediátricos ($p < 0,001$)²².

En Chile, el clásico ejemplo de este tipo de mecanismo de pago son los pagos por prestaciones institucionales existentes en el sector público entre los establecimientos y los servicios de salud²³, los cuales se destinan fuertemente a cubrir gastos en remuneraciones. Sin embargo, en la evidencia internacional se observan experiencias en que los presupuestos globales no necesariamente se destinan sólo al pago de remuneraciones o a gastos fijos, sino donde también se busca gestionar tales presupuestos basados en cumplimiento de metas y objetivos que incluso comprometan los salarios de los profesionales¹⁸. Inclusive, en prestadores con buena gobernanza clínica, se ha probado experimentalmente que no fijar cuotas de atenciones, es decir no definir la variable cantidad, promueve la competencia dentro de un mismo prestador institucional y ayuda a mantener la productividad²⁴.

La competencia entonces, se ha explorado como un efecto positivo derivado del empleo de presupuestos globales²⁵ en distintos niveles: a nivel intra-prestador e inter-prestadores. Tales efectos, deben ser analizados de forma sistémica, ya que esquemas similares han reportado tener efectos negativos en prestadores que comparten territorios contiguos y que ven disminuido su volumen de servicios, dada la inducción de demanda que se observa en prestadores cercanos²⁰. También es posible observar el efecto inverso. Esto es, la referencia de pacientes, sobre todo aquellos más complicados y costosos de

atender, con el propósito de trasladar el costo en la medida que la organización institucional lo permita.

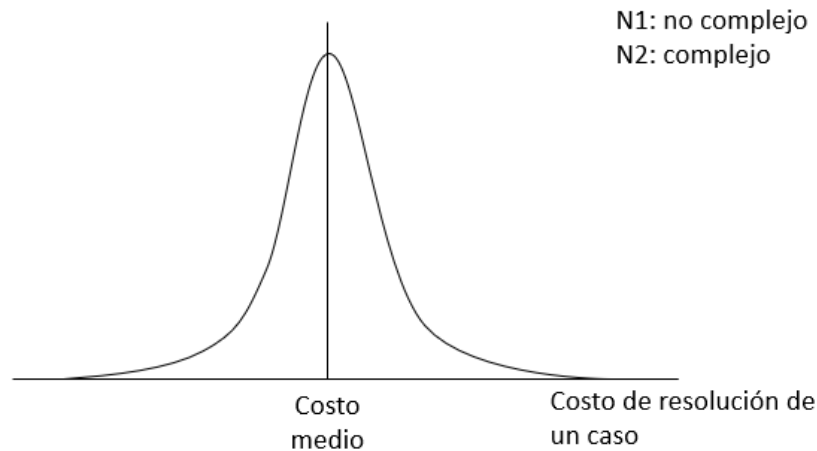
Bundled Payments

Consiste en un mecanismo de pago fijo prospectivo que define *ex ante* la base de pago como el continuo de la atención del paciente y que puede involucrar a uno o más prestadores de distinto nivel de complejidad. La variable cantidad, en su dimensión (x) y (t) están fijas, así como el precio, usualmente expresado en forma de canastas de atención. Estas contemplan las prestaciones y monto promedio a pagar, que se informa con antelación al paciente. Como regla, en el contexto de la atención promedio esperada, el paciente no debería pagar más ni menos que el copago calculado basado en el costo promedio estimado para la canasta. Además, los prestadores no deberían otorgar menos atenciones que las indicadas en esta²⁶. Para casos que operan como *outliers* o que son previamente excluidos según la norma de acceso porque, por ejemplo, se prevé que podrían exceder el costo máximo de la muestra de casos promedio, se requiere complementar con otro mecanismo de pago.

Una canasta se calcula sobre la base del estudio de la atención de la condición de salud²⁷. Esta resulta del análisis de los casos más y menos costosos para la resolución de un caso específico, que suelen ser los más y menos riesgosos respectivamente, en una muestra de establecimientos con experiencia en la casuística[26]. La definición de la canasta puede realizarse o no sobre un sistema de clasificación de pacientes, tal como el que utilizan los grupos relacionados de diagnósticos, aunque en formatos más sencillos.

Figura 2. Sistema de generación de costo promedio para una canasta.

$$\text{Costo medio} * N \text{ casos} = \text{Costo caso1} * N1 + \text{Costo caso2} * N2$$



Fuente: Lenz, R. Pago Asociado a diagnóstico: breve reseña²⁶.

Los pagos en atado o paquetes también existen en la experiencia chilena, aunque el componente de continuidad de la atención no ha sido suficientemente relevado. La forma que más se le asemeja es bajo la forma de pagos fijos prospectivos asociados a canastas estandarizadas de prestaciones¹⁹. Una canasta comprende un conjunto de prestaciones necesarias para atender a pacientes que experimentan un problema de salud, identificándose los códigos de los aranceles del

Fondo Nacional de Salud. Se trata de “glosas” que articulan las prestaciones, “frecuencias” promedio en que se requieren las atenciones y “cobertura”. En palabras simples, es el porcentaje de pacientes que requieren esa prestación. Adicionalmente, dichas variables conforman un vector que se pondera por el arancel de referencia como variable de precio y permiten generar un valor total. El mecanismo

de pago que inicialmente acogió el concepto de canasta estandarizada fue el pago asociado a diagnóstico (PAD), conocido coloquialmente como “bono PAD” o “cuenta conocida” para la modalidad de libre elección del Fondo Nacional de Salud. También, se utilizaba antes de la Reforma del régimen de garantías explícitas para financiar una pequeña parte de la actividad de los hospitales públicos.

Es relevante notar que las canastas o pagos estandarizados no son exclusivas del pago asociado a diagnóstico, sino que otro mecanismo de pago en el entorno sanitario chileno que recurre a canastas son los llamados pagos por programa de prestaciones valoradas de la modalidad de atención institucional del Fondo Nacional de Salud. En principio, en ellos su reembolso opera basados en la ejecución de atenciones. Sin embargo, queda ligado a la definición de una canasta de atenciones, a ciertas frecuencias y coberturas. Estas definen un pago fijo prospectivo anclado en la mencionada canasta, el cual no varía independientemente de que un usuario haya requerido mayores tasas de uso de ciertas prestaciones puntuales.

Es el régimen de garantías explícitas en Salud que, utilizando el componente de canastas de pagos por prestaciones valoradas (para intervenciones sanitarias de diagnóstico, tratamiento, seguimiento u otras, las cuales poseen una estructura similar a esta tipología de canasta²⁸), conforma el primer intento de incorporar el concepto de continuidad de la atención a través de la garantía de oportunidad. No obstante, el pago por prestaciones valoradas del régimen de garantías explícitas en salud no se paquetiza en todo el continuo de la atención, sino que se fracciona en canastas separadas y se supervisa administrativamente el cumplimiento de la continuidad de la atención.

La experiencia internacional muestra que los Bundled han sido empleados en distintos problemas de salud y eventos médicos. Por ejemplo, se han utilizado en el reembolso de atención de diabetes, enfermedad obstructiva crónica y manejo del riesgo vascular en los Países Bajos, mejorando la coordinación, organización, colaboración en la atención y adhesión a protocolos²⁹. El Medicare ha integrado este mecanismo de pago en la atención de artroplastia total de rodilla, observándose disminución de costos, menores estancias hospitalarias, caída en tasa de reingresos, a la vez que no se compromete la calidad de la atención³⁰. Además, se ha explorado la implementación en artroplastia de cadera³¹ en forma de un piloto en la atención aguda de pacientes hospitalizados, atención post aguda articulada con cuidados agudos y servicios ambulatorios en periodos específicos³². Algunos autores discuten los beneficios reales de una población cautiva en todo el continuo de la atención sin mecanismos que permitan su “fuga” o fomenten la competencia entre prestadores, una vez asignado o admitido el paciente sujeto a Bundled³².

Justamente, los atributos de un Bundled Payment, lo hacen pertinente como mecanismo de pago en problemas agudos de salud, mayormente quirúrgicos, y cuya casuística es modelable y con alta predictibilidad clínica. Los elementos anteriores se justifican en la necesidad de modelar una canasta que permita dar soporte al manejo clínico para el case mix de pacientes. Sin embargo, es pertinente cuestionarse si por sí solos estos responden satisfactoriamente a toda la gama de eventos médicos, o si es necesario complementarlos con pagos asociados a desempeño que refuercen métricas específicas de interés sanitario. Esta discusión también se extiende a considerar qué mecanismos de pagos son justos y equitativos de aplicar en aquellos casos que escapan de la curva de costos medios esperados (outliers).

Grupos relacionados de diagnóstico

Los grupos relacionados de diagnóstico, son un mecanismo retrospectivo y variable anclado en la definición de criterios de clasificación de pacientes basadas en el estudio de categorías diagnósticas mayores, complicaciones y comorbilidades en el evento médico¹⁶. Es por esto, un mecanismo principalmente empleado en centros de atención cerrada, aunque en países desarrollados se encuentra igualmente en otros niveles de atención^{19,33}. Dado que el pago se realiza por la debida severidad del caso resuelto, los grupos relacionados de diagnósticos redefinen el producto hospitalario como grupos de iso-consumo de recursos asociados a un criterio de clasificación de pacientes en grupos homogéneos, respecto al consumo de recursos y características clínicas³⁴⁻³⁶. Para ello, los egresos se descomponen en la recolección rutinaria de un conjunto mínimo básico de datos que analiza variables sociodemográficas y clínicas^{36,37}. Los grupos relacionados de diagnósticos dejan atrás la noción tradicional de que la producción hospitalaria corresponde una extensa lista de prestaciones individuales^{34,36-38} como ocurre en los sistemas de pago por servicio.

La experiencia chilena con grupos relacionados de diagnóstico ha operacionalizado el pago mediante una forma específica sustituyendo presupuestariamente el pago mediante el programa de prestaciones valoradas por el programa de grupos relacionados de diagnóstico. Esto es relevante, por cuanto las formas de tarificar mediante grupos relacionados de diagnóstico son múltiples en el mundo³⁹, y la adoptada en Chile es solo una de ellas.

El pago mediante grupos relacionados de diagnóstico se realiza respecto de un factor o precio base, el cual multiplica el “peso medio grupos relacionados de diagnóstico del hospital” o lo que es lo mismo, los casos ponderados por el peso de cada grupos relacionados de diagnóstico y basado en el estudio del procedimiento que mayor consumo de recursos implique^{36,37}. Así, a mayor peso respecto del factor, mayor será el ingreso del prestador. Para ello, se definen precios bases a nivel nacional o según tipos de prestadores, por los cuales se multiplican tales pesos obtenidos a partir del estudio del egreso^{36,37}. Por ejemplo, para todo egreso hospitalizado existen tres posibles niveles de severidad:

1. Severidad menor.
2. Severidad moderada.
3. Severidad mayor.

De esta forma, al año 2019 el conjunto refinado de grupos relacionados de diagnóstico (IR-GRD o grupos relacionados de diagnóstico refinados internacionales) para cirugía bariátrica vinculado a un nivel de severidad menor (asociado a 1) presentaba un peso de grupos relacionados de diagnóstico de 1,2490, que determinaba una transferencia unitaria al prestador desde el Fondo Nacional de Salud de \$2 626 447 de pesos al precio base para el sector público del año 2019. En cambio, para ese mismo procedimiento en pacientes cuya trayectoria clínica hubiese sido más compleja (con complicaciones mayores -with Major Complications and Comorbidities, W/MCC, por sus siglas en inglés-, asociándose a niveles de severidad mayor), se determinaba una transferencia unitaria retrospectiva de \$11 701 674 de pesos, dado un mayor peso de grupos relacionados de diagnóstico de 5,5647. Esto significa que a mayor peso de grupos relacionados de diagnóstico se registra mayor severidad del caso. Por lo tanto, el sistema de grupos relacionados de diagnóstico transferirá mayores sumas, de forma de compensar el mayor consumo de recursos necesarios desplegados para tal atención.

En este sentido, los grupos relacionados de diagnósticos invitan a hacer un ejercicio de análisis individual del reembolso asociado al grupo diagnóstico a sus niveles específicos de severidad. No obstante, también invitan a realizar un ejercicio de análisis colectivo del reembolso para el conjunto de patologías que se financian bajo este sistema a nivel del prestador. Ello implica que el grupo relacionado de diagnóstico, dado su sistema de asignación de pesos, puede afectar a la baja el reembolso de ciertos procedimientos médicos o quirúrgicos, pero en otros puede bonificarlos por sobre los costos medios de atención, generando espacios de márgenes para el prestador institucional. Finalmente será el análisis conjunto, ya sea a nivel de clúster de prestadores, prestadores individuales, o inclusive unidades clínicas; lo que permitirá analizar en perspectiva la suficiencia financiera de los grupos relacionados de diagnóstico como mecanismo de pago.

Cuando los grupos relacionados de diagnóstico son bien utilizados, otorgan información sobre la complejidad del prestador y casuística más frecuente, convirtiéndose en un buen sistema de pago para financiar la debida severidad^{36,38,40,41} con alta transparencia⁵. Por otro lado, se asocian, mejores sistemas de clasificación de casos y control de la tasa de complicaciones al fortalecimiento de la data en salud. Asimismo, ponen atención en estancias hospitalarias y sus efectos en la gestión en salud^{41,42}, estudiada a través de indicadores de eficiencia o de producción hospitalaria^{36,37}. Estos indicadores se analizan a nivel del mismo prestador, pero también se les compara contra una norma o estándar que permite el contraste con otros prestadores³⁶. En Chile, la norma vigente fue construida basándose en el análisis de una muestra amplia de egresos para una total de 60 hospitales, identificando estancias medias (6,32 días), estancias medias depuradas (5,12 días), mortalidad (2,82%) y límites en outliers superiores (6,42%)⁴³.

Algunos de los elementos negativos asociados a ellos son sus costos de transacción⁵ y la existencia de sistemas en los que aún prevalece el empleo de fichas clínicas de papel, que complican la codificación eficiente de casos^{34,43-45}.

Per cápita

Es un mecanismo fijo prospectivo para el manejo de una población fundado en un consumo esperado de atenciones de salud^{12,16,46}. Se calcula a nivel de individuo con relación a una población con atributos sociodemográficos y epidemiológicos específicos. De la agregación de toda la población adscrita, surge el nivel de financiamiento que es aportado a los establecimientos de salud⁴⁵. El per cápita es frecuente en programas de la atención primaria que suelen basarse en acciones ambulatorias de promoción y prevención⁵, aunque no necesariamente son exclusivos de ella. El per cápita presiona fuertemente por la eficiencia del prestador ya que el monto es fijo, y no variará, aunque los prestadores realicen más atenciones que las que se habían inicialmente estimado. Este último elemento figura como una fuente de riesgo financiero para el prestador, el cual variará según el nivel de agregación del conjunto de atenciones definidas ex ante⁵.

Otro incentivo que generan es aumentar la afiliación de usuarios (sobre todo más sanos), diluyendo los costos del servicio entre más pacientes; o bien, en sistemas donde no existe asignación territorial, se puede producir el efecto de descreme de casos y derivarlos a otros prestadores⁵. Estos mecanismos de pago pueden ser diseñados sin o con ajuste de riesgo^{5,47}. En este último caso, el monto se determina

agregando al capitado basal un conjunto de indexadores (elementos adicionales), que suman al cálculo basal algún factor de ajuste según pobreza (-medida en el índice de privación promedio municipal), edad (adultos mayores poseen mayor costo relativo), ruralidad y zonas de desempeño difícil (en las que se reconoce que desarrollar las atenciones sanitarias es más complejo por problemas de acceso, seguridad o vulnerabilidad^{23,47,48}), entre otros. El uso de correctores permite lograr asignaciones más equitativas en aquellos centros que atienden mayores niveles de vulnerabilidad de la población adscrita.

Uno de los riesgos de este mecanismo de pago, es que el prestador no cumpla con el nivel de atenciones esperado que está implícito en el reembolso⁵. De esta manera, la capitación usualmente comprende elementos adicionales como incentivos por cumplimiento de metas específicas, sistemas de información que faciliten el monitoreo y cláusulas contractuales que obliguen a las partes⁴⁷. En sistemas donde la asignación no es territorial, se incluye libertad de elección del afiliado, que actúa como mecanismo de control por competencia entre los prestadores⁴⁹.

Un elemento clave es que el per cápita funciona en tanto la base poblacional sea suficiente para soportar el nivel de actividad del centro. Así, no todos los centros cuentan con la cantidad suficiente de adscritos, siendo en ese caso necesario emplear otros mecanismos de pago afines, como presupuestos globales con partidas específicas. En el caso chileno, eso se ha resuelto a través de la denominación de comunas de costos fijo²³.

Pago por desempeño

Una tendencia más reciente en mecanismos de pago en salud, donde más allá de las atenciones que se precisan para la atención de salud, la base de pago se centra en reembolsar a los prestadores por su desempeño, generalmente asociado a mediciones de objetivos específicos^{50,51}. Ejemplo de ellos son diabéticos compensados, cumplimiento de metas de Papanicolau o mamografías, mejorar puntajes Apgar de recién nacido, reducción de infecciones asociadas a la atención en salud, entre otros⁵². Así, se establecen metas estrictamente ligadas a mejorar la salud de la población por sobre el interés en solo reportar el cumplimiento de cierto nivel de producción. De ello dependerá el ingreso del prestador⁵³.

Una de las recomendaciones halladas en la experiencia internacional indica ligar el pago asociado a desempeño a medidas directas comprobables de mejoría en el estado de salud de las personas, y no solamente vincularlo a demostraciones administrativas^{54,55}. Existen experiencias donde se ha observado manipulación del sistema de forma de obtener mayores reembolsos. Por ejemplo, en un programa de incentivo a la detección de usuarios fumadores y consejería anti-tabáquica, se observó un aumento estadísticamente significativo mayor de la documentación de reporte de usuarios tamizados ($p = 0,009$) que en la provisión de consejerías⁵⁶.

Estos sistemas se suelen adoptar para ofrecer incentivos que permiten cambiar las conductas de prestadores e introducir sistemas de mejor comportamiento clínico⁵⁰. Dentro de estos, se reconocen esquemas que incentivan a prestadores a nivel institucional o directamente a los profesionales^{54,57}. Algunas recomendaciones instan a considerar los incentivos que se les brindan directamente a los individuos o equipos, como una forma de potenciar la responsabilidad de primera persona y no solo institucional⁵⁵. Algunos esquemas operan mediante incentivos que bonifican mejor la admisión de pacien-

tes dependientes de cuidados de terceros versus pacientes menos dependientes en centros de cuidados de enfermería, a la vez que al prestador institucional se le insta a brindar un mejor manejo clínico basado en objetivos de salud y a egresar casos oportunamente^{54,58}. Otras experiencias reportan aumentos estadísticamente significativos en la tasa de intervenciones en farmacias comunitarias en beneficiarios del Medicaid (0,67 a 1,59 $p < 0,05$) cuando existen incentivos financieros a los prestadores individuales⁵⁹.

Estos esquemas deben ser cuidadosamente formulados, puesto que si no se controlan las normas de acceso o reglas de tarificación, se pueden obtener resultados indeseados, tales como la selección adversa^{51,55,57}. En una experiencia de pago basado en desempeño en la atención de usuarios con abuso de sustancias, los prestadores descremaron aquellos casos más severos (caída del 7%, $p < 0,001$) y seleccionaron los menos severos de forma de lograr mejores indicadores en sus resultados de desempeño⁵⁷.

Usualmente, se estima la consideración de un pago basal que le permita al prestador financiar su nivel de actividad fija, y se identifica una proporción adicional que queda abierta al cumplimiento de indicadores como ingreso variable. Sobre esta proporción adicional se pueden acordar incentivos que se traducen en la recuperación del ingreso total para el prestador, en parte de él e incluso en el castigo en ingresos^{55,60}, o esquemas que afectan contratos para los próximos periodos, como acortamiento de periodos⁵⁷.

Acuerdos de riesgo compartido

Se trata de un mecanismo de pago que, dada su complejidad, intenta resolver distintivamente incertidumbres en la introducción de tecnologías sanitarias de alto costo unitario a los sistemas de salud, involucrando aspectos de desempeño financiero, sanitario y/o clínico, alineación de incentivos y administración de riesgos de variada naturaleza^{61,62}. De esta forma, los acuerdos de riesgo compartido se orientan a abordar, reducir o mitigar las incertidumbres que persisten después del lanzamiento de las tecnologías. Esto se produce en es-

cenarios de aversión al riesgo, ayudando a alcanzar la decisión óptima de tarificación y reembolso, aunque con un fuerte enfoque en la modulación y/o reducción de los precios de las tecnologías^{63,64}.

Los acuerdos de riesgo compartido se posicionan como mecanismos de pago innovadores y excepcionales, basados en el seguimiento de variables específicas y gestión del riesgo acordado. Su objetivo es brindar acceso oportuno y reglado a subgrupos de pacientes elegibles que harán uso de tecnologías de alto costo unitario⁶⁵.

Su diseño e implementación variará respecto del escenario en el que se desarrolle. Además, dependerá de la pertinencia y/o deseabilidad de este, y de los acuerdos alcanzados entre los actores involucrados (pagador, productor, especialistas, pacientes y una entidad neutral), así como de la definición de un valor terapéutico y valor económico esperado de la tecnología, costos directos, costos de oportunidad, factibilidad política y económica⁶⁵. Los acuerdos buscan vincular el financiamiento de tecnologías de alto costo unitario con resultados medibles, implementando las experiencias en prestadores que garantizan gobernanza clínica y administrativa de forma de asegurar el mejor uso de la tecnología. Estos elementos permiten acotar la demanda por la vía de la aplicación de normas de acceso de pacientes que pivotan en criterios de elegibilidad. Por lo tanto, delimitan el subgrupo de pacientes y permiten al seguro contener la demanda basada en evidencia^{61,66,67}.

La incorporación de los acuerdos de riesgo compartido ha ido en aumento en países europeos, dada la constante necesidad de identificar nuevas formas de financiar medicamentos y dispositivos médicos de alto costo en entornos de incertidumbre sobre resultados clínicos de la nueva tecnología. La mayor experiencia con estos modelos ha sido en el campo de la inmuno-oncología⁶⁸.

A continuación, se brinda un resumen de la clasificación, base de pago, riesgos clínicos y financieros, incentivos positivos derivados de la implementación de cada tipología de mecanismo de pago y contextos sanitarios donde sería recomendable utilizarlos (Tabla 1).

Tabla 1. Mecanismos de pago a prestadores.

Clasificación según variables básicas	Base de pago	Riesgos clínicos	Riesgos financieros	Incentivos positivos	Situación sanitaria donde se recomienda su aplicación
Pago por servicio					
Variable retrospectivo	Actividad pago por prestación	Induce pacientes. Sobre-atención por inducción de demanda y potencial iatrogenia. Subatención de prestaciones no aranceladas (ej. Educación al alta).	Aumento del gasto para el seguro. Posibilidad de mayores gastos de bolsillo para usuarios. Baja costo-efectividad de las atenciones de salud.	Aumento de la actividad marginal o incremental en contextos de baja productividad.	Aumentar acceso a atenciones puntuales (aunque en contextos regulados, por ejemplo, a través de techos presupuestarios o cuotas). Promover en los prestadores mayor dedicación a actividades de salud preventiva (ej. Aumentar la tasa de vacunación en un prestador, o la cantidad de tamizajes), resguardando efectos potenciales en gastos de bolsillo para usuarios.
Presupuesto global					
Fijo prospectivo	Actividad agregada	Asignación incierta de las atenciones entre subgrupos de pacientes. Queda indefinida la relación entre las actividades clínicas y el mecanismo de pago, pasando la atención a ser enteramente definida por la gestión hospitalaria.	Escasa trazabilidad específica del gasto. Priorización queda a cargo del propio establecimiento. Asignación variable de recursos entre servicios clínicos o unidades funcionales. No son claros los efectos sobre eficiencia asignativa y técnica en el uso de los recursos a nivel del prestador.	Certeza del nivel de ingresos fijos.	Aumentar la transferencia de riesgo financiero al prestador y aumentar su responsabilidad en la gestión autónoma de recursos. Impulsar mecanismos de contención de costos a nivel de los prestadores.
Bundled Payments					
Fijo prospectivo	Resolución integral de un problema de salud específico.	Subtratar a los usuarios de forma de generar margen entre el pago y el costo. Si no están bien definidos (normas de acceso), se puede incurrir en prácticas de desceme o selección de pacientes. En situaciones donde el <i>Bundled Payment</i> se otorga para brindar acceso a la atención en el sector privado para pacientes beneficiarios de seguros públicos, se puede generar una hiper-complejización de la mezcla de pacientes que han sido descremados de prestadores privados y referidos (devueltos) a los prestadores públicos.	Gastos asociados a casos <i>outliers</i> en esquemas que no prevén su aparición. Variaciones en el case-mix o mezcla de casos tendientes a la alta complicación pueden hacer que el <i>Bundled Payment</i> sea insuficiente para cubrir los costos de atención. Dificultad para estimar el <i>Bundled Payment</i> en casos de comorbilidad. Necesidad continua de incorporar innovaciones tecnológicas en la estimación del costo del pago.	Acotar inducción de demanda. Aumentar la eficiencia de los procesos clínicos por la vía de transferir riesgo prestacional al prestador. Permite fortalecer la continuidad y pertinencia de la atención al paciente. Presiona por la eficiencia de la atención en el marco de recursos establecidos.	Potenciar resolución de procedimientos cuya casuística es modelable y de alta predictibilidad, por ejemplo: procesos quirúrgicos o enfermedades crónicas. Fortalecer el trabajo en Red cuando el <i>Bundled Payment</i> implica la atención en distintos niveles de prestadores.
Grupos relacionados de diagnóstico					
Variable retrospectivo	Resolución de un evento médico o quirúrgico y su debida severidad.	Puede existir un desincentivo en brindar o priorizar atenciones que impliquen menor reembolso por sobre otras, sobre todo en prestadores que transitan desde pagos por canastas o <i>Bundled Payments</i> que eran mejor reembolsados.	Los criterios de clasificación de pacientes en la muy alta complejidad generalmente son insuficientes para captar los recursos asociados a la resolución integral de patologías o tratamientos específicos de alto costo.	Mejora la rendición de cuentas (<i>accountability</i>) a nivel hospitalario y versus normas nacionales. La gestión clínica cuenta con mayores datos para innovar, corregir o promover	Aumentar la eficiencia clínica de los prestadores por la vía de mejorar la codificación de casos y sus procedimientos, y calidad de registros. Cuando desde el seguro se desea impulsar mayor

El GRD en la muy alta complejidad puede ser insuficiente como mecanismo de pago de no existir ajustes por *outliers* o por tecnologías sanitarias necesarias para la resolución del egreso. Desde el punto de vista del seguro, puede haber un exceso de reembolso en ciertas patologías, mientras que, desde el punto de vista del prestador, puede haber un déficit de reembolso en ciertas patologías, dependiendo de cómo se calculen los precios del GRD.

buenas prácticas en el modelo de cuidado. Los prestadores pueden conocer con mayor precisión su *case-mix* o composición de casos, por lo que la severidad de los usuarios deja de ser una fuente de desfinanciamiento.

autonomía y responsabilidad de los prestadores en materia de sus ingresos y gestión clínica. Cuando desde el seguro se desea impulsar la producción hospitalaria. Operar como un sistema de rendición de cuentas de la severidad de los casos que los prestadores deben atender.

Per cápita

Fijo prospectivo	Mezcla de atenciones estandarizadas para un individuo promedio que pertenece a una población específica.	Sub-tratar a los usuarios de forma de generar margen entre el pago y el costo de la atención, en la medida que el prestador puede trasladar al paciente a otros niveles de atención. Desincentivo a brindar prestaciones que no quedan bien reembolsadas por el pago, y priorizar atenciones sujetas a compromisos o metas.	Insuficiencia del reembolso desde el seguro al prestador cuando se le obliga a dar atenciones que no fueron incluidas o bien costeadas en la mezcla estandarizada. La actividad marginal (extra) no será compensada con ingresos marginales (extras) en sistemas donde no operan sistemas de refuerzo. De no estar bien indexados: inequidad en el acceso a las atenciones. Cuando no están bien estimados, o no satisfacen el conjunto de necesidades de los usuarios, pueden impulsar mayor gasto de bolsillo (por ejemplo, al deber financiar fármacos de forma particular).	Se mejora la distribución de recursos en términos equitativos al ligar los pagos a población. Se potencia en los prestadores la eficiencia del gasto. Se busca que el prestador optimice sus procesos y evite situaciones de ineficiencia: procesos duplicados, atenciones poco costo-efectivas, pérdida operacional, altos costos de transacción, etc.	Aumentar la equidad en el acceso a prestaciones sanitarias. Impulsar modelos de cuidado de poblaciones específicas altamente dependientes de cambios estructurales y culturales en los prestadores Cuando los seguros necesitan traspasar riesgo financiero a los prestadores (por ejemplo: desde modelos de pago por facturación o actividad). Son útiles no solo en la atención primaria, sino que cuando se desea también formular planes de atención de largo plazo o planes de rehabilitación.
-------------------------	--	--	---	---	--

Pay For Performance o pago por desempeño

Variable retrospectivo	Medida de desempeño.	Desincentivo clínico para mejorar en áreas no sujetas a pago por desempeño (despriorización).	Al existir un componente variable del reembolso sujeto a cumplimiento, no existe total certeza <i>ex ante</i> del nivel final de financiamiento del prestador. Siempre existe la posibilidad de que el desempeño comprometido no pueda ser alcanzado y, por ende, la porción del reembolso vinculado a ese cumplimiento, no se genere.	Presionan al equipo clínico y administrativo en la gestión basada en desempeño y calidad. Incentivan y recomiendan al equipo clínico y administrativo por la consecución de objetivos sanitarios priorizados.	Impulsar fuertes mejoras en resultados de salud de la población: aumentar adherencia a control prenatal o atención profesional del parto, aumentar población compensada, etc. Potenciar resultados sanitarios a nivel de agregado de pacientes y donde no existe incertidumbre o variables confundentes en la causalidad entre objetivo y resultados.
-------------------------------	----------------------	---	---	--	--

Acuerdo de riesgo compartido

Variable retrospectivo	Administración del acceso a tecnologías de alto costo unitario en contexto de incertidumbre	Posibilidad de que el mecanismo de pago cese y no existan otros regímenes de cobertura asociados, con la consecuente discontinuación del tratamiento.	Desde el seguro pueden existir riesgos en el impacto presupuestario real versus el proyectado, sino están bien estimados los parámetros (tasa de utilización,	Disminuye la incertidumbre inherente a la introducción de nuevas tecnologías sanitarias frecuentemente de alto costo unitario.	Se impulsan en escenarios donde no existe acceso a medicamentos, dispositivos u otras tecnologías de alto costo
-------------------------------	---	---	---	--	---

financiera, sanitaria o clínica.	tamiento y/o exacerbación/progresión de la enfermedad.	complementariedad con otras prestaciones, población, etc.). De no existir un buen costo previo, pueden generarse gastos adicionales en el prestador que no serán cubiertos por el seguro <i>ex post</i> .	Favorece un acceso reglado a tecnologías de alto costo y cuyos precios son prohibitivos para los pacientes, en entornos controlados y resguardados por buenas prácticas. Permiten el acceso a tecnologías de alto costo conteniendo demanda y oferta, y promoviendo su acceso en la población con capacidad de beneficiarse. Permite ligar los pagos a los resultados de las tecnologías.	unitario dada la incertidumbre asociada. Se recomiendan en prestadores con buena gobernanza clínica de forma de brindar acceso a terapias de alto costo unitario que de otra forma no estarían disponibles a los usuarios. Controlar el riesgo moral (<i>moral hazard</i>) de la Industria, por la vía de reglar los criterios de elegibilidad y variables de seguimiento de éxito del esquema de pago. Los Estados los emplean cuando desean ligar el financiamiento de tecnologías de alto costo a resultados.
----------------------------------	--	--	---	---

GRD: grupos relacionados de diagnóstico

Fuente: elaboración propia, basado en la caracterización de cada mecanismo de pago.

Discusión

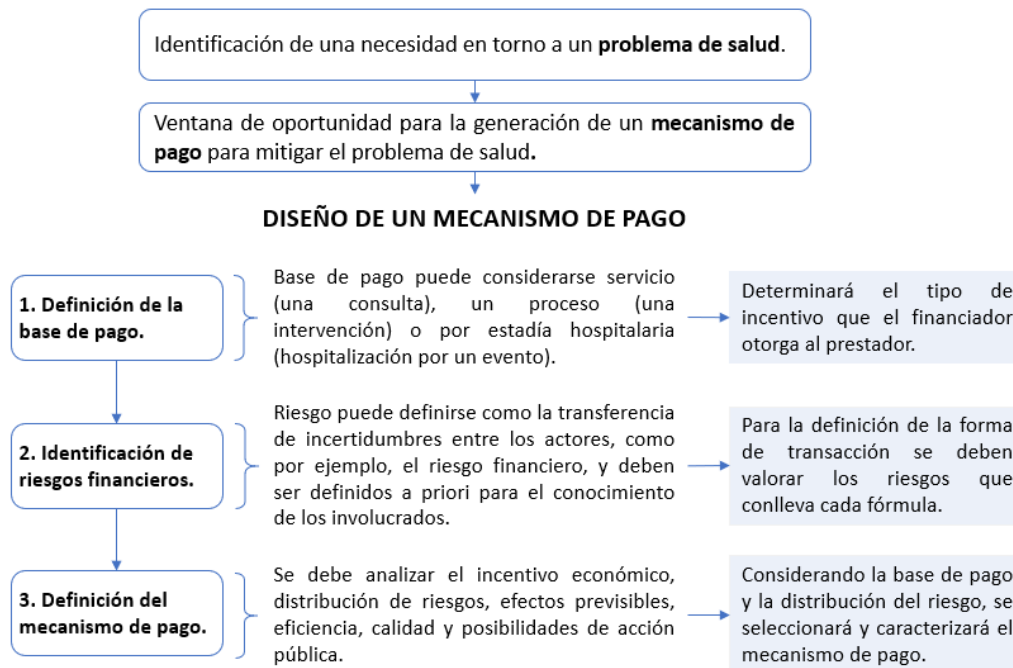
El presente artículo ha permitido abordar la complejidad de los mecanismos de pago en el ámbito de la salud, de una forma esquemática y comprensible que acerca los conceptos y las tipologías de estos mecanismos a los profesionales sanitarios. Así, se facilita la labor de los establecimientos de salud, que deben relacionarse en forma constante con entidades pagadoras, por razones de financiamiento.

La premisa central destacada en este reporte es que los mecanismos deben ajustarse a la naturaleza y complejidad de las bases de pago que se buscan financiar. Debe existir coherencia entre fin y medio. Es por esto que no existe un solo mecanismo de pago capaz de ajustar incentivos y riesgos en todo un sistema de salud. Más bien, la elección de cada mecanismo debe estar en línea con las prestaciones que se busquen financiar y con los objetivos sanitarios que se quieran alcanzar. No resulta lógico pagar un examen clínico como un hemograma a través de un mecanismo de pago capitado; y tampoco resulta lógico pagar un tratamiento integral, como los brindados dentro del régimen de garantías explícitas mediante pago por servicio.

El nivel de sofisticación de los mecanismos de pago dependerá del riesgo, de los sistemas de información, disposición de los prestadores a asumir costos de transacción y de las bases institucionales que faciliten la implementación de las distintas tipologías de mecanismos de pago. La recomendación general es consolidar mecanismos de pago sencillos y prácticos, que alineen correctamente a los incentivos de los prestadores y agreguen valor al usuario.

Todos los incentivos, reglas de tarificación, normas de acceso y definiciones de las variables básicas de los mecanismos de pago, quedan estipuladas en diversos tipos de acuerdos contractuales. El operar a través de mecanismos de pago lleva a establecer relaciones entre seguros y prestadores (y usuarios), las cuales deben quedar demarcadas por contratos en salud. La principal lógica de contar con un contrato mediando la operación de mecanismos de pago, es promover la adecuada administración de riesgos entre actores y transparencia. Tanto un contrato u otra forma contractual. En el caso de una base de licitación, por ejemplo, se deben considerar en su diseño tres etapas fundamentales: definición de la base de pago, identificación de riesgos y definición del mecanismo de pago con su esquema de tarificación a utilizar.

Figura 3. Etapas metodológicas del diseño de un mecanismo de pago.



Fuente: elaboración propia basado en la adaptación de “Sistemas de pago a prestadores de servicios de salud en países de américa latina y de la OCDE” y “Acuerdos de riesgo compartido: lecciones para su diseño e implementación a la luz de la experiencia Internacional”⁶⁵.

Como se ha revisado, la definición de la base de pago determinará qué prestaciones entrarán en el armado contractual, y se distinguirán por el grado de agregación de los servicios asistenciales involucrados^{6,7,69}.

La premisa general es que en la definición de un mecanismo de pago se debe considerar⁶⁵:

- Esquemas de tarificación: el esquema de tarificación no es discrecional, sino que responde a la necesidad sanitaria. Así, debe definir si el reembolso será por metas, si se contará con sistemas de castigos por mal desempeño, si se pagará por atenciones, por pacientes atendidos, por debida severidad, u otros.
- Incentivos y riesgos: los incentivos serán las conductas que se pueden generar a raíz de la estructura del mecanismo de pago, pudiendo ser positivos o negativos. Toda propuesta debe explicitar riesgos de inducción de demanda o sub-provisión de atenciones y cómo se controlarán.
- Aspectos de calidad, tiempos, multas, sanciones.
- Calendario de pagos: pago anual, mensual, por paciente, por actividad, por cohorte u otros.
- Normas de acceso a pacientes: por ejemplo, las reglas, criterios o variables clínicas que deben ser cumplidas por los pacientes para que la compra de la atención pueda ser realizada bajo las reglas específicas de tarificación del esquema. Por ejemplo, el pago asociado a diagnóstico para

parto establece un conjunto de normas donde aplica el mecanismo de pago, como por ejemplo, gestación fisiológica sobre 37 semanas.

- Mecanismos de monitoreo: sistemas de información e indicadores trazables, transparentes y que tengan injerencia efectiva en el comportamiento.

Por principio general, los riesgos deben ser asignados al actor que mejor pueda administrarlos. Los mecanismos de pago sirven para distribuir el riesgo entre compradores (financistas) y prestadores, debiéndose evitar trasladar riesgos a prestadores que no posean las herramientas para administrarlos. A decir, un prestador no puede administrar un aumento de la población más allá de su capacidad optimizada de atención, y un seguro no tiene herramientas para administrar riesgos clínicos.

Para el diseño de un mecanismo de pago idóneo se debe considerar que no existe un único mecanismo de pago mejor que otro, sino que existe un mecanismo de pago más apropiado que otro de acuerdo con la naturaleza de la base de pago y los riesgos que se deban administrar.

Conclusiones

No se deben escatimar esfuerzos en tratar de acercar los conceptos de financiamiento y mecanismos de pago a los profesionales sanitarios que trabajan en la red de prestadores, ya que la forma cómo los pagadores estructuran estos mecanismos, inciden en el quehacer de la atención de salud. En este sentido, explorar formas esquemáticas y didácticas es de sumo valor.

Los mecanismos de pago son instrumentos útiles que permiten administrar las imperfecciones de los intercambios en el ámbito de la salud. Adecuadamente diseñados, generan beneficios para pacientes, prestadores y seguros. Al caracterizarlos de acuerdo con la combinación de sus variables constitutivas, se identifican distintas tipologías, cuya utilidad varía dependiendo de las bases de pago y objetivos sanitarios.

El reporte nos permite concluir que la variable riesgo, cómo se traslada este entre pagador y prestador, es un aspecto crítico al cuál debe prestársele especial atención en el momento de definir las condiciones de financiamiento de un prestador de salud.

La relación entre seguros y prestadores se establece mediante los mecanismos de pago, por lo tanto, esta debe ser transparente, ordenada y regulada. En este sentido, el rol de los contratos en salud es vital, ya que en ellos puede resguardarse que los riesgos sean asignados a quienes los puedan administrar, evitando que se produzcan perjuicios para alguno de los actores, y que finalmente éstos se traduzcan en ineficiencias para el paciente.

Notas

Roles de contribución

DPF, RLA: conceptualización, metodología, validación, análisis formal, investigación, redacción, visualización, supervisión y administración del proyecto. KHS: metodología, validación, análisis formal, investigación, redacción y visualización. JQC: investigación y análisis formal.

Declaración

Profesora Paredes ha financiado sus estudios de posgrado gracias a beca otorgada por la Comisión Nacional de Investigación Científica y Tecnológica -CONICYT-PCHA/Magister Nacional/2015-22150816.

Conflictos de interés

Los autores completaron la declaración de conflictos de interés de ICMJE y declararon que no recibieron fondos por la realización de este artículo; no tienen relaciones financieras con organizaciones que puedan tener interés en el artículo publicado en los últimos tres años y no tienen otras relaciones o actividades que puedan influenciar en la publicación del artículo. Los formularios se pueden solicitar contactando al autor responsable o al Comité Editorial de la Revista.

Financiamiento

Los autores declaran que no existieron fuentes externas de financiamiento para este artículo.

Consideraciones éticas

Dada la naturaleza del estudio no ha sido necesario comité de ética.

Referencias

1. World Health Organization. The World health report 2000. Health Systems: Improving Performance. Geneva. 2000. [On line] | [Link](#) |
2. Arrow K. Uncertainty and the welfare economics of medical care. *Am Econ Rev* 1963;53. | [CrossRef](#) |
3. Kutzin J. A descriptive framework for country-level analysis of health care financing arrangements. *Health Policy*. 2001 Jun;56(3):171-204. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
4. Miller HD. Creating payment systems to accelerate value-driven health care: Issues and options for policy reform. 2007. [On line] | [Link](#) |
5. Barber SL, Lorenzoni L, Ong P. Price Setting and Price Regulation in Health Care. Ginebra, Suiza.: 2019. | [CrossRef](#) |
6. Kofi M. Healthcare Provider-Payment Mechanisms: A Review of Literature. *J Behav Econ Financ Entrep Account Transp* 2014;2:41–6. | [Link](#) |
7. Cashin C, Ankhbayar B, Thi-Phuong H, et al. Assessing health provider payment systems: Practical Guide for Countries Moving Toward Universal Health Coverage. 2015. [On line] | [Link](#) |
8. Londoño JL, Frenk J. Pluralismo estructurado: Hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina. *Inter-American Dev Bank, Off Chief Econ No 353 1997*;1–32. [On line] | [Link](#) |
9. Joint Learning Network for Universal Health Coverage. Assessing Health Provider Payment Systems: A Practical Guide for Countries Working Toward Universal Health Coverage. Washington, DC: Results for Development Institute 2015. [On line] | [Link](#) |
10. Jegers M, Kesteloot K, De Graeve D, Gilles W. A typology for provider payment systems in health care. *Health Policy*. 2002 Jun;60(3):255-73. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
11. Cromwell J, Trisolini MG, Pope GC, et al. Pay for Performance in Health Care: Methods and Approaches. 2011. | [CrossRef](#) |
12. Alshreef A. Provider Payment Mechanisms: Effective Policy Tools for Achieving Universal and Sustainable Healthcare Coverage. *Online Fir. IntechOpen* 2019. | [CrossRef](#) |
13. Tsai Y. Payments and Utilization of Immunization Services Among Children Enrolled in Fee-for-Service Medicaid. *Med Care*. 2018 Jan;56(1):54-61. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
14. DeGregorio G, Manga S, Kiyang E, Manjuh F, Bradford L, Cholli P, et al. Implementing a Fee-for-Service Cervical Cancer Screening and Treatment Program in Cameroon: Challenges and Opportunities. *Oncologist*. 2017 Jul;22(7):850-859. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
15. McIntyre D, Kutzin J. Health financing country diagnostic: a foundation for national strategy development. WHO 2016. [On line] | [Link](#) |
16. Berenson RA, Upadhyay D, Delbanco S, et al. A Typology of Payment Methods. Washington, DC. EE.UU.: 2016. [On line] | [Link](#) |
17. Alvarez B, Pellisé L, Lobo F. Sistemas de pago a prestadores de servicios de salud en países de América Latina y de la OCDE [Payment systems for health care providers in Latin America and OECD countries]. *Rev Panam Salud Publica*. 2000 Jul-Aug;8(1-2):55-70. Spanish. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
18. Chen B, Fan VY. Global Budget Payment: Proposing the CAP Framework. *Inquiry*. 2016 Sep 28;53:0046958016669016. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
19. Telyukov A. El pago prospectivo por caso hospitalario en América Latina: Una guía metodológica. *Partnershi*. 2001. [On line] | [Link](#) |
20. Chen B, Fan VY. Strategic Provider Behavior Under Global Budget Payment with Price Adjustment in Taiwan. *Health Econ*. 2015 Nov;24(11):1422-36. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
21. Landon BE, Roberts DH. Reenvisioning specialty care and payment under global payment systems. *JAMA*. 2013 Jul 24;310(4):371-2. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
22. Song Z, Rose S, Safran DG, Landon BE, Day MP, Chernew ME. Changes in health care spending and quality 4 years into global payment. *N Engl J Med*. 2014 Oct 30;371(18):1704-14. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
23. Benavides P, Castro R, Jones I. Sistema Público de Salud, Situación actual y proyecciones fiscales 2013- 2050. Dirección de Presupuestos del Ministerio de Hacienda 2013. [On line] | [Link](#) |
24. Fan C, Chen K, Kan K. The design of payment systems for physicians under global budget – an experimental study. *J Econ Behav Organ* 1998;34:295–311. | [CrossRef](#) |
25. Tsai WC, Kung PT, Chang WC. Influences of market competition on dental care utilization under the global budget payment system. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2007 Dec;35(6):459-64. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
26. Lenz R. Pago Asociado a Diagnóstico: Breve Reseña. *Cuad Econ* 1995;95:105–11. | [Link](#) |
27. FONASA, Subdepartamento de Plan de Beneficios. Estudio de costos prestaciones de salud: Informe final. Santiago, Chile.: 2015. | [Link](#) |

28. Departamento de Economía de la Salud. Minsal. Anexo: Canastas Valoradas EVC-2015. 2016. [On line] | [Link](#) |
29. de Bakker DH, Struijs JN, Baan CB, Raams J, de Wildt JE, Vrijhoef HJ, et al. Early results from adoption of bundled payment for diabetes care in the Netherlands show improvement in care coordination. *Health Aff (Millwood)*. 2012 Feb;31(2):426-33. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
30. Siddiqi A, White PB, Mistry JB, Gwam CU, Nace J, Mont MA, et al. Effect of Bundled Payments and Health Care Reform as Alternative Payment Models in Total Joint Arthroplasty: A Clinical Review. *J Arthroplasty*. 2017 Aug;32(8):2590-2597. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
31. Froimson MI, Rana A, White RE Jr, Marshall A, Schutzer SF, Healy WL, et al. Bundled payments for care improvement initiative: the next evolution of payment formulations: AAHKS Bundled Payment Task Force. *J Arthroplasty*. 2013 Sep;28(8 Suppl):157-65. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
32. Sood N, Huckfeldt PJ, Escarce JJ, Grabowski DC, Newhouse JP. Medicare's bundled payment pilot for acute and postacute care: analysis and recommendations on where to begin. *Health Aff (Millwood)*. 2011 Sep;30(9):1708-17. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
33. Conferencia Interamericana de Seguridad Social. Los grupos relacionados de diagnóstico (GRD) para ajustar los mecanismos de pago a proveedores de los sistemas de salud. Documento procedente de CISS. 2005.
34. Ministerio de Sanidad y Consumo. Análisis y desarrollo de los GDR en el Sistema Nacional de Salud. Madrid: 1999. [On line] | [Link](#) |
35. Información y Estadística Sanitarias. Ministerio de Sanidad Consumo y Bienestar Social. Estimación de pesos y costes de los procesos hospitalarios en el Sistema Nacional de Salud: metodología y principales resultados. Proyecto 2017. 2019. [On line] | [Link](#) |
36. Zapata M. Importancia Del Sistema GRD para Alcanzar La Eficiencia Hospitalaria. *Rev Médica Clínica Las Condes* 2018;29:347-52. | [CrossRef](#) |
37. Laguna JY. Calidad de la codificación de los procedimientos quirúrgicos y su influencia en los grupos relacionados con el diagnóstico. *papeles médicos* 2005;15:10-6. | [Link](#) |
38. Jackson T, Dimitropoulos V, Madden R, Gillett S. Australian diagnosis related groups: Drivers of complexity adjustment. *Health Policy*. 2015 Nov;119(11):1433-41. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
39. Cleverley W, Cleverley J. Financial Environment of Healthcare Organizations. In: *Essentials of Health Care Finance*. Burlington, Massachusetts: Jones & Bartlett 2018. 31-95.
40. Mikkola H, Keskimäki I, Häkkinen U. DRG-related prices applied in a public health care system--can Finland learn from Norway and Sweden? *Health Policy*. 2002 Jan;59(1):37-51. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
41. Águila R A, Muñoz D MA, Sepúlveda S V. Experiencia en el desarrollo e implementación de la metodología de grupos relacionados por diagnóstico en un hospital universitario chileno. Evaluación a diez años de funcionamiento [Implementation of diagnosis related groups methodology in a university hospital]. *Rev Med Chil*. 2019 Dec;147(12):1518-1526. Spanish. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
42. Reynaldos-Grandón K, Saiz-Alvarez JM, Molina-Muñoz Y. Competencias profesionales, gestión clínica y grupos relacionados de diagnósticos. El caso de hospitales públicos chilenos [Professional competences, clinical management and diagnostic related groups in Chilean public hospitals]. *Rev Salud Pública (Bogotá)*. 2018 Jul-Aug;20(4):472-478. Spanish. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
43. ASIST, MINSAL. Norma IR-GRD MINSAL: Proceso de construcción y resultados de la Norma IR GRD 2014. Santiago, Chile.: 2015.
44. World Health Organization. *Diagnosis-Related Groups in Europe Moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals*. Open University Press 2011.[On line] | [Link](#) |
45. Raña K J, Ferrer O J C, Bedregal G P. Modelo de asignación de recursos en atención primaria [A model for resource allocation in primary health care]. *Rev Med Chil*. 2007 Jan;135(1):54-62. Spanish. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
46. Alvarez B, Pellisé L, Lobo F. Sistemas de pago a prestadores de servicios de salud en países de América Latina y de la OCDE [Payment systems for health care providers in Latin America and OECD countries]. *Rev Panam Salud Publica*. 2000 Jul-Aug;8(1-2):55-70. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
47. Cid C, Castillo-Laborde C, Poblete S. Revisión de literatura y sistematización de información disponible sobre la asignación de recursos a nivel comunal. Santiago, Chile.: 2012. | [CrossRef](#) |
48. Subsecretaría de Redes Asistenciales. División de Atención Primaria. Orientaciones Para La Implementación Del Modelo De Atención Integral De Salud Familiar Y Comunitaria. Ministerio de Salud 2012. [On line] | [Link](#) |
49. Tarazona Ginés E, Rosa Torner A de, Ferrer MM. La experiencia del 'Modelo Alzira' del Hospital de La Ribera a La Ribera-área 10 de salud: la consolidación del modelo. *Rev Adm Sanit Siglo XXI* 2005;3:83-98. | [Link](#) |
50. Cashin Y-Ling Chi Peter Smith Michael Borowitz C, Thomson Cashin S. Paying for Performance in Health Care Implications for health system performance and accountability European Observatory on Health Systems and Policies Series. 2014. [On line] | [Link](#) |
51. Eijkenaar F, Emmert M, Scheppach M, Schöffski O. Effects of pay for performance in health care: a systematic review of systematic reviews. *Health Policy*. 2013 May;110(2-3):115-30. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
52. Mannion R, Davies HT. Payment for performance in health care. *BMJ*. 2008 Feb 9;336(7639):306-8. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
53. Mullen KJ, Frank RG, Rosenthal MB. Can you get what you pay for? Pay-for-performance and the quality of healthcare providers. *Rand J Econ*. 2010 Spring;41(1):64-91. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
54. Petersen LA, Woodard LD, Urech T, Daw C, Sookanan S. Does pay-for-performance improve the quality of health care? *Ann Intern Med*. 2006 Aug 15;145(4):265-72. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
55. Van Herck P, De Smedt D, Annemans L, Remmen R, Rosenthal MB, Sermeus W. Systematic review: Effects, design choices, and context of pay-for-performance in health care. *BMC Health Serv Res*. 2010 Aug 23;10:247. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
56. Roski J, Jeddleloh R, An L, et al. The impact of financial incentives and a patient registry on preventive care quality: increasing provider adherence to evidence-based smoking cessation practice guidelines. *Prev Med (Baltim)* 2003;36:291-9. | [CrossRef](#) |
57. Shen Y. Selection incentives in a performance-based contracting system. *Health Serv Res*. 2003 Apr;38(2):535-52. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
58. Markovitz AA, Ryan AM. Pay-for-Performance: Disappointing Results or Masked Heterogeneity? *Med Care Res Rev*. 2017 Feb;74(1):3-78. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
59. Christensen DB, Neil N, Fassett WE, Smith DH, Holmes G, Stergachis A. Frequency and characteristics of cognitive services provided in response to a financial incentive. *J Am Pharm Assoc (Wash)*. 2000 Sep-Oct;40(5):609-17. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
60. Towse A, Garrison L, Puig-Peiro R. The Use of Pay-for-Performance for Drugs: Can It Improve Incentives for Innovation? *SSRN Electron J Published Online First*: 2015. | [CrossRef](#) |
61. Garrison LP Jr, Towse A, Briggs A, de Pouvourville G, Grueger J, Mohr PE, et al. Performance-based risk-sharing arrangements good practices for design, implementation, and evaluation: report of the ISPOR good practices for performance-based risk-sharing arrangements task force. *Value Health*. 2013 Jul-Aug;16(5):703-19. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
62. Bouvy JC, Sapede C, Garner S. Managed Entry Agreements for Pharmaceuticals in the Context of Adaptive Pathways in Europe. *Front Pharmacol*. 2018 Mar 27;9:280. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
63. Ferrario A, Kanavos P. Dealing with uncertainty and high prices of new medicines: a comparative analysis of the use of managed entry agreements in Belgium, England, the Netherlands and Sweden. *Soc Sci Med*. 2015 Jan;124:39-47. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
64. Barros PP. The simple economics of risk-sharing agreements between the NHS and the pharmaceutical industry. *Health Econ*. 2011 Apr;20(4):461-70. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |

65. María Paredes Fernández D, Christian Lenz Alcayaga R. Acuerdos de Riesgo Compartido: Lecciones Para su Diseño e Implementación a la Luz de la Experiencia Internacional. *Value Health Reg Issues*. 2019 Dec;20:51-59. | CrossRef | PubMed |
66. Carlson JJ, Gries KS, Yeung K, Sullivan SD, Garrison LP Jr. Current status and trends in performance-based risk-sharing arrangements between healthcare payers and medical product manufacturers. *Appl Health Econ Health Policy*. 2014 Jun;12(3):231-8. | CrossRef | PubMed |
67. Adamski J, Godman B, Ofierska-Sujkowska G, Osińska B, Herholz H, Wendykowska K, Laius O, Jan S, Sermet C, Zara C, Kalaba M, Gustafsson R, Garuolienė K, Haycox A, Garattini S, Gustafsson LL. Risk sharing arrangements for pharmaceuticals: potential considerations and recommendations for European payers. *BMC Health Serv Res*. 2010 Jun 7;10:153. | CrossRef | PubMed |
68. Espín J, Rovira J, Gracia L. Experiences and impact of European risk-sharing schemes focusing on oncology medicines. *Res Gate - EMI-NET* 2011;:1-39 | Link |
69. Langenbrunner JC, Cashin C, O'Dougherty S. Designing and Implementing Health Care Provider Payment Systems 'How-to' manuals. 2009. | Link |

Correspondencia a
Fernández Concha #700
Las Condes, Santiago
Chile
Código postal: 7591538



Esta obra de *Medwave* está bajo una licencia Creative Commons Atribución-No Comercial 3.0 Unported. Esta licencia permite el uso, distribución y reproducción del artículo en cualquier medio, siempre y cuando se otorgue el crédito correspondiente al autor del artículo y al medio en que se publica, en este caso, *Medwave*.