



UNIVERSIDAD
NACIONAL
DE LA PLATA

CEFIP - INSTITUTO DE INVESTIGACIONES ECONÓMICAS

Documentos de Trabajo

Modalidades de pago por desempeño y esquemas de incentivos

Walter Cont y Alberto Porto

Documento de Trabajo Nro. 8

Diciembre 2012

ISSN 2618-4400

www.mfp.econo.unlp.edu.ar

Serie Documentos de Trabajo del CEFIP

Staff Editorial
Mg. Marcelo Garriga
Dra. Natalia Porto
Mg. Walter Rosales

Edición: Centro de Estudios en Finanzas Públicas
Instituto de Investigaciones Económicas
Facultad de Ciencias Económicas - UNLP
Calle 6 N° 777, 4° Piso, oficina 411
La Plata (1900) Buenos Aires
magisterfp@depeco.econo.unlp.edu.ar
ISSN 2618-4400

Modalidades de pago por desempeño y esquemas de incentivos*

Walter Cont y Alberto Porto

2012

* En base al trabajo “Modalidades de pago por desempeño y esquemas de incentivos”. Convenio Plan Nacer del Ministerio de Salud de la Nación y la Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad de La Plata, Carta Acuerdo 2012.

1. Introducción

Desde hace más de 20 años el sector público ha introducido mecanismos de pago por desempeño para complementar el esquema primario de prestación de servicios. En Argentina, hace aproximadamente una década, el sector salud realizó una innovación en la modalidad de prestación de servicios para beneficiarios que no tienen acceso a obra social creando el Plan Nacer y posteriormente el Programa Sumar. Esta innovación significó un cambio importante para todos los participantes del Programa (Gobierno Nacional, Gobiernos Provinciales, efectores y beneficiarios). Tanto en la experiencia nacional como en las internacionales, estos cambios son profundos y requieren de un conocimiento de los efectos y resultados esperables de dichas innovaciones. Este trabajo realiza una revisión conceptual y empírica de las principales dimensiones a tener en cuenta para el diseño de mecanismos de pago por desempeño en el sector público, basándose en el trabajo “Modalidades de pago por desempeño y esquemas de incentivos” realizado en el marco del Convenio FCE-UNLP y Plan Nacer en el año 2012.

Está organizado de la siguiente forma: en la sección 2 se presenta una descripción, desde el punto de vista de la teoría de la agencia, de los aspectos relevantes para el diseño de mecanismos de pago por desempeño (o, más generalmente, un mecanismo de incentivos) en el sector público. La sección 3 detalla las formas de provisión y modalidades de pago (denominadas *delivery systems*) en el sector de la salud, y la implementación de mecanismos de desempeño específicos. En la sección 4 se describen las experiencias en EEUU y países seleccionados de Europa relacionadas a la utilización de estos mecanismos. En la sección 5 se analiza el diseño del Programa Sumar, concentrándose en las dimensiones vinculadas con el logro de incentivos, y se realizan observaciones conceptuales y prácticas (a partir del trabajo de campo realizado en las provincias de Buenos Aires y La Rioja durante el año 2012) sobre los mecanismos utilizados. Finalmente, la sección 6 presenta las reflexiones finales.

2. Aspectos conceptuales

2.1. Problemas de información asimétrica en bienes y servicios provistos por el sector público

La literatura de la teoría de agencia identifica un conjunto de factores que son relevantes para el análisis de mecanismos de desempeño en el sector público.

La teoría de las relaciones principal-agente es una de las más utilizadas para el estudio de esquemas de incentivos o de evaluación de desempeño tanto en el sector privado, donde tiene mayor predominancia, como en el sector público. Esta teoría provee un marco apropiado para analizar problemas de información asimétrica (sobre las características y acciones de las partes involucradas), que es uno de los problemas más comunes para inducir esfuerzo y desempeño, y alinear incentivos de los múltiples actores (individuos u organizaciones). En las aplicaciones más comunes se estudian problemas donde un agente o varios agentes llevan adelante un conjunto de tareas, definidas por el principal o grupo de principales, para lograr los objetivos de un programa y organización. Estas tareas se

realizan individualmente o en grupos, son costosas para los agentes y en general no son de fácil observación por parte del(de los) principal(es). Esto lleva a los problemas típicos de acciones ocultas (riesgo moral) o información oculta (selección adversa), que involucran un *trade off* entre inducir el esfuerzo eficiente para la organización, asignar eficientemente riesgos, manejar la información privada y, en algunos casos tomando como restricción la capacidad del agente para aportar fondos, responsabilidad limitada. Cuando el programa u organización corresponde a un bien o servicio provisto por el sector público, el problema se torna más complejo, ya que los agentes pierden control (esto es, tienen un control parcial o indirecto) de las acciones a realizar, sobre todo si el número de intermediarios que participan entre la acción y el resultado es muy grande. Adicionalmente, existen varias dimensiones del problema (que se detallan a continuación) y que adquieren relevancia en organizaciones complejas y, en especial, cuando dicha organización es el sector público.

i) Múltiples principales

Una de las características del sector público es que los agentes realizan tareas para cumplir con objetivos de varios principales. En este contexto, proveer incentivos es más complicado que en el caso de un principal, al hacerse presente una externalidad negativa entre principales (incentivos a realizar *free riding* y a sesgar el esfuerzo del agente en la dirección de resultados individuales), resultando en consecuencia esquemas de incentivos más débiles. Dixit (1997) argumenta que esta externalidad se puede corregir separando los resultados de modo que cada principal remunere al agente según cada resultado individual, o al menos agrupando principales con objetivos alineados -aunque esto puede resultar poco práctico de llevar adelante en el sector público (Dixit, 2002)-, siempre en la medida en que se puedan identificar resultados individuales.

ii) Múltiples tareas

Las agencias de gobierno realizan múltiples tareas. En el sector educativo, un profesor debe dedicar tiempo a dar clase y a la investigación, en una oficina de correo existen varias tareas vinculadas con la entrega de cartas (tarificación de los servicios, aplicación de subsidios, tiempos de entrega, eficiencia y atención en las oficinas, etc.). Algunas de ellas producen resultados más observables que otras, de hecho muchas veces no están clarificadas o definidas de antemano, de modo tal que es difícil establecer qué constituye su cumplimiento. Típicamente, se produce un *trade off* entre múltiples tareas, generando como resultado esquemas de incentivos más débiles.

iii) Múltiples agentes

Varias agencias de gobierno pueden estar realizando una tarea similar (hospitales que prestan un conjunto de servicios de salud, oficinas de *training* en distintas regiones del país, etc.). En esta rama surgen varias derivaciones interesantes. En primer lugar, si el desempeño se evalúa sobre un resultado global que depende de las acciones individuales (sin identificar el aporte de cada una de ellas) existe un riesgo de *free riding* entre agentes. Este problema puede resolverse a través de esquemas de incentivos estrictos (de tipo premios y castigos) basados en umbrales de desempeño (el resultado global que se pretende alcanzar). En segundo lugar, si los componentes aleatorios del desempeño (sean éstos

shocks en problemas de riesgo moral o atributos/características en problemas de selección adversa) están correlacionados positivamente, puede resultar óptimo vincular la remuneración de un agente al resultado del otro agente de forma tal de premiar al mejor desempeño. Este esquema se denomina *Relative Performance Mechanism* (RPM). En tercer lugar, las acciones de los agentes pueden presentar complementariedades, de modo que puede resultar óptimo dar incentivos fuertes a un agente para realizar mayores esfuerzos y así inducir mayor esfuerzo complementario. La remuneración a los agentes puede requerir un premio cuando el resultado de todos los agentes es favorable, esto es, un *Joint Performance Mechanism* (JPM).¹

Tomando como punto de referencia la focalización de un esquema de incentivos, *ceteris paribus*, los incentivos aplicados sobre agentes individuales tienen mayores efectos que si son aplicados sobre grupos (en particular, es esperable encontrar comportamientos de *free rider* en esta última metodología). Por su parte, si lo que se busca es una mayor coordinación y cooperación, los incentivos grupales son más efectivos.

iv) Verificabilidad de las acciones y resultados

La literatura de incentivos asume que las acciones no son verificables pero que los productos o resultados sí lo son, o en términos generales, establece una jerarquía informativa desde el producto, pasando por señales intermedias, a las acciones. En el caso particular del sector de salud puede resultar más fácil comprender si se aplicó una secuencia de controles al paciente o una vacuna, y muy difícil medir sin ambigüedades los efectos de largo plazo sobre la salud, la mortalidad infantil, etc. (es decir, en este caso, el esfuerzo es más fácilmente observable que el resultado). Wilson (1989) denomina a estas agencias organizaciones de procedimientos y considera que los mecanismos de incentivos deberían estar relacionados con acciones observables en lugar de basarse en desempeño de resultados (como surge de la teoría de incentivos). Por su parte, en el caso de agencias para las cuales no se pueden observar ni verificar los insumos ni los productos (organizaciones *coping*) la posibilidad de aplicar esquemas de incentivos se ve muy debilitada.² Sin embargo, cuando los resultados son observables (obviamente también cuando éstos son verificables) es posible implementar esquemas de incentivos implícitos como *career concerns*.

v) Motivación de agentes

En una organización los agentes pueden derivar utilidad por el cargo ocupado (en cuyo caso, el principal puede pagar un salario menor e inducir participación) o por las tareas realizadas (en cuyo caso, el principal puede pagar menores incentivos e inducir un cierto

¹ Ver Laffont y Tirole (1993) o Green y Stockey (1983) para aplicaciones de RPM y Prendergast (1999) o Che y Yoo (2001) para aplicaciones de JPM. Fleckinger (2012) analiza ambos mecanismos (junto con *independent performance evaluation*, IPE) en un contexto más general.

² En la literatura de principal-agente se distingue una variable observable (que es identificable pero que no puede formar parte de un contrato sin generar riesgos de mala interpretación) y verificable (que es observable y que puede ser utilizada en un contrato sin riesgos de mala interpretación por terceros). Cuando no es necesario distinguirlos se pueden utilizar de manera intercambiable.

nivel de esfuerzo). Los *career concerns* (a nivel individual) o *social concerns* (a nivel de institución) pueden facilitar la implementación de esquemas de incentivos dado que hay una motivación intrínseca a lograr el mejor desempeño posible desde un principio. Esta apreciación es más factible en el sector público, siendo una ventaja para agencias de gobierno que enfrentan restricciones en sus presupuestos.

2.2. El uso de esquemas de incentivos en el sector público

El objetivo de los mecanismos de evaluación de desempeño (*performance mechanisms*, PM) puede diferir dependiendo del organismo, nivel de gobierno o contexto en el que se desea implementar. Puede ser utilizado generalmente como parte del sistema de asignación de recursos (por el que el gobierno central asigna fondos a proveedores de servicios, como por ejemplo, agencias locales), o particularmente para:

- i) mejorar el desempeño de una unidad individual (un hospital, etc.);
- ii) mejorar el desempeño de la organización (el sistema de salud);
- iii) promover o generar pseudo-competencia (entre proveedores de un servicio de salud);
- iv) mejorar la responsabilidad en el sector público (resaltar instituciones que fallan en ciertas dimensiones);
- v) mejorar indicadores cuantitativos agregados (ahorros de costos del sistema de salud);
- vi) mejorar indicadores cualitativos agregados (mejora de calidad en la salud); y
- vii) responder a demandas informativas por parte de la sociedad (por ejemplo, información sobre profesionales de la salud).

La medición de desempeño puede ser utilizada en una organización para realizar compensaciones (esquema de incentivos) o para uso interno (como herramienta de administración). Los instrumentos son típicamente monetarios, aunque también pueden involucrar compensaciones no monetarias.

En general, la teoría de contratos sugiere que el PM debería utilizar medidas de desempeño que tienen valor informativo, en particular aquéllas que producen un aporte informativo incremental y poco ruidoso sobre las acciones del agente. En la práctica, el diseño de esquemas efectivos debe considerar varios elementos, desde definir claramente cuál será el desempeño que se pretende lograr, la forma de medirlo, la determinación de objetivos, cómo focalizarlos (sobre individuos o grupos), cuán agresivo debe ser el esquema (cuán fuerte es la relación entre el logro de los objetivos y recompensas), y qué montos estarán involucrados. En muchas instancias resulta compleja la construcción de un escenario contrafáctico, dificultando la comparación del programa o eventualmente reduciendo su poder. Otra dimensión que requiere atención es el monitoreo (supervisión constante o auditorías) para evitar conductas no deseadas. A continuación se detalla varios de estos puntos.

i) Mix de productos

En un contexto de generación de múltiples productos, y tomando como referencia el mercado (en el cual empresas maximizadoras de beneficios producen el mix de productos demandado por los consumidores), las agencias gubernamentales tienen incentivos a sesgar la producción hacia los bienes *visibles* versus los *invisibles* (Lindsay, 1976).

Dixit (2002) retoma este problema y señala que remunerar al agente en base a resultados fácilmente observables, dejando en segundo plano resultados más deseables pero a la vez más difíciles de medir, puede inducir al agente a enfocar sus esfuerzos en la dirección menos preferida por el principal. En el sector público, donde la medición de variables de calidad es difícil, este problema puede ser más serio.

ii) Monitoreo

Un instrumento que tiene un principal para resolver parcialmente el problema de agencia es la utilización de fuentes disponibles de información para reducir la asimetría informativa con el o los agentes sujetos a PM. Las actividades de monitoreo y verificación son esenciales para el funcionamiento de los esquemas de incentivos, sobre todo cuando los resultados de un programa de desempeño, especialmente el mal desempeño, se revela tarde.

La literatura de incentivos ha tipificado dos figuras a cargo de esta tarea, el supervisor (que actúa ex-ante o durante la ejecución de tareas) y el auditor (que actúa ex-post).³ A su vez, ellos pueden ser un actor interno o externo del programa, el cual usualmente no es sujeto a la captura del principal ni del agente, aunque tienden a ser instrumentos costosos, relacionados también con otros costos o riesgos en términos de la utilización de información por ellos obtenida.⁴

iii) Medición de desempeño

En principio se pueden medir diversas dimensiones relacionadas con el programa a evaluar, desde el resultado final hasta la acción propiamente dicha.

Existe una primera división entre las medidas de desempeño, distinguiéndose resultados (y entre ellos, brutos o netos) y procesos e insumos (Propper y Wilson, 2003). La medición del resultado bruto es posiblemente la más sencilla, por la facilidad de recolectar e interpretar la información (estas medidas pueden ajustarse a las características particulares del individuo). Por su parte, la medición del resultado neto apunta a identificar el valor agregado de un programa o acción a evaluar (si bien es una mejor medida de desempeño, puede resultar de difícil implementación, sobre todo si el producto es multidimensional, además de requerir de un valor de referencia para calcular el valor agregado y ser costoso).

³ Esta caracterización simplifica la realidad, en la que supervisores pueden realizar tareas de control ex-post y auditores pueden realizar auditorías parciales durante el transcurso del año fiscal.

⁴ Para la literatura general ver Kofman y Lawarrée (1993) y para aplicaciones al sector público ver Heinrich (2007).

Más allá de los problemas propios de una medición de resultado bruto o neto, este enfoque está expuesto a dificultades adicionales, cuando se puede distinguir entre el *D output* y el *C output* (Bradford, Malt y Oates, 1969). El *D output* es el *output* directo producido por el sector público (utilizando una cierta tecnología y ciertas cantidades de insumos), mientras que el *C output* es el que interesa a la sociedad, ya que es el efectivamente demandado por las personas. En el caso del Plan Nacer en Argentina el *D output* fue, por ejemplo, la cantidad de pacientes atendidos o de prácticas realizadas, mientras que el *C output* fue la efectividad de las prestaciones realizadas.

La medición de insumos y procesos, en general, no provee información sobre la efectividad de un programa (por ejemplo, número de enrolados a un programa, dotación de personal, número de pacientes esperando un tratamiento). Medir costos también puede tener problemas al sesgar actividades hacia programas/actividades que reducen costos (esto es, de corta duración y menor intensidad). Sin embargo, el uso de medios o estructuras pueden ser buenos indicadores del éxito futuro de un programa en casos específicos.

Sin hacer una distinción entre resultados brutos y netos, la Tabla 1 sintetiza las ventajas y desventajas de la medición de insumos versus resultados (en el contexto del sector salud). De la misma se desprende el *trade off* entre el nivel de información, dificultad de manipulación (a favor de indicadores de resultado), y el nivel de complejidad en la interpretación y facilidad de implementación (a favor de indicadores de procesos).

Otro problema de los PM es el número de indicadores a utilizar en la evaluación de desempeño. Esta elección enfrenta un *trade off* entre cantidad de indicadores y complejidad del análisis. La idea básica detrás de este *trade off* es que aumentar el número de indicadores no siempre aumenta la información si existe correlación entre ellos (Chapman, 1996).

Tabla 1. Sector salud: medición de resultados y medición de procesos

Tipo de indicador	Ventajas	Desventajas	Áreas de mayor utilidad
Resultados	<p>Son más informativos para los distintos actores</p> <p>La atención está dirigida al paciente, igual que los objetivos de salud</p> <p>Incentivan estrategias de largo plazo</p> <p>No son fáciles de manipular</p>	<p>Pueden ser ambiguos y difíciles de interpretar, si son el resultado de varios factores difíciles de distinguir</p> <p>En término de tiempo, es costoso recolectar la información</p> <p>Requieren una muestra de gran tamaño para detectar efectos estadísticamente significativos</p> <p>Pueden ser difíciles de medir</p>	<p>Medición de calidad de procedimientos homogéneos</p> <p>Medición de calidad de diagnósticos homogéneos con fuerte relación entre intervenciones y resultados</p> <p>Medición de calidad de tratamiento, especialmente en el caso de poblaciones heterogéneas con un padecimiento común</p>
Procesos	<p>Fácilmente medibles sin incurrir en sesgos o errores</p> <p>Más sensibles a la calidad del tratamiento</p> <p>Fáciles de interpretar</p> <p>Requieren un menor tamaño muestral para detectar efectos estadísticamente significativos</p> <p>Pueden ser observados de forma discreta (menos invasiva)</p> <p>Capturan aspectos del tratamiento valorados por pacientes (más allá de los resultados)</p>	<p>A veces excesivamente específicos, focalizados en intervenciones o condiciones particulares</p> <p>Puede haber apresuramiento por encasillarlos como modelos de cuidado y desarrollo tecnológico</p> <p>Pueden aportar poco a los pacientes, a menos que estos entiendan su relación con los resultados</p> <p>Pueden ser fácilmente manipulados</p>	<p>Medición de calidad de tratamiento, especialmente en casos donde la calificación técnica es relativamente menos importante</p> <p>Medición de calidad de tratamiento, de condiciones homogéneas, en distintos contextos</p>

Fuente: Smith, Mossialos, Papanicolas y Leatherman (2008)

La Tabla 2 presenta un listado de medidas de desempeño en el sector salud, resumiendo desde áreas globales de medición (la salud de la población o calidad del sistema) hasta medidas más puntuales (sobre individuos o prácticas).

Tabla 2. Sector salud: medidas de desempeño según área de medición

Área de medición	Descripción de la medida	Ejemplos de indicadores
Salud de la población	Medidas de información agregada sobre la salud de la población	Esperanza de vida, años perdidos de vida, muertes evitables, años de vida ajustados por incapacidad
Resultados de salud individual	Medidas del estado de salud individual, relativas a toda la población o entre grupos Indicadores que informan rankings para diferentes estados de salud	Medidas genéricas: SF-36 (encuesta de 36 preguntas multipropósito), EQ-5D (instrumento estandarizado para medir el resultado de un amplio número de condiciones de salud y tratamientos, que genera un índice descriptivo simple del estado de salud) Medidas de enfermedades específicas: escala del impacto de la artritis, PDQ-39 (cuestionario sobre mal de Parkinson)
Calidad clínica y pertinencia del tratamiento	Medidas sobre servicios y cuidados que reciben los pacientes para alcanzar resultados deseables Medidas usadas para determinar si se realiza el mejor tratamiento y cuáles de estas acciones son llevadas a cabo de una forma tecnológicamente aceptable	Medidas de resultados: estado de salud, tasas específicas de readmisión post-operatoria y mortalidad Medidas de procesos: frecuencia de control de presión sanguínea
Sensibilidad del sistema de salud	Medidas que sintetizan la forma que los individuos son tratados y el ambiente en el cual se prestan los servicios Medidas relacionadas con cuestiones de dignidad del paciente, autonomía, confidencialidad, comunicación, pronta atención, ayuda social y calidad de las comodidades básicas	Medidas de experiencia del paciente, medidas de satisfacción al paciente
Equidad	Medidas relacionadas con la calidad del sistema de salud, acceso a los servicios, atención y financiamiento	Medidas de utilización, tasa de acceso, relaciones de uso-necesidades, umbrales de gasto, medidas desagregadas de resultados en salud
Productividad	Medidas de la productividad del sistema de salud, de las instituciones y de los profesionales involucrados	Productividad laboral, medidas de costo-efectividad (por intervención), eficiencia técnica (medidas de <i>output-input</i>), eficiencia asignativa (medida por la predisposición a pagar)

Fuente: Smith et al. (2008)

iv) Ajuste por riesgo

Un aspecto importante a tener en cuenta en mediciones de desempeño es el denominado ajuste por riesgo, esto es, la eliminación de fuentes de variación que no se deban a la calidad del servicio en la evaluación de resultados (entre ellas, edad, sexo, estatus económico, gravedad del caso, estado sanitario general del paciente, estado funcional, factores psicológicos, sociales y culturales). Una de las primeras experiencias fue

implementada en el marco del *Medicare* en 1983. Hoy en día es una práctica difundida en el mundo entero.

El motivo por el cual debe ajustarse por riesgo es que las medidas de desempeño reflejan tanto cuestiones relacionadas con el paciente como otras dependientes de factores exógenos. Los beneficios de realizar este ajuste son importantes ya que, en primer lugar, permiten identificar la causalidad y evitar sesgos de atribución (Smith et al., 2008), y en segundo lugar, permiten la introducción de mecanismos de desempeño relativo (ver discusión al respecto en la sección 2.1, inciso iii).

Más allá de la aparente racionalidad del ajuste por riesgo, este procedimiento ha estado sujeto a críticas que califican de exagerada la creencia de que las variaciones en la calidad de la atención prestada pueden ser adecuadamente aisladas. De esta forma, con distintos mecanismos de ajuste por riesgo pueden surgir diferentes conclusiones sobre desempeño de prestadores. Adicionalmente, se deben tener en cuenta varios aspectos para la implementación de estos ajustes, entre los que se destacan: tener cuidado de no redundar en distintas clasificaciones de los agentes (instituciones o individuos, por ejemplo, efectores o médicos en el caso de salud) que limiten la comparación por la heterogeneidad creada; tener presente que puede insumir mucho tiempo y costos de realización; evitar un ajuste incorrecto, toda vez que la información brindada lleve a actuar en forma inapropiada a los consumidores, hacedores de política u otros interesados; tener claro el rol que cumplen los factores incorporados en la corrección; evitar que las medidas incluidas en estos esquemas no fuesen percibidas como justas o válidas (por no contemplar los factores de riesgo de los pacientes), de modo que los prestadores de servicios se vieran estimulados a hacerle *gaming* al sistema (ver inciso vi), precipitando de esa manera situaciones de selección adversa (en perjuicio de enfermos crónicos o con cuadros complejos).

v) La paradoja del desempeño

La paradoja del desempeño consiste en la correlación débil entre indicadores de desempeño y el desempeño mismo (Meyer y Gupta, 1994), de modo que no se trata de una paradoja sobre el desempeño sino sobre su medición. El deterioro de los indicadores de desempeño puede ser causado por varios procesos, entre los que se destacan:

- Aprendizaje positivo: a medida que el desempeño de un agente mejora, los indicadores pierden su sensibilidad en detectar un mal desempeño (esto supondría una productividad marginal decreciente del indicador).
- Aprendizaje perverso: cuando un agente u organización aprende qué aspectos son medidos y cuáles no, puede usar ese aprendizaje para manipular sus valoraciones/estimaciones (ver el tratamiento específico de *gaming*, inciso vi).
- Selección: en un contexto dinámico la organización puede reemplazar agentes con mal desempeño por agentes con buen desempeño, sobreviviendo estos últimos; en tal caso el indicador pierde su valor para discriminar entre buen y mal desempeño (solamente revelaría que todos son buenos).

Los autores también enfatizan que la paradoja puede ser un resultado no intencional, por ejemplo, cuando el PM tiene requerimientos mínimos de rendición de cuentas, cuando se pueden eludir objetivos de política -sobre todo en problemas múltiples principales-, cuando hay múltiples tareas o cuando existe suficiente ruido en la señal de desempeño que torna imposible la medición de objetivos. Pero también pueden darse intencionalmente, por ejemplo, sabotando una auditoría, ocultando un mal desempeño a través de un reporte incorrecto (*misreporting*) o una lectura incorrecta de los reportes de indicadores de desempeño (*misinterpreting*). La severidad de esta paradoja será función de la calidad de la información con que se fundan los reportes.⁵

vi) Gaming

Una preocupación constante en la implementación de PM es la respuesta estratégica de un agente al esquema de incentivos ofrecido, quien puede intentar mejorar resultados sujetos a desempeño a costa de una asignación ineficiente de los recursos/acciones sujetas a evaluación. Esta práctica es conocida como *gaming*.

Teniendo en cuenta estas prácticas, un PM puede arrojar resultados indeseados si crea incentivos perversos. Por ejemplo, una agencia puede apuntar a lograr objetivos medibles, dejando de lado resultados no medibles y posiblemente de mayor valor, o la cooperación dentro de su grupo (Lindsay, 1976).

La definición de objetivos cuantitativos puede acarrear ciertos inconvenientes si se confía en ellos sin tomar mayores cuidados (Smith et al., 2008). Por un lado, es muy probable que los agentes obvien o pasen por alto aquellos objetivos que no estén claramente especificados. Por otro lado, debe considerarse que la complejidad propia de un sistema de metas múltiples genera una mayor exposición a la influencia de intereses personales de los participantes.

Un problema adicional surge cuando el PM tiene umbrales temporales (por ejemplo, cuando la evaluación se realiza una vez por año) y varias dimensiones de objetivos (cuantitativas y cualitativas), de las cuales se mide un subconjunto (por ejemplo, cantidad): a medida que se acerca la fecha del umbral puede cambiar la conducta de la agencia para cumplir la meta cuantitativa en detrimento de las metas no medidas. Courty y Marschke (2004) consideran casos de esquemas de incentivos basados en *bonus* (por ejemplo, anuales) que pueden estar expuestos a conductas de tipo *gaming*. Por ejemplo, demorar buenos resultados cuando se supera el objetivo en años buenos para hacer más holgada la restricción al año siguiente; demorar malos resultados en un año malo hasta el próximo con la esperanza que mejoren; o reportar resultados malos y demorar el reporte de resultados buenos en años muy malos (ya que reportarlos en el año bajo análisis no genera un efecto en el desempeño). En el primer caso, la estrategia del agente puede volcarse a invertir en tareas incorrectas (respecto de la generación de valor) para sacar ventaja del esquema de incentivos y, como fue mencionado anteriormente, genera efectos negativos sobre el

⁵ Ver clasificaciones de calidad de información (dura y no falsificable, dura y falsificable, o blanda) y su impacto en esquemas de incentivos en Cont (2004).

objetivo global. En el segundo caso, se trata de prácticas que aumentan las chances de cobrar un *bonus* pero no necesariamente generan distorsiones.

vii) Dinámicas *ratchet*

La relación entre el gobierno y la agencia que realiza un programa/proyecto es repetida en el tiempo. Esta repetición permite al gobierno (en su rol de principal) recolectar información temporal de resultados. Cuando los resultados son informativos de la productividad o del esfuerzo realizado por la agencia, existe un riesgo de que el principal modifique el esquema de incentivos hacia uno más exigente, típicamente cuando el principal no se puede comprometer a esquemas de incentivos de largo plazo. Esto puede llevar al agente a manipular el esquema de incentivos, haciendo más difícil detectar sus acciones o información (efecto *ratchet*). En términos generales, si el agente inicia su actividad con un sub-desempeño durante los primeros períodos se relaja la restricción de incentivos a futuro.

viii) Interacciones entre *gaming* y *ratchet*

Los documentos que revelan prácticas de *gaming* recomiendan generalmente dejar abierta una flexibilidad al diseñador del esquema de incentivos para poder adaptarlo y hacerlo inmune (o menos expuesto) a estas prácticas (Heinrich, 2011). En tal caso, la corrección de un PM para mejorar los efectos de prácticas *gaming* puede tener efectos negativos en términos de prácticas *ratchet*. Por ejemplo, en una aplicación de PM con umbrales, la determinación ex-ante de la evolución de los umbrales, o la especificación de que los mismos se mantendrán durante un número de años predeterminado para luego ser revisados (en el sentido del ajuste de *price cap* en la literatura de regulación económica) puede ser un mecanismo intermedio para ponderar ambos resultados.⁶

Sin embargo, el ajuste de PM en el sector público ha sido una práctica poco común (Barnow y Heinrich, 2010) y la preocupación general es que los ajustes han sido sesgados, ruidosos y/o poco confiables. Estos autores, de todas maneras, sugieren que los beneficios potenciales de la información que se puede obtener de la mejora de PM y del desaliento de prácticas *gaming* deberían superar los costos derivados de estas preocupaciones.

3. Modalidades de prestaciones de servicios en el sector salud (*delivery systems*)⁷

En un sistema de salud actúan varios actores vinculados a través de relaciones dependiendo del nivel de integración entre los mismos. En principio se identifican las figuras de usuario/aportante, financiador y prestador. El usuario es quien toma los servicios de salud y paga directamente por (una parte de) ellos cuando corresponda (básicamente cuando debe realizar copagos) y, a la vez, quien realiza aportes al financiador. El financiador es quien

⁶ Para una revisión de regulación económica por incentivos (a empresas proveedoras de servicios de infraestructura), ver Laffont y Tirole (1993).

⁷ El detalle sobre modalidades de prestación de servicios de salud fue tomado de Massachusetts Medical Society (2009). La información complementaria se incorpora citando la respectiva fuente.

recibe los fondos del aportante y financia a los prestadores. Los prestadores pueden ser una institución, grupos de profesionales o individuos, que son quienes finalmente prestan los servicios de atención, cuidado, internación, etc., al usuario. Las interrelaciones dependen de la forma en que está organizado el sistema de salud. Bajo provisión pública el aporte directo es nulo (más bien, es indirecto a través del presupuesto), el financiador es el estado y los prestadores son quienes forman la red pública de salud. Bajo un sistema de obra social (privada voluntaria u obligatoria), el financiador es la obra social y el prestador es la institución o individuo que haya acordado con la obra social para prestar los servicios. En este contexto, las modalidades de prestaciones de servicios de salud (*delivery systems*) se refieren a la forma de pago del financiador al prestador y, cuando corresponda, a la forma de pago entre una institución prestadora y un individuo que forma parte del grupo prestador.

Bajo una perspectiva histórica y de forma general, se pueden clasificar las modalidades de prestación de servicios en tres grandes categorías, de las que se pueden desprender diversas variantes y combinaciones. Estas son pagos por prestación, capitaciones o arreglos salariales.

i) Arreglos salariales

Bajo esta modalidad el financiador paga al prestador (por ejemplo, médico) a través de una relación de dependencia. Si bien esta modalidad permite controlar directamente los costos primarios, los incentivos a reducir el esfuerzo son máximos y no es casualidad que haya una tendencia hacia el alejamiento de este tipo de esquemas. Una posible forma de resolver (al menos parcialmente) el problema de incentivos a minimizar esfuerzo es combinar esta modalidad con premios o mecanismos de incentivos, cuando esto fuese posible (por ejemplo, esta alternativa tiene alcance acotado si el personal pertenece a un gremio). Su mayor virtud, de todas formas, radica en la simplicidad que plantea. Además, es esperable que en este marco los médicos se manejen siguiendo las reglas y protocolos establecidos, siendo más propicia su aplicación en ámbitos en los que se busque limitar la innovación y mantener el status quo (Lischko, 2009).

ii) Pagos por prestación (*fee for service*, FFS)

Bajo esta modalidad, el financiador paga al prestador en base al servicio brindado tanto por médicos de cabecera como por especialistas (como así también por los servicios complementarios de imágenes, laboratorios, etc.). Este mecanismo es flexible y se puede usar en cualquier tamaño y forma de organización, cualquiera sea el tratamiento y el lugar donde se brinde. El financiador transfiere la responsabilidad de la prestación al prestador, pero está expuesto al riesgo sanitario de demanda.

Sin embargo, presenta un riesgo de inducir un excesivo número de consultas o prestaciones. Por su parte, si las prestaciones, en general relacionadas con cuidados preventivos o incluso la realización de diagnósticos precisos en casos de mayor complejidad, se encuentran pagadas inadecuadamente, hasta puede presentarse un problema opuesto de sub-prestación, derivando los esfuerzos de prestación hacia las prácticas de mayor relación beneficio-coste (Lischko, 2009). En cualquier caso, requiere un alto detalle y flujo de información entre las

partes. De esta manera, las prestaciones que mejor se adaptan a este esquema son emergencias, procedimientos optativos no cubiertos tradicionalmente y tratamientos o servicios de diagnóstico complejo que presenten dificultad para categorizarlos en paquetes de atención médica (Silversmith, 2011). En función de estas observaciones, el control de los incentivos del prestador descansa en el monitoreo y auditoría del financiador. Aquí puede jugar un rol importante la existencia de instrumentos de copago por parte del beneficiario (además del rol de *screening* de este último en esquemas privados de beneficiario-financiador), ya que éste también tendrá un rol de vigilancia más directa sobre los servicios prestados.

Por último, un problema presente en economías inestables es que el flujo de pagos está expuesto a fricciones del ciclo económico al desvincularse el momento de pago del financiador al prestador de la prestación brindada.

iii) Capitación

Bajo esta modalidad, la entidad financiadora transfiere al prestador un monto fijo por beneficiario por mes, generalmente con algún ajuste por edad o complejidad, como contraprestación económica por los servicios prestados por el prestador a los beneficiarios de la entidad financiadora, que puede ser el sistema de salud de cabecera/hospitales/médicos. El prestador puede ser un gerenciador aunque también puede ser un hospital o grupo de médicos o, en casos bien definidos, el mismo financiador (*Medicaid* en EEUU, PAMI en Argentina). El compromiso es cubrir un nivel de cuidado de la salud ofreciendo un paquete definido de servicios. Si bien en algún caso particular el prestador puede cobrar al usuario un adicional por la prestación de servicios básicos, la mayor parte de los ingresos provienen de las cápitas.

Dentro de la modalidad capitación, hay dos grandes líneas de implementación (con numerosas variantes):

- Capitación global: en este caso se organiza una gran red de hospitales y médicos, para recibir un pago fijo mensual por los beneficiarios inscriptos. Internamente, la red debe establecer un sistema de división de la capitación entre los miembros, que se manifiesta en el contrato firmado con los médicos participantes.
- Capitación de riesgo completo: el pago fijo mensual aplica a un grupo de médicos u hospital específico individualmente.

De esta manera, el financiador transfiere la responsabilidad y riesgo sanitario al prestador, reservándose las actividades de monitoreo y de auditoría.

Comparado con el sistema de pago por prestación, el esquema de cápitas genera un mayor control presupuestario por parte del financiador (público o privado), al tiempo que transfiere el riesgo de costos y prestación de servicios primarios a quien reciba la capitación. Por su parte, el financiador no incurre en costos directos de estructura y actualización tecnológica, descansando en las decisiones del prestador al respecto. Su diseño inicial buscó mejorar la eficiencia del sistema de salud, controlar costos, reforzar el

cuidado preventivo (y de esa manera depender menos de especialistas), dado que el médico, hospital o sistema de salud es responsable por la salud del beneficiario independientemente del costo.⁸ Sin embargo, en la práctica se ha presentado el riesgo opuesto del citado para pagos por prestación, que es incentivar la captación de pacientes y brindar escasa atención o prácticas menos costosas, cuyos riesgos sobre la calidad de la salud son difícilmente observados. El control de estos incentivos descansa en las actividades de monitoreo (de las tasas de utilización de los servicios brindados por el prestador) y de auditoría reservadas al financiador, quien a su vez puede complementarlas con varias condiciones auxiliares, como por ejemplo un esquema de incentivos a la productividad y el desempeño, o permitir un sistema de competencia en la elección de médicos por parte de los usuarios. Otro elemento crítico citado por Lischko (2009) es la falta de consideración de fondos especiales para ciertos grupos de pacientes y diagnósticos de elevada complejidad (que de todas formas pueden ser cubiertos con otras modalidades de pago, como es el pago por prestación o por módulos). En este caso, los ajustes por riesgo operan en el sentido de lidiar con estos conflictos.

Por último, a diferencia del caso de pagos por prestación, en economías inestables no se produce una fricción en el cobro de servicios/prestación ya que el pago es de tipo prospectivo.

iv) Pagos por atención integral o costo total de atención⁹

Este caso es una variante de la modalidad de capitación, según el cual se realizan transferencias en bloque de una sola vez, ajustadas por riesgo, que cubren todos los costos necesarios para la provisión del servicio para un grupo específico de pacientes y durante un período de tiempo previamente estipulado. Comparado con el modelo de capitación, se diferencia en el uso de métodos de ajuste por riesgo más sofisticados, mayor limitación a la exposición al riesgo y la incorporación de medición de calidad. Uno de los beneficios que presenta este sistema es la relativa flexibilidad a los proveedores en términos de cómo brindar el servicio (potenciando la innovación en este sentido). Sin embargo, presenta limitaciones en cuanto a requerimientos de sofisticación en la información necesaria, su aplicación a prácticas mayores y más integradas, el incentivo a evitar pacientes de alto riesgo o poco obedientes, la restricción a la libertad de los individuos de elegir proveedores o preferencias geográficas y su potencial para inducir a los efectores a escatimar en atención.

A partir de estas tres modalidades básicas se desprenden distintos modelos de pago de servicios de salud que han proliferado en el sistema norteamericano (Massachusetts Medical Society, 2009): i) tasas de capitación combinadas, ii) pagos por episodios, iii) hogares médicos, iv) presupuesto global, v) pagos por desempeño, vi) ranking de profesionales y vii) organizaciones integradas verticalmente.

⁸ Esta modalidad se presenta con frecuencia en los planes de atención administrada que funcionan en el marco del *Medicaid* estadounidense.

⁹ Esta alternativa fue analizada por Silversmith (2011) sobre posibles sistemas a implementar en el marco de una reforma del área de salud en el estado de Minnesota, EEUU.

i) Tasas de capitación combinadas

Esta modalidad surge como una variante del modelo de capitación tradicional, fusionándose con otras formas como pueden ser pagos por prestaciones o programas de pago por desempeño. Su objetivo es eliminar los incentivos a reducir esfuerzos de los prestadores propios de los sistemas de transferencias fijas, buscando mejoras en la calidad, mejoras en la eficiencia, etc. Una forma de implementarlas es mediante el pago de un *bonus* por el seguimiento de determinados procedimientos (los cuales se suponen que son un medio para mejorar la dimensión buscada). Estas innovaciones proveen una mejora respecto de la capitación tradicional, ya que en parte limitan el riesgo financiero de los prestadores al remunerar a través de pagos por prestación ciertos aspectos del cuidado de la salud que exceden su control. No obstante, según reporta Massachusetts Medical Society (2009) los profesionales médicos creen que estos programas de *bonus* pueden derivar en posibles conflictos éticos.¹⁰

ii) Pagos por episodios

Esta modalidad consiste en el pago por un conjunto de servicios que conforman una línea de cuidado (ajustado por severidad de la enfermedad) durante un período de tiempo, que pueden llegar a involucrar múltiples proveedores y variantes, como el *ProvenCare* de *Geisinger Health System* en Pennsylvania orientado a cubrir intervenciones quirúrgicas coronarias (Silversmith, 2011). Las ventajas provienen de la capacidad de coordinar múltiples prestadores, la flexibilidad ante distintas formas de prestación, los incentivos a reducir los costos y la simplicidad de los pagos (uno sólo en lugar de varios). No obstante, su implementación debe resolver ciertas dificultades como son la determinación del límite temporal de un episodio (qué eventos son considerados y cuáles van más allá de éste), las barreras sobre la capacidad de elección de proveedor por parte de los usuarios, los incentivos a proveer episodios excesivos y la potencial omisión de pacientes de alto riesgo cuando superen el pago promedio por caso. Los servicios de obstetricia/maternidad, trasplantes, operaciones coronarias de bypass, otros tipos de operaciones, angioplastias y demás diagnósticos ambulatorios o procedimientos terapéuticos, son los más compatibles con este esquema de pagos. Su factibilidad, en gran medida, va a depender de la estructura detrás del programa. Una amplia red de prestación de servicios parece ser una condición necesaria para una mejor adaptación (Mechanic y Altman, 2009).¹¹

¹⁰ Un ejemplo de combinación es la *New Century Health Quality Alliance* (Kansas), una asociación de prestadores independientes de salud (*independent practice association*), en la cual los médicos de cabecera reciben una capitación y adicionalmente un pago por prestación de ciertos procedimientos excluidos del plan, como eco-cardiogramas, inmunizaciones o colonoscopías (Massachusetts Medical Society, 2009).

¹¹ El sistema de pago *Prometheus* utiliza los lineamientos médicos (*Clinical Practice Guidelines*, CPGs) a la hora de tratar a un paciente con un perfil clínico específico. A partir de CPGs, se realiza una evaluación para el cálculo de los recursos necesarios (tasa de cuidado) para proveer el servicio de cuidado al paciente (tiempo médico, gastos de laboratorios, equipo médico, rehabilitación, etc.). En este modelo, las aseguradoras y los médicos comparten riesgos. Los médicos tienen incentivos a tratar a los pacientes según su diagnóstico sin sobrepasar el presupuesto que se les asigne. Las aseguradoras establecen el perfil del paciente siguiendo los CPGs y los presupuestos que se ajustan a cada caso (Lischko, 2009). La tasa de cuidado puede descomponer en las partes que corresponden al médico principal, consultores, farmacia, hospital, etc. (Massachusetts Medical Society, 2009).

iii) Hogares médicos

Esta modalidad de prestación de servicios de salud se basa en un equipo de médicos, coordinados por un médico de cabecera, dedicado a proveer cuidado médico continuo a pacientes con el objetivo de optimizar resultados de salud, y es aplicable típicamente a enfermedades crónicas.

En general, la forma de pago bajo este sistema es alguna combinación que incluye una parte fija que cubre prestaciones básicas o primarias, un componente de pago por prestación para aquéllas que escapen de esta categorización y *bonus* para los hogares médicos que logran mejoras continuas en la calidad de la salud. Se distingue de un servicio básico de salud en que se deben cumplir un conjunto de requisitos respecto del desarrollo de una relación continua con el paciente y su cuidado, la disponibilidad de profesionales y, por ende, se pueden incurrir en mayores costos de salud, pero que pueden verse compensados con la reducción de hospitalizaciones.

iv) Presupuesto global

En este marco los hospitales reciben transferencias de suma fija periódicas, basándose en presupuestos históricos, el desempeño (logros) alcanzado, y cambios proyectados en las prestaciones y los costos. Dentro de una institución, los profesionales pueden cobrar sin restricciones individuales o a través de arreglos salariales. Las erogaciones se presupuestan por adelantado, determinando un monto total o especificando límites a distintos componentes de un sistema de salud o una institución. Es estándar remunerar bajo presupuesto a hospitales (el sistema de salud de Canadá, o el *Veteran Affairs* en EEUU), pero no la prestación de servicios de médicos o los medicamentos (en Canadá se realizan pagos por prestación), aunque también es posible globalizar todo el presupuesto (*National Health Service* en Reino Unido). En lo que respecta al costo del sistema, una modalidad de presupuesto global imprime un efectivo control sobre el gasto en servicios de salud, pero puede tener costos intertemporales al depender de la información histórica (ver sección 2.2, inciso vii).

v) Pagos por desempeño

En la última década se ha profundizado la tendencia en el uso de pagos por desempeño en seguros de salud. Bajo este tipo de arreglos los médicos, hospitales y organizaciones relacionadas con la prestación de servicios de salud son premiados por alcanzar objetivos de desempeño preestablecidos en términos de calidad, eficiencia u otro objetivo buscado. Dentro de los mecanismos de incentivos, hay lugar para otorgar *bonus* por cumplimiento de objetivos, pero también para el uso de penalidades por no cumplimiento de metas. Un aspecto crucial de este mecanismo es la definición de indicadores utilizados para medir desempeño. En el caso de EEUU se han creado programas públicos y hasta organizaciones espontáneas dedicadas a orientar los indicadores al logro de calidad de salud (ver ejemplo de *Bridges to Excellence* o la *Provider Quality Reporting Initiative de Medicare*, citados en Massachusetts Medical Society, 2009). En el caso de Reino Unido, se ha producido un cambio en el sistema de tratamiento hospitalario hacia la inclusión de un esquema de tipo pago por resultado, bajo el cual un hospital recibe recursos por tratamiento realizado en

lugar de un monto fijo (National Health Service, 2007). En el caso de Argentina, se creó el Plan Nacer a mediados de la década pasada, buscando introducir pagos por desempeño dentro del sistema público de salud.

Pero también han surgido visiones críticas que, en el fondo, son derivaciones de las analizadas en la sección 2.2 de análisis conceptual (Lischko, 2009). Entre estas visiones se destaca, en primer lugar, la idea generalizada de que este sistema induce a focalizar los esfuerzos en prácticas conocidas con impacto directo sobre los resultados como incentivo para generar mejoras, desviando la atención de aquellas actividades en las que no se centre la atención, en lugar de intentar incentivar mejores prácticas (y practicantes) de salud (Silversmith, 2011). En segundo lugar, existen preocupaciones sobre los costos inducidos para lograr los resultados que impulsan el pago por desempeño (esto es, costos de tratamientos que se necesitan para lograr el objetivo). En esta misma línea, también se identifican problemas de descalce de plazos. En tercer lugar, pueden surgir complicaciones prácticas a la hora de recolectar información y medir desempeño. En cuarto lugar, los incentivos aplicados muchas veces son percibidos como escasos por parte de los prestadores sujetos a los mismos. En quinto lugar, el uso de varios programas en paralelo puede ser conflictivo en términos de utilización de indicadores. En sexto lugar, también hay inconvenientes con comparar casos particulares en los que no se puede realizar ajustes por riesgo. Por último, la elección de procesos como elemento a medir en lugar de resultados puede generar ineficiencias en el esquema de incentivos, premiando en situaciones en las que no corresponda y viceversa.

vi) Ranking de profesionales

Algunos planes de salud utilizan esta modalidad que califica a los médicos de forma individual o grupal en términos de eficiencia y calidad para informar a los beneficiarios sobre tales características. El objetivo de estos rankings ha sido crear una herramienta para controlar costos a través de dos mecanismos. Por un lado, se busca fomentar a los pacientes a pasarse de profesionales de menor valoración a aquellos de mayor valoración, mediante el cobro de copagos mayores (en el caso de los primeros) o menores (en el caso de los últimos). Por otro lado, se intenta estimular a los médicos a que sean más eficientes, de modo de evitar ser señalados a través de un peor ranking y, en consecuencia, perder pacientes (esto, en parte, como respuesta a una demanda informativa por parte de los usuarios respecto de la calidad de los profesionales). Si bien se intenta ubicar a un médico dentro del ranking según se merezca, hay factores que escapan al control de los prestadores de servicios que pueden afectar su resultado final (como sería pertenecer a un grupo de profesionales excepcionalmente calificados).¹²

vii) Integración vertical

Bajo este modelo se integra las figuras de financiador y prestador (por ejemplo, en EEUU el administrador de servicios de salud *Kaiser Permanente* tiene hospitales propios; en

¹² En la literatura de incentivos en equipos se ha resaltado la inferioridad de mecanismos de ranking dentro de mecanismos más globales de evaluación de desempeño relativo (Stole, 2003).

Argentina, este modelo aplica a varias obras sociales como UOM, OSECAC y UOCRA). Usualmente no hay integración vertical plena sino en un conjunto de prácticas. Tiene las ventajas de controlar los factores críticos en una gestión (por ejemplo, servicios esenciales, asegurar camas, etc.) y de no transferir rentas a prestadores competidores, pero a cambio generan altos costos de estructura (por ejemplo, en economías cíclicas como la argentina) y actualización tecnológica (sobre todo si hay dinamismo en las tecnologías de la salud). La contratación hacia adentro típicamente adopta la modalidad de salarios.

4. Casos seleccionados que utilizan mecanismos de evaluación de desempeño

Esta sección presenta un detalle de experiencias seleccionadas de sistemas de salud que utilizan mecanismo de evaluación de desempeño.

4.1. Sector salud en Estados Unidos - *Medicaid*

4.1.1. El sistema de salud *Medicaid*

Medicaid es el principal programa de salud pública en los EEUU para familias de bajos recursos, creado en el año 1965, y funcionando en paralelo con el *Children's Health Insurance Program* (CHIP). Se financia con fondos públicos aportados por el Gobierno Federal y los gobiernos estatales, y es administrado a nivel estatal. Brinda cobertura a alrededor de 60 millones de personas (aproximadamente un 20% de la población), incluyendo niños, mujeres embarazadas, adultos mayores e individuos con discapacidades. Este programa coexiste con otros programas privados (por ejemplo, *Health Management Organizations*, HMOs) y públicos (por ejemplo, el *Medicare*, el *Military Health System* o el *Veteran Health System*). El criterio de elegibilidad para la mayoría de los grupos beneficiarios se basa en un porcentaje del nivel de pobreza federal (en general, algo mayor que la línea de pobreza), que se actualiza anualmente. Para los grupos restantes también se pueden considerar otros criterios no financieros.

La legislación federal exige estándares mínimos de cobertura obligatoria y da flexibilidad a los Estados para brindar cobertura adicional. Algunos Estados incorporan programas de financiación propia para asistir a personas de bajos ingresos que no califican dentro de *Medicaid*, y pueden pedir *waivers* para poder prestar una cobertura alternativa. El plan otorga beneficios dentro de dos categorías: los obligatorios (que deben satisfacer los estándares mínimos de atención básica de la salud) y los optativos (servicios más especializados, que quedan a criterio de las administraciones estatales).¹³

El Gobierno Federal le transfiere a sus pares estatales un porcentaje específico (que varía entre organizaciones territoriales) de los gastos del programa establecidos en el *Federal Medical Assistance Percentage* (FMAP). Estos porcentajes son ajustados anualmente por el *Department of Health and Human Services* en ciclos de tres años (internalizando fluctuaciones en la economía). Los Estados, por su parte, deben garantizar la posibilidad de cumplir con su porcentaje de los costos, mientras que el administrador de *Medicaid* (el

¹³ Un listado de estas prestaciones está disponible en <http://www.medicaid.gov/Medicaid-CHIP-Program-Information/By-Topics/Benefits/Medicaid-Benefits.html>.

Centers of Medicare and Medicaid Services, CMS) es el encargado de aprobar el plan de financiamiento.

Los Estados deciden la modalidad de prestación para los establecimientos que proveen servicios. Los dos mecanismos más comunes son el pago por prestación (*fee for service*) y los contratos de atención administrada (*managed care arrangements*). También deciden las tarifas que establecen para los proveedores de salud dentro de la normativa federal (nomenclador, cápita, etc.) y las tarifas con beneficiarios de *Medicaid* (copagos, coseguros, deducciones u otro tipo de cargos similares). En su mayoría, los pagos están limitados a montos nominales, aplicando excepciones especiales (enfermedades terminales, niños, habitantes de residencias) y sujetos a topes que no pueden ser superiores al 5% del ingreso familiar.

Pago por prestación. Bajo esta modalidad, los Estados pagan directamente por los servicios a los efectores (cuando el usuario realiza copagos la cobertura puede no ser el 100%). Es posible que el beneficiario pague una franquicia anual al Estado. También es posible que el beneficiario pague total o parcialmente por la prestación (en cuyo caso recibe un reembolso total o parcial dependiendo de la tabulación de copagos del servicio recibido). Esta modalidad de prestación está siendo cada vez menos utilizada por los Estados.

Atención administrada. Esta modalidad consiste en la realización de un contrato de atención médica administrada entre cada Estado y un prestador, que pueden ser *Health Management Organizations* (HMOs, que agrupan distintos hospitales y médicos), *Preferred Provider Organizations* (PPOs, con oferta preferencial de instituciones y médicos), clínicas, hospitales o grupos médicos. Mayoritariamente funciona un sistema de puerta de entrada, por el que el beneficiario debe elegir un profesional de cabecera, y es derivado a especialistas en caso de ser necesario. Cuando los Estados implementan programas de atención administrada, pueden aplicar cualquiera de las siguientes modalidades: *Managed Care Organizations* (MCOs), las cuales proveen la mayoría de los servicios correspondientes al *Medicaid* a cambio de una cápita mensual; planes de beneficios limitados, que son similares a los HMOs pero sólo brindan un subconjunto de servicios (por ejemplo, referidos a salud mental u odontología); *Primary Care Case Managers* (PCCMs), que son prestadores individuales (o grupos de prestadores) de servicios primarios, e interactúan directamente con el Estado (sin intervención de HMOs) cobrando un mix de pagos por prestación y cápitales mensuales. Con esta modalidad de prestación se busca mejorar la relación costo-beneficio de los servicios de salud, favoreciendo las tareas preventivas, el control de costos y un uso eficiente del sistema, dado que los médicos, hospitales y sistemas de salud son responsables por el estado de los inscriptos, más allá del costo que impliquen sus tratamientos (Massachusetts Medical Society, 2009). Varios Estados tienen planes de atención administrada para enfermos crónicos (usualmente fuera de la órbita de los planes de atención administrada, como por ejemplo en Nueva York). La tendencia a utilizar la modalidad de atención administrada (y otros modelos de prestación integrados) es creciente y, hoy en día, alrededor del 70% de los beneficiarios inscriptos al *Medicaid* operan por esta vía.

Los prestadores (en general grandes, como los hospitales) pueden estar inscriptos y brindar servicios a través de ambos sistemas (pago por prestación o atención administrada).

Además, cualquiera sea el programa que se utilice, los Estados pueden modificarlos, siempre y cuando se cumpla con una serie de formalidades (debe ser aprobada por el CMS y consistente con la normativa de Seguridad Social y otras regulaciones federales).

4.1.2. Pagos por desempeño dentro de *Medicaid*¹⁴

La medición de desempeño en el sector está ampliamente difundida en los EEUU y no es casualidad que así sea, dado el incremento histórico en costos incurridos por organismos públicos que no han sido acompañados por los resultados evidenciados. En el caso del sistema de salud norteamericano hay cierto consenso sobre la falta de capacidad para proveer prestaciones de la calidad esperada y que, a pesar de los esfuerzos públicos y privados por revertir esta tendencia, el sistema se ha mostrado resistente al cambio (Mechanic y Altman, 2009). De esta forma, la aplicación de mecanismos de incentivos basados en el desempeño (*Pay for Performance*, P4P) ha adquirido importancia en la actualidad, en particular en *Medicaid*. Según la CMS, este concepto se refiere al uso de medios de pago u otros incentivos para fomentar mejoras en calidad y atención al cliente.

Kuhmerker y Hartman (2007) realizan una encuesta sobre mecanismos de pago por desempeño, revisando tres componentes (que, de hecho, pueden ser útiles para un análisis conceptual más general): i) medidas de desempeño, ii) métodos de evaluación de desempeño e iii) incentivos. En esta sección se incluye una cuarta dimensión, iv) receptores de incentivos.

i) Medidas de desempeño

Las medidas utilizadas para aplicar sistemas de pago por desempeño son muy variadas y pueden dividirse en cinco grupos que se detallan a continuación:

- Medidas HEDIS (*Health Plan Employer Data and Information Set*)
- Medidas estructurales
- Medidas costo-eficiencia
- Medidas de experiencia del paciente
- Medidas basadas en historias clínicas

Las medidas HEDIS se relacionan con los aspectos más importantes del sistema de salud (principalmente cuidados preventivos y primarios) pero también con varias afecciones crónicas (tasas de inmunización infantil, líneas de cuidado prenatal, etc.). Como estas medidas se utilizan comúnmente por las organizaciones de atención administrada, el diseño del pago por desempeño sobre estas medidas es práctico y no requiere de esfuerzos adicionales en el armado de bases de datos para evaluar desempeño.

Las medidas estructurales están relacionadas con un estado específico o actividad, por ejemplo, estado de acreditación, tecnología de información utilizada, si el establecimiento se encuentra abierto los fines de semana, etc. Estas medidas no necesariamente están

¹⁴ Esta sección se basa en Kuhmerker y Hartman (2007).

relacionadas con calidad, pero pueden indicar si un plan provee calidad o no y, en muchos casos, sirven como una proxy del acceso a los servicios.

Las medidas de costo-eficiencia incluyen mediciones específicas como son el uso de drogas genéricas, tasas de uso de servicios y niveles de gasto global. Adicionalmente, pueden incluirse otro tipo de objetivos, por ejemplo, el ahorro de gastos.

Las medidas de experiencia del paciente se basan en encuestas de satisfacción de los beneficiarios, aunque en general se utilizan combinadas con otras.

Las medidas basadas en historias clínicas dependen de la disponibilidad de estas últimas y suelen ser tan costosas de generar que en muchos casos se termina recurriendo a medidas de tipo HEDIS.

ii) Métodos de evaluación de desempeño

El segundo paso consiste en identificar los métodos principales para evaluar desempeño. A continuación se detallan tres métodos y un cuarto híbrido.

Medición de logros. El método de evaluación más común es el que evalúa logros (*attainments*) de un determinado nivel objetivo de un indicador individualmente y se caracteriza por su sencillez. Este método suele tener problemas con las colas de los resultados: los establecimientos que se consideran con baja probabilidad de alcanzar las metas podrían optar por no participar en mecanismos de pago por desempeño si ello fuese factible, mientras que los establecimientos que las superan fácilmente tendrían pocos incentivos para mejorar. Adicionalmente, el método podría tener riesgos de estancamiento si no se realizan actualizaciones con cierta periodicidad. Algunas soluciones vienen dadas por otorgar premios extra a aquellos que se mantengan por encima del umbral de cumplimiento, rotar aquellas medidas que sean alcanzadas o aumentar el nivel del objetivo cuando sea alcanzado por todos o la mayoría de los proveedores. Sin embargo, estas dos últimas alternativas son costosas desde el punto de vista dinámico, ya que están expuestas al efecto *ratchet* (ver sección 2.2, inciso vii).

Método de mejoras (*improvements*). Este método se basa en superar un umbral dado por el período anterior o por una meta preestablecida. Soluciona algunos problemas del método anterior, al diseñar selectivamente umbrales de mejoras y en algunos casos hasta la imposición de mínimos a partir de los cuales se reciben incentivos. Por ejemplo, para evitar que establecimientos ubicados en niveles más altos del esquema de mejoras tengan pocos incentivos a mejorar se pueden implementar premios marginalmente crecientes. De cualquier manera, este método tampoco queda exento de problemas de *ratchet*.

Comparación entre pares (*yardstick*). Este mecanismo compara instituciones con distintos atributos (por ejemplo, las que difícilmente alcancen el nivel de corte versus las que independientemente del esfuerzo realizado lo superen) pero este problema puede resolverse haciendo correcciones (ajustes de riesgo) entre organizaciones. Un problema adicional que se deriva de estas estructuras de incentivos basadas en desempeños relativos es la posibilidad de que los premios no tengan que ver con mejoras reales.

Método de mejora y logro (*improvement and attainment*). Es una combinación de los métodos respectivos, y surge como una alternativa para superar las desventajas y limitaciones de cada uno en particular, reconociendo la búsqueda de un nivel específico de desempeño con ciertos grados de mejoras.

En cuanto a los efectos marginales de estos cuatro mecanismos, no hay un criterio homogéneo entre Estados. Existen casos de premios por mejores rankings más importantes que los castigos por rankings negativos (Maryland), de *bonus* crecientes a medida que el prestador se acerca al objetivo buscado (Indiana y Pennsylvania), de requerimientos decrecientes en mejoras para recibir un *bonus* (Illinois) y de penalizaciones que aumentan con la persistencia de resultados negativos (Missouri).

iii) Incentivos

El tercer componente de los programas de pago por desempeño es el incentivo que buscan inducir. En el caso de *Medicaid*, se identifican seis tipos distintos de incentivos que pueden ser utilizados y se describen a continuación.

Bonificaciones. Son pagos que se hacen una sola vez o periódicamente para alcanzar o mejorar un determinado nivel de desempeño. Son fáciles de calcular y se pueden aplicar a diversas configuraciones de los mismos (techos individuales o globales a su monto, aplicación individual o proporcional al ahorro que genera el desempeño, etc.).

Penalizaciones. Este instrumento actúa en el sentido opuesto de las bonificaciones y su aplicación es controversial, ya que involucra devoluciones de los sistemas de salud al Estado (o retenciones de éste en próximas transferencias) por el incumplimiento de objetivos.

Reembolso diferencial. Se aplica mediante cambios en la tasa de reembolso (fija o porcentual) a medida que se alcanzan los objetivos o mejoras esperados. La diferencia con los *bonus* radica en la periodicidad con que se realizan los reembolsos (continua, a diferencia de los *bonus*, que se pagan en períodos preestablecidos). Se menciona que este esquema de incentivos puede ser modificado para que no pierda su efectividad (vía aumentos/reducciones por cumplimiento/incumplimiento de objetivos), lo cual deja expuesto al riesgo de efectos dinámicos (*ratchet*).

Auto-asignaciones. Los beneficiarios de *Medicaid* en muchos Estados son atendidos con un esquema de atención administrada, de modo que deben elegir un plan o proveedor de servicios. Si el beneficiario no elige un proveedor, el Estado se encarga de hacerlo. El instrumento de asignaciones opera de forma tal que el Estado asigna una mayor proporción de usuarios a los prestadores que tengan mejor desempeño. Esto no implica pagos monetarios directos, sino un aumento en la base de beneficiarios de los que el efector cobra una cápita y menores costos medios, si aquellos beneficiarios que no optan por un plan son los que menos usan los servicios.

Retenciones. Los programas estatales de *Medicaid* retienen un porcentaje de la cápita y se reservan los fondos para pagos relacionados con desempeño. Este esquema es utilizado solo

en las modalidades de atención administrada (por ejemplo, con MCOs y PCCMs). Los fondos retenidos pueden ser utilizados de diversas formas, que incluyen desde devoluciones en caso de alcanzar las metas planteadas hasta asignaciones a otro proveedor (penalización implícita).

Transferencias con fin específico. En lugar de otorgar fondos con fin abierto (*bonus* o reembolsos), los Estados entregan fondos con fin específico a los prestadores, quienes deben previamente presentar propuestas para su análisis y aceptación. Es un método poco aplicado.

En cuanto a la efectividad de cada uno de estos mecanismos, los directores estatales de *Medicaid* han reconocido la mayor efectividad del (o preferencia por el) uso de bonificaciones o reembolsos como esquema de incentivos. En el otro extremo, el uso de penalidades aparece como el menos recomendable por los distintos actores del sistema.

Algunos Estados también han utilizado incentivos no monetarios para complementar el uso de instrumentos monetarios. Un instrumento alternativo (aplicado en Michigan) es exponer a los planes de acuerdo al rendimiento alcanzado: luego de seleccionar sólo a los planes que satisfagan los estándares predeterminados, el Estado contrata los necesarios para generar la cobertura preestablecida. Un tercer instrumento de incentivos no monetarios es el reconocimiento de planes o proveedores, público o entre pares, que básicamente constan de publicar información sobre el desempeño alcanzado.¹⁵

iv) Receptores de incentivos

La mayoría de los incentivos actúan sobre las organizaciones de atención administrada, proveedores institucionales (hospitales o geriátricos) y otras redes de proveedores. Sin embargo, algunos programas de *Medicaid* llegan -total o parcialmente- a los empleados responsables de alcanzar las medidas de desempeño (por ejemplo, los programas PCCM en los Estados de Alabama, Louisiana y Pennsylvania).

En la Tabla 3 se presentan ejemplos de programas de desempeño utilizados por Estados de EEUU en el entorno de *Medicaid*.

¹⁵ Para mayor detalle sobre este punto ver Marshall, Shekelle, Brook y Leatherman (2000).

Tabla 3. Programas de desempeño en Estados de EEUU

Estado	Programa	Objetivo	Pago por desempeño
Sistemas de pago por prestación			
Oklahoma	Hogar médico	Condiciones crónicas: diabetes, CHF (<i>congestive heart failure</i>), CAD (<i>coronary artery disease</i>), asma	Corresponde a la Etapa 3: pago por mejoras –anual– con mínimo requerimiento de logro de 40% de targets. Búsqueda de 10% de mejora en medidas <i>core</i>
Indiana	Coordinación de cuidado de la salud	Programa <i>Care Select</i> para ancianos, ciegos y discapacitados	Contrato base: atención administrada. El estado retiene 20% y realiza pagos por cumplimiento de objetivos específicos financieros y de calidad (evaluaciones en tiempo, completar planes de cuidado, completar y cumplir indicadores de prevención, etc.)
Alabama	Compartir ahorros con los prestadores de servicios	Eficiencia: monto gastado en Medicaid (panel de beneficiarios de prestadores de medicina primaria -PMP-) vs. gastos esperados Desempeño: Utilización del panel de PMP comparado con valores esperados en prescripciones de genéricos, visitas a salas de emergencia no certificadas (en registros médicos) y visitas a médicos	Score haciendo yardstick entre variaciones de gasto de los PMPs, que se traduce en valor monetario (diferencial entre eficiencia y desempeño)
Sistemas de atención médica administrada			
Rodeo Island	Programa piloto de hogar médico con múltiples financiadores (públicos y privados)	Acuerdo entre planes para unificar: lugares de práctica, medidas de desempeño, servicios provistos, condiciones crónicas, respecto de 5 prácticas de cuidado primario (aplicable a 67% de los residentes asegurados)	FFS por servicio prestado, cápita para administración y coordinación de cuidado, P4P por logro de metas
California	e-consultas	Fomentar consultas electrónicas para casos que no son urgentes (de <i>Primary Care Providers</i> (PCP) a especialistas) para ahorrar costos, ineficiencias, etc.	Pago del seguro de salud a PCP y especialistas por e-consulta
Pennsylvania (atención médica administrada)	Reducción de disparidades	Acuerdo entre 3 planes de salud para unificar: registros, condiciones de administración y cuidado, medidas de desempeño, incentivos financieros para centros médicos	Incentivos a centros médicos por participación y proceso de mediciones relacionadas con cuidado de diabetes

Fuente: Hasselman (2009a y 2009b).

En el caso de modalidades de pago por prestación existe poca aplicación práctica de mecanismos de pagos por desempeño, concentrándose en casos puntuales en la búsqueda de ciertos objetivos concretos (Hasselman, 2009a), esto es, aplicando a problemas específicos y crónicos (diabetes y problemas coronarios). En cambio, los mecanismos de desempeño en modalidades de atención administrada son más generales, destacándose la convergencia de criterios entre distintos planes de salud. En estos casos, según Kuhmerker y Hartman (2007) ha habido menos resistencia por parte de los operadores a la implementación de mecanismos de desempeño.

4.2. Sector salud en Gran Bretaña - *National Health Service*

4.2.1. El sistema de salud en Gran Bretaña

El sistema de salud británico se caracteriza por su cobertura pública y universal, financiada con recursos del Estado (Boyle, 2008). El *National Health Service* (NHS) provee cobertura de servicios preventivos, hospitalarios, de médicos, atención de discapacidades y recuperación. En algunos casos el beneficiario debe realizar copagos, por ejemplo, en medicamentos (con algunas excepciones asociadas a la edad y capacidad de pago) y odontología. Existen proveedores de salud privada (con o sin fines de lucro) que prestan servicios de salud de manera suplementaria (especialistas, ciertas operaciones sin tiempos de espera, etc.).

El sistema de salud se organiza a través de médicos, hospitales, el gobierno y fondos de seguro privado. La puerta de entrada al sistema de salud es a través de médicos generales. Éstos cobran una remuneración/ingreso a través de grupos de atención primaria (*primary care trusts*, PCTs), por la vía de salarios, capitas o pagos por servicios, mientras que la fuente de ingresos de los prestadores privados es la modalidad de pago por prestación. En el año 2004 se definieron nuevos contratos para Servicios Médicos Generales que introdujeron una variedad de posibilidades contractuales y mecanismos de incentivos atados al logro de objetivos de salud (ver sección 4.2.3). Los hospitales están organizados en grupos hospitalarios (*NHS trusts*), aunque recientemente ha habido ingresos de fundaciones hospitalarias. Los hospitales contratan a los PCTs para la prestación de servicios a la población local. El NHS coordina la atención y los servicios hospitalarios. El 85% de sus fondos tienen como destino los PCTs, generalmente a través de capitas ajustadas por riesgo. Los aseguradores privados prestan servicios a sus beneficiarios contratando proveedores de salud públicos o privados.

4.2.2. Introducción de incentivos en salud pública

El primer intento en Inglaterra de introducir objetivos en la salud pública fue la estrategia *Health of the Nation* en 1992, que implementó un programa de medición de objetivos para estimular a las autoridades de la salud a focalizarse en asegurar un nivel de prestación aceptable para toda la población, con cinco áreas clave (ataques cardíacos y accidentes cardiovasculares; cáncer; enfermedades mentales; HIV/SIDA y salud sexual; accidentes), definiendo un pequeño número de objetivos específicos en cada una. Hacia 1997 se había concluido que los resultados habían sido insignificantes, debido a que las directrices nacionales deberían haberse pensado como un reflejo de las necesidades locales. Otro punto que se destacó fue la ausencia de incentivos y capacidad institucional por parte de los referentes locales. Hunter (2002) presenta una lista de las debilidades del plan entre las que se destacan la falta de liderazgo del Gobierno Nacional, la falla en la identificación de los determinantes sociales y estructurales de la salud, la falta de credibilidad en los objetivos, una pobre comunicación de la estrategia detrás del sistema, la falta de sostenibilidad del programa y la falta de estímulo a la cooperación entre agencias.

Hacia 1998, en el marco del *Public Service Agreement* (PSA), se definieron objetivos con un rol mucho más central, entre los que se destacan el aumento en la esperanza de vida al nacer para 2010, la mejora de resultados para personas con condiciones crónicas, la mejora al acceso de servicios (en particular los tiempos de espera) y, la mejora de la experiencia de los pacientes y usuarios. A la par con este régimen se estableció un sistema de puntuaciones para las organizaciones del NHS, que va de cero a tres estrellas, en base a una serie de cuarenta indicadores de desempeño. Lo más innovador de este esquema fue la implementación de fuertes incentivos gerenciales dependientes del nivel alcanzado. Entre los premios por buenos resultados se incluía la posibilidad de aumentar la autonomía de los prestadores. A nivel administrativo, los resultados fueron variados, pero a nivel de los profesionales de la salud la reacción fue más homogénea como resultado del cambio en las prioridades (que pasaron a limitar la autonomía profesional). Esto último va en línea con la idea del plan de lograr mayor atención sobre aquellas cuestiones que no venían siendo prioritarias, como por ejemplo los tiempos de espera. Indudablemente se observaron mejoras en el desempeño en los aspectos que se focalizó el PSA. No obstante, algunos

investigadores dicen que se fue en contra de los valores del sistema público de salud transformándolo en disfuncional (Smith y Busse, 2008). Resulta lógica entonces la implementación de elementos que balanceen los efectos, tales como auditorías.

4.2.3. Evaluación de desempeño en Reino Unido: *Quality and Outcomes Framework*

El *Quality and Outcomes Framework* surgió como un sistema de pago por desempeño en el marco de los nuevos contratos de Servicios Médicos Generales para médicos de cabecera que se implementaron en 2004.

En este contexto se crearon medidas de desempeño para centros médicos de atención primaria, como resultado de un compromiso negociado entre el Gobierno y la Asociación Médica Británica. A continuación se describen los indicadores vigentes en 2010 y 2011, sobre los cuales se asignan puntajes, que se miden dentro de las siguientes categorías principales:

- Áreas clínicas: enfermedades cardíacas coronarias, ataque isquémico, hipertensión, hipertiroidismo, diabetes, salud mental, obstrucción pulmonar crónica, asma, epilepsia y cáncer.
- Áreas organizacionales: archivos e información sobre pacientes, comunicación con pacientes, educación y entrenamiento, administración práctica y administración médica.
- Experiencia del paciente: duración de las entrevistas y consultas con pacientes sobre otras cuestiones.
- Servicios adicionales: prácticas adicionales como chequeo cervical, control de salud infantil, servicios de maternidad y servicios anticonceptivos.

Estos indicadores, en particular los que pertenecen a áreas clínicas, exhiben una combinación de medidas de procesos y de resultados intermedios (como pueden ser los niveles de colesterol o presión arterial, como factores que pueden afectar resultados en afecciones coronarias). No hay uso de medidas de resultados puros, pues el programa se concentra en el control del cuidado primario.

Los puntos asignados a cada indicador individual son retribuidos en relación al nivel de cumplimiento de los objetivos planteados. De esta forma, la escala de pagos comienza en un umbral mínimo (25% originalmente, 40% a partir de 2006) y finaliza en uno máximo (en general, 90%). Los resultados obtenidos en los tres primeros años fueron buenos.

Campbell et al. (2007) realizaron un estudio comparativo sobre calidad en el cuidado de salud aplicado a 42 centros médicos representativos de Inglaterra para cuatro años entre 1998 y 2007, concentrado en las tres afecciones principales (ataques cardíacos, asma y diabetes tipo 2). Los autores encontraron un impacto modesto de la reforma sobre la calidad del cuidado de salud, la cual venía evolucionando favorablemente aún antes de la introducción de este sistema. En cambio, los prestadores han manifestado preocupaciones respecto de este plan, aduciendo efectos adversos sobre la continuidad del cuidado de la

salud, una fragmentación de la atención como resultado de la especialización entre prácticas y la desatención en áreas menos expuestas a incentivos (Roland, Campbell, Bailey, Whalley y Sibbald, 2006). En líneas generales se cree que la introducción de pagos por desempeño está asociada con una tendencia que se aleja de establecer una confianza implícita en los profesionales, para dar lugar a un monitoreo más activo de sus acciones (Checkland, Marshall y Harrison, 2004), aunque hay evidencia de satisfacción general por parte de los médicos de atención primaria (Whalley, Bojke, Gravelle y Sibbald, 2006).

Un aspecto controvertido de este plan es la relación entre calidad y costos. Para el período que cubre los primeros cuatro años de implementación, el Gobierno cree que se podrían haber alcanzado logros similares en calidad a un menor costo (National Audit Office, 2008).

Los pagos bajo este esquema se realizan a los centros médicos, no a nivel individual de los médicos, considerando que se requiere un elevado grado de trabajo en equipo para alcanzar un alto nivel de desempeño. No obstante, los mayores incrementos en pagos individuales parecen haberse dirigido a los médicos y en menor medida al resto de los participantes del equipo (no médicos).

4.3. La *European Practice Assessment*

En el marco de la Asociación TOPAS-EUROPE durante los años 2002 a 2004 se diseñó un mecanismo para la evaluación de centros médicos denominado *European Practice Assessment Practice Management* (EPA PM) con la idea de medir la calidad de la administración y organización de los centros médicos de atención general, en función de contribuir a la valoración (y mejoras) de la calidad de la atención primaria y permitir comparaciones entre establecimientos (tanto a nivel nacional como entre países). El conjunto de indicadores sobre los cuales se evalúan y comparan a los centros médicos se mide dentro de las siguientes categorías principales:

- Infraestructura (27 indicadores), por ejemplo, capacidad de asientos suficientes en salas de espera.
- Personal/equipo (7 indicadores), por ejemplo, si las responsabilidades dentro del equipo están claramente definidas.
- Información (16 indicadores), por ejemplo, si el centro médico tiene un sistema de información computarizado.
- Finanzas (4 indicadores), por ejemplo, si el centro médico produce un reporte financiero anual que incluye todos sus ingresos y gastos.
- Calidad y seguridad (8 indicadores), por ejemplo, si el centro médico tiene esterilizador o autoclave; si todo el equipo se involucra en mejoras de calidad.

Este sistema combina herramientas de medición y *feedback* que permiten a los centros médicos monitorear su progreso de forma continua contra *benchmarks*. Detrás del proceso hay un enfoque educativo bajo el cual el personal debe aprender a evaluarse, reconocer sus propias fortalezas y debilidades, e identificar las áreas de mejoras en términos de calidad. La participación es voluntaria, pero el mecanismo de incentivos está más basado en

cuestiones intrínsecas, como es el desarrollo profesional, que en incentivos monetarios. Hacia 2008 participaban centros médicos de Bélgica, Alemania, Holanda, Eslovenia y Suiza. El EPA PM se encuentra todavía en etapas tempranas, con escasa información sobre su implementación y efectos a largo plazo.¹⁶

5. Observaciones respecto de modalidades de pago en el Programa Sumar

5.1. El Programa Sumar

5.1.1. Evolución histórica

En el sistema de salud en Argentina interactúan tres sectores: el sector público, el sector de obras sociales y el sector privado, los que a su vez se hallan mutuamente interrelacionados.¹⁷ El caso particular del sector público se diferencia de los otros dos sistemas por realizar una provisión directa del servicio de salud en la red de hospitales y centros asistenciales periféricos, provinciales y municipales, operando como sistema abierto: acepta, mayormente en forma gratuita, la demanda espontánea de toda la población y su financiamiento descansa fundamentalmente en el presupuesto (fondos públicos). En particular, la provisión de servicios de salud para la población sin cobertura formal recae dentro de este sistema.

En este contexto, se crea en el año 2004 el Plan Nacer como un programa federal del Ministerio de Salud de la Nación que invirtió recursos en salud para mejorar la cobertura de salud y la calidad de atención de las mujeres embarazadas, puérperas y de los niños y niñas menores de 6 años que no tienen obra social. A mediados de 2012 evoluciona al Programa Sumar, que incluye dentro de la población beneficiaria a niños y niñas de entre 6 y 9 años, adolescentes entre 10 y 19 años de edad, y mujeres hasta 64 años.

El mecanismo de pagos en el marco del Programa Sumar consiste de dos niveles: transferencias de la Nación a las provincias y pagos de las provincias (a través de la Unidad de Gestión del Seguro Provincial, UGSP) a los efectores.

Las transferencias de la Nación a las provincias constan, a su vez, de dos componentes. El primero está asociado a la transferencia del 60% de la cápita en concepto de inscripción y nominalización de población elegible (recientemente se introdujo el concepto de Cobertura Efectiva Básica para realizar transferencias en función de los beneficiarios inscriptos que hayan recibido al menos una prestación durante 12 meses previos). El segundo componente está asociado al restante 40% de la cápita, que se transfiere según cumplimiento de un conjunto de indicadores sanitarios, denominados trazadoras. Estas trazadoras sirven para monitorear y cuantificar los efectos del Programa sobre procesos y resultados inmediatos de salud de la población objetivo y para generar incentivos, ya que las transferencias desde la Nación hacia las provincias dependen del cumplimiento de las mismas.

¹⁶ El documento más actualizado en su sitio web data del año 2008 (TOPAS-Europe, 2008).

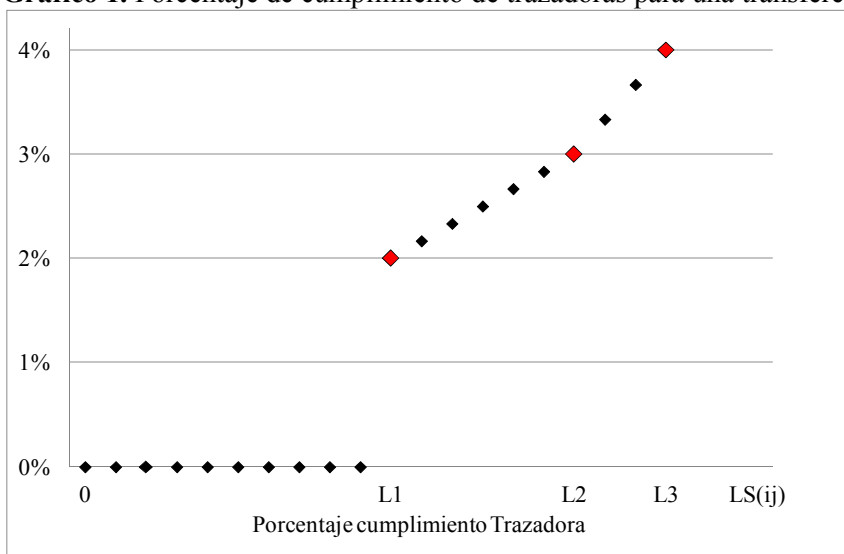
¹⁷ Ver detalles en Acuña y Chudnoski (2002), FIEL (2007), Maceira y Olaviaga (2008), entre otros.

En 2010 se agregó un Plan de Servicios de Salud de cardiopatías congénitas (incluyendo módulos de cuidado integral para el subconjunto de cardiopatías operables). En mayo de 2012, el Plan Nacer incluyó en su cobertura prestaciones y módulos de alta complejidad para la embarazada y el neonato, agrupados en el Paquete Perinatal de Alta Complejidad (PPAC). En 2011 comenzaron a diseñarse las trazadoras para los nuevos usuarios (niños a partir de 6 años, adolescentes y adultos de sexo femenino) y un programa de convergencia a una nueva matriz única de trazadoras a entrar en vigencia en el año 2013 con la ampliación del Plan Nacer al Programa Sumar.

Originalmente el mecanismo de incentivos fue pensado para remunerar en función del cumplimiento de metas preestablecidas para cada trazadora (es decir, era de tipo todo o nada), que no necesariamente correspondía al cumplimiento pleno de las mismas. Durante el cuarto año de implementación del Plan Nacer el mecanismo se ajustó en las provincias del NEA y del NOA (y a partir de la inclusión de las provincias de la Fase II), y desde entonces la Nación propuso un incentivo creciente frente a mayores logros sanitarios por cada trazadora. El Gráfico 1 muestra la forma estándar de una trazadora.

Si el logro sanitario de la trazadora i en la provincia j – $LS(ij)$ – no alcanza un umbral mínimo ($L1$) la provincia no recibe fondos por esa trazadora. Así, la función discontinua de incentivos 0-1 se modifica a una función con una discontinuidad para lograr el primer 2%, y a partir de ese umbral el esquema de incentivos es convexo de a tramos ($L2$, $L3$) en el cumplimiento de la trazadora, brindando incentivos marginalmente crecientes para el cumplimiento del objetivo establecido por la trazadora i .

Gráfico 1. Porcentaje de cumplimiento de trazadoras para una transferencia de 2%, 3% y 4%



Definiciones: $LS(ij)$: logro sanitario trazadora i en provincia j . $L1$, $L2$ y $L3$ son umbrales que difieren por trazadora y por grupo de provincias ($L4$ puede ser 90%, 95% o 100% dependiendo de la trazadora).
Fuente: FCE-UNLP (2012)

El denominador de cada trazadora es definido por el Plan Nacer-Programa Sumar, a partir de datos censales, estudios del sector salud y otros. Dado el denominador, ¿existen riesgos de *gaming*? El problema acá es que los efectores son quienes ponen fecha a los servicios

prestados que facturan a la provincia (así pueden cobrar por los mismos). El riesgo de *gaming* parece reducido o nulo, dado que la provincia no puede modificar (al menos sin ponerse de acuerdo con efectores, que hagan significativa la práctica) las fechas de las prestaciones para adelantarlas en caso de necesidad de financiamiento, o para retrasarlas en caso de holgura de cumplimiento de una trazadora. El riesgo de *gaming* sería mayor si se bajaran los incentivos explícitamente a los efectores.

El Plan Nacer previó que las transferencias capitadas realizadas por la Nación sean decrecientes en el tiempo. Desde el año 2009 la Nación aporta el 70% del monto correspondiente a las transferencias en las regiones de NOA y NEA, situación que se extendió a las provincias de la Fase II a partir del año 2011 (excepto para los nuevos grupos poblacionales del Programa Sumar, y para los módulos de cardiopatías congénitas y de prácticas perinatales de alta complejidad consideradas enfermedades catastróficas, cuya financiación queda a cargo de la Nación).

La relación financiera entre los UGSP provinciales y los efectores se estructuró bajo la modalidad de pago por prestación, siguiendo un Plan de Servicios de Salud (PSS). Es decir, los efectores prestan servicios a beneficiarios del Programa y los facturan al UGSP, quien es el encargado de enviar los fondos a los efectores. La estructura del PSS está definida por la Nación, pero las provincias definen los precios (validados por la Nación), los cuales se guían -durante la vigencia temporal de esos precios- por el valor económico de las prácticas a realizar. Por su parte, los fondos del Programa llegan a los efectores dependiendo de la relación vertical:

- Efector provincial (hospital): la provincia paga al hospital los montos por prestaciones realizadas y facturadas.
- Municipio-efector (CAPs u hospital municipal): cuando los efectores no tienen personería jurídica, el municipio es el encargado de facturar los servicios.

En todo caso, el destino final de los fondos está sujeto a limitaciones impuestas por el Programa y las regulaciones provinciales y locales. Por ejemplo, el Programa restringe que un máximo del 50% de los fondos que llegan a efectores pueda ser destinado a incentivos al personal, pero las restricciones provinciales son más limitantes en esta dimensión en varios casos.¹⁸

5.1.2. Trabajo de campo realizado en año 2012

Entre mayo y octubre de 2012 la Facultad de Ciencias Económicas de la UNLP realizó un trabajo de campo cuyo objeto fue elaborar un diagnóstico preliminar de las capacidades de gestión del Plan Nacer en las Provincias de Buenos Aires y La Rioja. Los autores de este

¹⁸ Por ejemplo, en la Provincia de Buenos Aires el límite de uso de fondos para incentivos se estableció en un 35% en hospitales provinciales y un 30% en municipales, mientras que en la Provincia de La Rioja existe un impedimento derivado de la legislación provincial para otorgar incentivos a empleados públicos. Se mencionan estas provincias porque fueron las analizadas en el trabajo de campo sobre el cual se basa este estudio (Ver sección 5.1.2).

documento participaron en este trabajo de campo en los aspectos específicos a mecanismos de desempeño y esquemas de incentivos.

Los objetivos específicos fueron los siguientes: i) analizar los procesos críticos asociados a la implementación del Plan en todas sus dimensiones; ii) identificar las falencias administrativas y de coordinación que limitan la adopción de la metodología de gestión dispuesta por el Plan en los efectores públicos de salud; y iii) analizar la eficiencia y el grado de integración de los sistemas de información que utilizan las Unidades de Gestión del Seguro Provincial (UGSP) y los efectores públicos para registrar y generar datos sanitarios y financieros.

Se mantuvieron reuniones con las UGSP de las Provincias de Buenos Aires y La Rioja, y con establecimientos de salud seleccionados en cada jurisdicción.

El diagnóstico sobre la implementación del Plan Nacer por parte de las UGSP (de las Provincias de Buenos Aires y La Rioja) se estructuró de acuerdo a los siguientes ejes temáticos: i) estructura organizativa; ii) función de rectoría de la UGSP; iii) registro y generación de información; iv) inserción del Plan en los efectores públicos; v) uso de las herramientas de micro-gestión; vi) funcionamiento del esquema de incentivos al personal; y vii) relación de la Provincia con la Nación. Por su parte, el diagnóstico sobre la implementación del Plan Nacer en los efectores (de las Provincias de Buenos Aires y La Rioja) se estructuró de acuerdo a los siguientes ejes temáticos: i) estructura organizativa; ii) sistema de inscripción de beneficiarios; iii) proceso de facturación y disponibilidad de fondos; y, iv) esquema de incentivos al personal.

5.1.3. Observaciones conceptuales y prácticas respecto del funcionamiento del Programa Sumar

A partir del detalle del Programa realizado en la Sección 5.1.1 y de las entrevistas con participantes (UGSP y efectores) del Programa en las provincias analizadas se identifica un vínculo débil de incentivos a medida que se va bajando en los niveles verticales del Programa. En primer lugar, el mecanismo de desempeño está presente entre la Nación, con la contraparte provincial, y el sistema de salud de las provincias, condicionado a la representatividad del mismo en el presupuesto de salud provincial. Un primer componente de las transferencias depende de la inscripción de beneficiarios a nivel provincial (y uso efectivo de servicios), mientras que el cumplimiento del segundo componente (trazadoras) también recae sobre las provincias.

En segundo lugar, sea directamente (hospitales provinciales) o cuando participa un tercer administrador (municipios), la transferencia de fondos de la UGSP al efector provincial o al municipio es por servicios prestados y facturados. En general, a este nivel no hay evaluación de desempeño ni incentivos asociados al mismo.¹⁹

¹⁹ En el caso de la Provincia de Buenos Aires, el UGSP está realizando un esquema de desempeño informativo, sin flujos monetarios en juego. Específicamente, el UGSP calcula las trazadoras para todos los

En tercer lugar, cuando hay un municipio intermediario (tercer administrador), el efector final puede recibir total o parcialmente los montos recibidos y manejados por el municipio, dependiendo de las políticas propias locales. Cabe aclarar que los efectores municipales no pueden generar una cuenta propia, debiendo pasar por la cuenta única municipal, manejada por la Secretaría de Hacienda Municipal, y por el circuito de compras y pagos de incentivos (Área de Compras o Tesorería Municipal). Esta situación podría atentar contra la efectividad del Programa, en especial cuando los efectores desconocen los montos facturados, de modo que se hace difícil afianzar una cultura de facturación.

5.2. Modalidades de pago funcionales a los objetivos

Esta sección avanza en el análisis de modalidades de pago factibles en función de los objetivos del Programa Sumar, en particular:

- Mejorar la cobertura de salud y la calidad de la atención de la población sin obra social, contribuyendo así en la reducción de la mortalidad materna e infantil.
- Crear y desarrollar Seguros Públicos de Salud Provinciales para la población materno-infantil sin obra social.

5.2.1. Objetivo de mejora de cobertura y calidad

En este objetivo pueden identificarse dos dimensiones de la salud, que son la cobertura y la calidad.

5.2.1.1. Mejoras en la cobertura de salud

Dentro del grupo objetivo del Programa pueden distinguirse dos grandes tipos de usuarios: la población orgánica que utiliza los servicios de salud espontáneamente y una población potencial que no los utiliza espontáneamente. La búsqueda de mejoras en la cobertura de salud debería concentrarse en estos segundos.

En este contexto, una modalidad de pago apropiada para lograr este objetivo debería ajustarse a un principio incremental, es decir, que intente capturar a la población potencial. Actualmente, en la Provincia de Buenos Aires existen acuerdos por los cuales los municipios colaboran para promover inscripciones a través de promociones comunitarias en sus territorios. Al respecto, el Área de Comunicación de la UGSP permanece en contacto directo con los referentes municipales y, a la vez, realiza campañas de sensibilización en los municipios en conjunto con la Administración Nacional de Seguridad Social (ANSES) para incrementar las inscripciones.

El esquema de pago alineado con este objetivo debería remunerar la captura de beneficiarios adicionales en lugar del beneficiario promedio, teniendo en cuenta las siguientes consideraciones:

municipios de la provincia (135) y realiza comparaciones entre municipios dentro de la misma región sanitaria (en total son 12 regiones).

- Se sugiere un rol activo, más que pasivo, del efector (vía, por ejemplo, agentes sanitarios). El agente más apropiado para realizar la captura es el efector, aunque puede haber un rol activo por parte de la Secretaría de Salud Municipal y Provincial.
- Para poder remunerar incentivos en función de beneficios incrementales, se debería contar con un cálculo de beneficiarios base, por ejemplo, número de consultas de embarazadas antes de la semana 13 por unidad de tiempo (por ejemplo, cuatrimestre); número de embarazos por unidad de tiempo; número de atención de infantes por unidad de tiempo; etc., para luego desarrollar los objetivos potenciales (consultas potenciales, embarazos potenciales, atención de infantes potenciales, etc.) bajo el escenario orgánico, y construir el esquema de incentivos para lograr los objetivos potenciales.
- El pago al efector estaría asociado con el número de beneficiarios/usuarios/servicios por encima de un umbral preestablecido, dado que la base estaría cubierta con los fondos que recibe el efector (bajo el modelo tradicional de presupuesto). Este pago debería llegar al efector y estar identificado con el logro alcanzado.
- Los precios del PSS estarían asociados al costo incremental de mejorar la brecha de salud (los cuales reflejan justamente este concepto) en lugar de estar calculados en base a los beneficiarios/servicios totales.

Anteriormente se discutieron dos conceptos presentes en esquemas de incentivos dinámicos, pero que han tenido poco lugar en el Programa Sumar, al no involucrar activamente a los efectores. Estos son los efectos *ratchet* y *gaming* que se presentarían, entre otras posibles razones, al diseñar umbrales de beneficiarios y servicios a partir de los cuales se pagarían los incentivos: en caso de requerir participación de los efectores para los cálculos de dichas bases, éstos tendrían incentivos a sub-declarar las bases y así alivianar la carga en el cumplimiento de objetivos (una forma de *gaming*). Al mismo tiempo, el aprendizaje de la facilidad o dificultad para cumplir los objetivos en el tiempo pueden llevar a los directivos del Programa a cambiar los mismos (por ejemplo, aumentarlos y hacerlos de mayor dificultad de cumplimiento en períodos de dificultad presupuestaria), lo que puede incentivar a los efectores a no esforzarse en el cumplimiento de los objetivos, dañando finalmente el objetivo del Programa de mejorar la cobertura de salud (efecto *ratchet*).

La búsqueda del objetivo de cobertura podría lograrse con un pago por beneficiario nuevo. A priori, este tipo de pago induce a pensar en *capitas*, pero esto requeriría que esté en funcionamiento el sistema de derivación (flujo de pacientes y dinero). En este sentido la experiencia del sistema de puerta de entrada no ha sido muy alentadora hasta el momento en Argentina. En definitiva, el pago por prestación puede ser una solución de *second best*.

Alternativamente, pueden ser factibles otros mecanismos que descansen en la interacción entre el Programa Sumar y otras dependencias del Ministerio de Salud u otros ministerios o secretarías. De hecho, se logró una incorporación importante de beneficiarios a través de una actividad complementaria con la Asignación Universal por Hijo (AUH) y la

Asignación Universal por Embarazo (AUE), que involucra al ANSES.²⁰ En ese caso, se requiere de actividades de coordinación entre dos oficinas interministeriales para que la inscripción de nuevos beneficiarios tenga sentido.

5.2.1.2. Mejoras en la calidad del servicio de salud

Una segunda dimensión en el objetivo analizado en esta sección es el logro de mejoras en la calidad de la salud, para toda la población objetivo (aquella que realiza demandas espontáneas de salud y la población potencial). En esta dimensión corresponde distinguir dos elementos diferenciados: la calidad propiamente dicha y el registro de la calidad.

Calidad del servicio de salud

En lo que respecta a mejoras en la calidad de la salud (en particular, en referencia a la atención primaria), la modalidad de pago por prestación es aceptable para lograr el objetivo. En cambio, una modalidad de capitación debería ser complementada con actividades de monitoreo y de auditoría reservadas al financiador o esquemas de incentivos a la calidad, para que no se desatienda esta dimensión. Una alternativa de complementación es un sistema de competencia en la elección de médicos por parte de los usuarios. Pero para que esta alternativa funcione, debería producirse un cambio de modelo en la prestación del servicio de salud (actualmente, son proveedores públicos provinciales y municipales que reciben la demanda espontánea). Eventualmente, se podrían usar mecanismos de remuneración por logros incrementales de calidad (ver, por ejemplo, Ministerio de Salud de la Nación, 2011a).

La tarificación por módulos, por su parte, suele estar más orientada a mejoras en la calidad de la salud asociadas a servicios de complejidad (línea de cuidado de diabetes, coronarias, servicio perinatal de complejidad), en la cual se imponen requisitos de seguimiento de estándares aceptados para la correcta atención de enfermedades crónicas.²¹

El Programa Sumar ha hecho intentos de medir el cambio en el comportamiento de los efectores que prestan servicios de atención primaria de salud a la población elegible ante un cambio de la modalidad de pago que introduce el Programa, por la vía de intervenciones exógenas:²² i) la capacitación en el uso de prácticas subutilizadas y ii) la incorporación de modalidades específicas de pago por resultados a los efectores (en particular, pago diferenciado percibido por las prácticas, asociado a resultados adicionales de cobertura y calidad que sean medibles, atribuibles al efector y auditables). Si bien no hay resultados públicos de este experimento, el informe Ministerio de Salud de la Nación (2011a) presenta algunos resultados preliminares para el caso de Misiones, destacando que una respuesta positiva a incentivos en las prácticas de control de niños y de captación de embarazadas (y en particular, incrementales, en el caso de las consultas de niños). Estos resultados (y su generalización a otras provincias) deberían ser estudiados en detalle.

²⁰ Un requisito de estas asignaciones es estar inscripto en el Programa (y también recibir ciertas prestaciones).

²¹ Una secuencia de largo plazo de módulos para el cuidado de enfermedades crónicas adopta la forma de una cápita de pago periódico, con requerimientos periódicos de cumplimiento del tratamiento.

²² Ver detalles en Ministerio de Salud de la Nación (2011b) y Oliveri (2011).

Una observación a tener en cuenta en la situación actual del Programa es la pérdida de la magnitud cuando se prorratan beneficios incrementales (de cobertura o de calidad) entre todos los beneficiarios.

Registros de calidad

Otro problema diferente es el registro de la calidad. Existe evidencia de efectores que prestan el servicio pero no lo facturan y no necesariamente lo registran en el *input* para las trazadoras. Así, es posible que se esté prestando un servicio de calidad, pero la misma no queda registrada de forma tal que se traduzca en los indicadores de salud.

En particular, ni el sistema de pago por prestación ni un sistema alternativo de capitación o de módulos están capacitados para resolver este problema, pues es más de índole informativo. Sin embargo, vale la pena mencionar que eventualmente se puede pensar en un mecanismo de incentivos diseñado directamente para registrar la información, siendo necesario que este mecanismo llegue a los efectores, que son los agentes responsables de tales tareas.

También se debe notar que varios efectores perciben al Programa como un programa de registro (administrativo), y que el precio de los servicios a facturar (valorizados por la brecha de calidad y no a costo pleno) puede no ser suficiente para cubrir los costos de registrar todas las prácticas prestadas. En este sentido, esta motivación podría ser complementaria a la anterior para implementar un mecanismo por incentivos a registrar prestaciones.

Los casos de Indiana y Pennsylvania citados en los ejemplos de mecanismos de desempeño en torno al *Medicaid* de EEUU (que tienen como requisitos registrar la información) pueden ser útiles en este sentido (Tabla 3).

5.2.2. Cobertura y calidad: consistencia en distintos niveles de ejecución del Plan Nacer

Tanto en la dimensión cobertura como calidad, podría mantenerse el pago de cápitas y de objetivos en trazadoras, desde la Nación-Provincia al UGSP, provisto que los fondos recibidos (valorizados a precios que cubren una brecha de calidad, pero prorratados entre todos los beneficiarios/servicios) estén alineados -o calibrados- con los fondos a pagar a efectores por los servicios realizados y facturados. Estos fondos podrían corresponder al servicio prestado a todos los usuarios (por ejemplo, nominación o líneas de cuidado) o a los beneficiarios incrementales (por ejemplo, la inscripción de nuevos beneficiarios según se analizó anteriormente). Alternativamente, el pago de cápitas y de objetivos en trazadoras podría realizarse también a precio incremental (por ejemplo, la inscripción de nuevos beneficiarios). En tal caso deberían redefinirse la base de beneficiarios y de trazadoras (incrementales asociadas a éstos) a cumplir por las provincias.

6. Reflexiones finales

El objetivo de este trabajo consiste en presentar aspectos conceptuales y empíricos de las dimensiones a tener en cuenta para el diseño de mecanismos de pago por desempeño en el sector público, con aplicación al sector de salud y a la experiencia del Programa Sumar, en particular.

Específicamente, se utiliza la literatura de la teoría de agencia para describir los aspectos conceptuales en el diseño de mecanismos de pagos y su aplicación en el caso del sector público. Esta teoría provee un marco apropiado para analizar problemas de información asimétrica (sobre las características y acciones de las partes involucradas), que es uno de los problemas más comunes para inducir esfuerzo y desempeño y alinear incentivos de los múltiples actores (individuos u organizaciones). Se describen las características, efectos y posibles problemas presentes en el sector público.

Bajo este marco, se analizan las modalidades de pago a los prestadores de servicios de salud existentes en Argentina y en el mundo. La evidencia empírica se centra en pagos por prestación (asignan el riesgo de la demanda al financiador, pero pueden inducir consultas o prestaciones excesivas) y capitación (trasladan el riesgo de la demanda al prestador y generan mayor control presupuestario, pero pueden inducir menor calidad y cantidad de prestaciones y consultas). En menor medida se observan modalidades de pagos por episodios, presupuestos globales y otras variantes. A su vez, se presentan dos casos de estudio de países que implementaron mecanismos de pago por desempeño en el sector salud: EEUU (*Medicaid*) y Gran Bretaña (sistema de salud), con el objetivo de identificar principales enseñanzas en materia de diseño e implementación de estos mecanismos de pago y su aplicabilidad en Argentina.

En el caso de *Medicaid* de EEUU, la línea general de los mecanismos de pago por desempeño es la utilización de premios por desempeño absoluto, buscando logros y en algunos casos mejoras, predominando esquemas monetarios. En la mayoría de los casos el agente receptor de los esquemas de incentivos han sido organizaciones (hospitales, grupos de médicos, etc.). Por su parte, en el sector salud de Gran Bretaña se estableció en el año 2004 una reforma de los contratos de Servicios Médicos Generales para médicos de cabecera, acompañada por un mecanismo de pagos por desempeño. El mecanismo utilizado es el otorgamiento de *bonus* a los centros de atención por alcanzar un conjunto de indicadores (de áreas clínicas, áreas organizacionales, experiencia del paciente y otros, principalmente de procesos), luego de superar umbrales de cumplimiento. En este caso, los agentes receptores de los incentivos son los centros médicos.

Por su parte, en particular para el Programa Sumar, la modalidad de pago por presupuesto y la capacidad administrativa escasa a nivel del sector público, junto con el diseño actual del Programa, complican la posibilidad de establecer pagos por desempeño a nivel de efectores, quienes en definitiva son los agentes a cargo de la captura de beneficiarios y de la prestación del servicio de salud.

Los aspectos identificados son varios, entre los que se destacan los siguientes. En primer lugar, el esquema de incentivos se debilita a medida que se avanza sobre los actores de los niveles intermedios e inferiores del Programa dado que el mecanismo de desempeño está presente entre la Nación y las provincias, pero son muy bajos entre las provincias y los efectores (más allá del pago por prestación y los lineamientos para la aplicación de fondos). En este contexto, existe heterogeneidad provincial como para poder compararlas (las características y marcos institucionales son muy distintos), resultando conveniente de esta forma un trato individual. En cambio, puede haber mayor espacio para la comparación entre regiones sanitarias o municipios dentro de una provincia. En segundo lugar, el rol del municipio como tercer administrador en la práctica implica una complejidad adicional al Programa, dado que la relación de facturación/transferencias es poco clara y reduce significativamente la capacidad de acción de los incentivos monetarios. Es necesario entonces evaluar algún tipo de acción directa de los efectores sobre la disponibilidad de fondos (en particular, para que éstos tengan un mayor seguimiento de los montos efectivamente facturados). En tercer lugar, existen dificultades para hacer llegar incentivos a nivel de efectores, derivadas de las limitaciones legales para dar incentivos al personal en las provincias (o aún dentro de los límites, los incentivos terminan siendo no operativos por complicaciones prácticas de registro, tamaño de los fondos, disolución de los montos entre todo el personal o por acción gremial, etc.). En algunas experiencias, en cambio, se identifica el valor positivo de incentivos no monetarios, pero éstos dependen de caso por caso.

Bajo este contexto, se analizan los desafíos a enfrentar en una eventual modificación de modalidades de pago. En primer lugar, tomando en consideración el objetivo de mejorar la cobertura se identificó una alternativa al pago por beneficiario, denominada pago por beneficiario marginal o adicional (a partir del cálculo de beneficiarios base). De cualquier manera, el incentivo tendría impacto si se lograra que el pago llegue directamente al efector. En segundo lugar, el objetivo de mejorar la calidad en la prestación del servicio de salud podría ser logrado por la modalidad de pago por prestación actual (alternativamente, el pago por capitación requeriría de un monitoreo de la calidad o de acciones complementarias para evitar su descuido), aunque existen otras opciones como la habilitación de un sistema de competencia en la elección de médicos por parte de los usuarios (debiendo producirse un cambio de modelo en la prestación del servicio de salud para que esta opción sea factible). En cambio, la tarificación por módulos suele estar más orientada a mejoras en la calidad de la salud asociadas a servicios de complejidad. Otra dimensión relevante es el registro de indicadores de calidad, que resulta en discrepancias entre la calidad real y la registrada cuando éste funciona defectuosamente (como surge de casos puntuales en la evidencia de campo).

En cualquier caso (dimensión cobertura o calidad), se llega a la conclusión que cambios en modalidades de pago al efector requieren de una revisión de las transferencias desde la Nación a las UGSP, para alinear los fondos a pagar a efectores por los servicios realizados y facturados.

Referencias bibliográficas

- [1] Acuña, C. y Chudnovsky, M. (2002). “El sistema de salud en Argentina”. Mimeo.
- [2] Barnow, B. y Heinrich, C. (2010). “One standard fits all? The pros and cons of performance standard adjustments”. *Public Administration Review*, 70(1), 60-71.
- [3] Boyle, S. (2008). “The UK Health Care System”. *LSE Health and Social Care*, London School of Economics and Political Science, working paper.
- [4] Bradford, D., Malt, H. y Oates, W. (1969). “The rising cost of local public services: Some evidence and reflections”. *National Tax Journal*, 22, 185-202.
- [5] Campbell, S., Reeves, D., Kontopantelis, E., Middleton, E., Sibbald, B. y Roland, M. (2007). “Quality of primary care in England with the introduction of pay for performance”. *New England Journal of Medicine*, 357, 181-190.
- [6] Chapman, P. (1996). “Judgment and analysis: developing indexes of economic and social deprivation for local authority financing”. En Pola, G., France, G. y Levaggi, R. (eds.), *Developments in Local Government Finance Theory and Policy*. Cheltenham: Edward Elgard.
- [7] Che, Y. y Yoo, S. (2001). “Optimal incentives for teams”. *American Economic Review*, 91, 525-41.
- [8] Checkland, K., Marshall, M. y Harrison, S. (2004). “Re-thinking accountability: trust versus confidence in medical practice”. *Quality and Safety in Health Care*, 13, 130-135.
- [9] Cont, W. (2004). “Monitoring with collusion and the value of information”. En *XXXIX Anales de la Asociación Argentina de Economía Política*. Buenos Aires.
- [10] FCE-UNLP (2012). “Modalidades de pago por desempeño y esquemas de incentivos”. Convenio Plan Nacer del Ministerio de Salud de la Nación y la Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad de La Plata, Carta Acuerdo 2012.
- [11] Courty, P. y Marschke, G. (2004). “An empirical investigation of gaming responses to explicit performance incentives”. *Journal of Labor Economics*, 22, 23-56.
- [12] Dixit, A. (1997). “Power of incentives in private vs. public organizations”. *American Economic Review, Papers and Proceedings*, 87, 378-382.
- [13] Dixit, A. (2002). “Incentives and organizations in the public sector. An interpretative review”. *Journal of Human Resources*, 36, 696-727.
- [14] FIEL (2007). *La desigualdad en la salud* (1.ª edición).
- [15] Fleckinger, P. (2012). “Correlation and relative performance evaluation”. *Journal of Economic Theory*, 147(1), 93-117.
- [16] Green, J. y Stokey, N. (1983). “A comparison of tournaments and contracts”. *Journal of Political Economy*, 91(3), 349-364.
- [17] Hasselman, D. (2009a). “Pay for performance for Medicaid and safety net providers: Innovations and trends in 2009”. *Center for Health Care Strategies*.
- [18] Hasselman, D. (2009b). “Provider incentive programs: An opportunity for Medicaid to improve quality at the point of care”. *Center for Health Care Strategies*.
- [19] Heinrich, C. (2007). “False or fitting recognition? The Use of high performance bonuses in motivating organizational achievements”. *Journal of Policy Analysis and Management*, 26(2), 281-304.
- [20] Heinrich, C. (2011). “The performance of performance standards”. *Employment Research*, 3-4.
- [21] Hunter, D. (2002). “England”. En Marinker, M. (ed.). *Health targets in Europe*. London: BMJ Books.
- [22] Jensen, P. y Stonecash, R. (2005). “Incentives and the efficiency of public sector-outsourcing contracts”. *Journal of Economic Surveys*, 19 (5), 767-787.
- [23] Kofman, F. y Lawarrée, J. (1993). “Collusion in hierarchical agency”. *Econometrica*, 61(3), 629-656.

- [24] Kuhmerker, K. y Hartman, T. (2007). "Pay-for-performance in state Medicaid programs. A survey of state Medicaid directors and programs". *The Commonwealth Fund working paper*.
- [25] Laffont, J. J. y Tirole, J. (1993). *A Theory of Incentives in Procurement and Regulation* (1.^a edición). MIT Press.
- [26] Lindsay, C. (1976). "A theory of government enterprise". *Journal of Political Economy*, 84(5), 31-37.
- [27] Lischko, A. M. (2009). "Physician payment reform: A review and update of the models". *Massachusetts Medical Society*.
- [28] Maceira, D. y Olaviaga S. (2008), "Actores, contratos y mecanismos de pago: El caso del sistema de salud de Tucumán". *CIPPEC*, Documento de Trabajo n° 17.
- [29] Marshall, M., Shekelle, P., Brook, R. y Leatherman, S. (2000). *Dying to know: Public release of information about quality of health care*. London: Nuffield Trust [citado en Propper y Wilson, 2003].
- [30] Massachusetts Medical Society (2009). "Overview of alternative payment models". Department of Health Policy and Health Systems.
- [31] Mechanic, R. E. y Altman, S. H. (2009). "Payment reform options: Episode payment is a good place to start". *Health Affairs*, 28 (2): 262-271.
- [32] Meyer, M. y Gupta, V. (1994). "The performance paradox". *Research in Organizational Behavior*, 16, 209-369.
- [33] Ministerio de Salud de la Nación (2008). "Cambio en el modelo de gestión de trazadoras". Serie Documentos Técnicos N° 31.
- [34] Ministerio de Salud de la Nación (2010a). "Evaluación de la fase I del Plan Nacer. Evolución, desempeño y aprendizajes de un programa de pago por desempeño en salud Provincias de NEA y NOA de Argentina. Años 2004-2010".
- [35] Ministerio de Salud de la Nación (2010b). "Bases conceptuales para la redefinición del Nomenclador Único del Plan Nacer. Una herramienta estratégica en el contexto de la expansión del modelo de aseguramiento de la salud pública en Argentina".
- [36] Ministerio de Salud de la Nación (2011a). "Estudio de caso de Argentina: Plan Nacer". En *Planes de beneficios en salud: Diseño, implementación y ajuste*. Banco Interamericano de Desarrollo.
- [37] Ministerio de Salud de la Nación (2011b). "Informe sobre la intervención exógena en pago por desempeño a efectores del Plan Nacer en el marco de su evaluación de impacto". Mimeo.
- [38] Ministerio de Salud de la Nación (2011c). "Jornadas de presentación de resultados de implementación del Plan Nacer como estrategia innovadora de financiamiento de salud".
- [39] Ministerio de Salud de la Nación (2011d). "Plan Nacer: Una política federal de salud 2004-2011".
- [40] Ministerio de Salud de la Nación (2011e). "Preguntas y respuestas básicas sobre la ampliación del Plan Nacer".
- [41] Ministerio de Salud de la Nación (2011f). "Avances y resultados sobre la evaluación de impacto del Plan Nacer". Documento del Area Técnica del Plan Nacer, elaborado por Oliveri, L. (versión provisoria).
- [42] Ministerio de Salud de la Nación (2012a). "Incentivos y RRHH en el sector salud. Análisis de experiencias". Presentación power point, Junio 2012.
- [43] National Audit Office (2008). *NHS pay modernisation: new contracts for general practice services in England*. London: National Audit Office.
- [44] National Health Service (2007). "Money follows patient" [en línea]. Consultado en: <http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/+www.dh.gov.uk/en/Managingyourorganisation/Healthreform/DH_4135987>.

- [45] Porto, A., Valle, W., Perazzo, A. (2006). "Las transferencias intergubernamentales del Plan Nacer como un cambio en el sistema de gestión". *39a Jornadas Internacionales de Finanzas Públicas*, Córdoba.
- [46] Prendergast, C. (1999). "The provision of incentives in firms". *Journal of Economic Literature*, 37, 7-63.
- [47] Propper, C. y Wilson, D. (2003). "The use and usefulness of performance measures in the public sector". *Oxford Review of Economic Policy*, 19(2), 250-267.
- [48] Roland, M., Campbell, S., Bailey, M., Whalley, D. y Sibbald, B. (2006). "Financial incentives to improve the quality of primary care in the UK: predicting the consequences of change". *Primary Health Care Research and Development*, 7, 18-26.
- [49] Rothstein, R. (2008). "Holding accountability to account: How scholarship and experience in other fields inform exploration of performance incentives in education". *National Center on Performance Incentives Working paper 2008-04*, Vanderbilt University, Peabody College.
- [50] Silversmith, J. (2011). "Five payment models: The pros, the cons, the potential". *Minnesota Medicine*. February 2011.
- [51] Smith, P. y Busse, R. (2008). "Targets and performance measurement". En Smith, Mossialos, Papanicolas y Leatherman, op. cit. Capítulo 5.1.
- [52] Smith, P., Mossialos, E., Papanicolas, I. y Leatherman, S. (2008). *Performance measurement for health system improvement: experiences, challenges and prospects*. Cambridge: Cambridge University Press.
- [53] Stole, L. (2003). "Lectures on the theory of contracts and organizations". Mimeo.
- [54] Tirole, J. (1986). "Hierarchies and bureaucracies: On the role of collusion in organizations". *Journal of Law, Economics and Organization*, 2(2), 181-214.
- [55] TOPAS-Europe (2008). "European practice assessment. Easy to use and scientifically developed quality management for general practice". Mimeo.
- [56] Whalley, D., Bojke, C., Gravelle, H. y Sibbald, B. (2006). "GP job satisfaction in view of contract reform: a national survey". *British Journal of General Practice*, 56, 87-92.
- [57] Wilson, J. (1989). *Bureaucracy: What government agencies do and why they do it*. New York: Basic Books.