Fecha de publicación
Viernes, 24 de febrero de 2023

Se discute en la actualidad una reforma al sistema de salud en la que se propone que el pago a las instituciones prestadoras de servicios de salud (conocidas usualmente como IPS) se haga directamente por parte de una entidad pública, la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES), con base en tablas de tarifas por servicio. Al margen de otras implicaciones de la propuesta, es importante señalar que el esquema de pagos que se adopte afecta las decisiones de los prestadores de servicios respecto a los tratamientos para sus usuarios. Estas decisiones, a su vez, tienen impacto sobre los resultados de salud de los pacientes y sobre los costos del sistema.

En una investigación publicada en el año 2015, en la que participaron investigadores del Banco de la República, se muestra que las diferencias en la forma como las entidades promotoras de salud (EPS) le pagan a las IPS están, en efecto, asociadas con diferencias en los resultados de salud de los pacientes [1]. La investigación se basa en una muestra de cientos de miles de pacientes que permite comparar la evolución de pacientes similares atendidos en IPS que tenían distintos contratos de pago con las EPS entre 2009 y 2011.

Durante la época del estudio, la forma de pago de las EPS a las IPS estaba basada principalmente en dos modalidades diferentes de contrato: (i) **contratos de capitación** y (ii) **contratos de pagos por servicios**. Bajo los contratos de capitación, la IPS recibe un pago fijo y único por cada persona de la población objetivo atendida, independientemente del tratamiento que se le ofrezca. Por otro lado, bajo contratos de pago por servicios, la IPS obtiene un pago por cada servicio que le presta a los pacientes, de forma similar a lo que propone la reforma presentada recientemente por el Gobierno. La teoría económica predice que los incentivos de las IPS son diferentes bajo cada tipo de contrato. Bajo un contrato de capitación la IPS tiene incentivos a esforzarse en el tratamiento de sus pacientes porque así puede evitar las readmisiones e incurrir en sobrecostos. Por el contrario, en un contrato de pago por servicios, la IPS tiene incentivos a cobrar por servicios adicionales a los indispensables e incluso a fomentar las readmisiones de los pacientes.

El objetivo del estudio consistió en examinar si los resultados de salud de los pacientes en la muestra reflejan estas diferencias. Para ello, la investigación comparó algunos resultados de salud para pacientes que estaban saludables al principio del periodo estudiado y que fueron diagnosticados con una enfermedad crónica durante 2009. La comparación se hizo entre pacientes que fueron diagnosticados en una IPS bajo un contrato de capitación vs. pacientes similares diagnosticados en una IPS bajo un contrato de pago por servicios. Se compararon diversas medidas de resultados en salud como el número de visitas a urgencias, el número de días de hospitalización y algunos eventos específicos como infartos y otros accidentes cardiovasculares, todos ocurridos tras haberse diagnosticado al paciente con una enfermedad crónica.

La Tabla 1 ilustra los resultados del análisis para el caso del número de visitas a urgencias. Se muestran los resultados de la comparación del número las visitas promedio a salas de urgencia de pacientes, que estaban inicialmente sanos y que fueron diagnosticados por primera vez con una enfermedad crónica en 2010, durante los ocho meses siguientes a su diagnóstico. La comparación se hace entre pacientes que son inicialmente similares en términos de sexo, edad, ingreso, tipo de municipio de residencia y EPS.

La variable “Tipo de contrato” tiene valor 1 si el paciente es diagnosticado inicialmente en una IPS que tiene contrato de capitación con la EPS y valor cero si se trata de un contrato de pago por servicios. El coeficiente asociado a esa variable indica por lo tanto el impacto de tener contrato por capitación vis a vis contrato por servicios. Se muestran resultados en dos columnas: la primera usa la muestra de todos los pacientes crónicos seleccionados, que incluyen pacientes que son diagnosticados bajo un tipo de contrato, pero que luego son tratados bajo contratos de cualquier tipo. La segunda columna restringe la muestra a pacientes que son diagnosticados y tratados bajo un mismo tipo de contrato.

Los resultados muestran que existe una correlación negativa y estadísticamente significativa entre estar cobijado por un contrato de capitación y el número de visitas a urgencias. En el ejercicio con la muestra completa, la capitación reduce en 0,24 veces las idas a urgencias y en el ejercicio con la muestra restringida la reducción es de 0,35 visitas a urgencias durante los meses siguientes a su diagnóstico. De estos resultados obtenidos se puede inferir que aquellos pacientes que fueron atendidos bajo la modalidad de contratos de pago por servicios tuvieron un mayor número de eventos de urgencias que los pacientes atendidos por contratos de capitación.

Dado que la muestra no incluye el universo de pacientes sobre los que las EPS hacen los pagos de capitación a las IPS, es imposible hacer una comparación de costos financieros entre ambos tipos de contratos. Sin embargo, los resultados sugieren que los pacientes diagnosticados bajo contratos de pagos por servicios no solo tuvieron resultados de salud menos favorables (tuvieron que ir en más oportunidades a urgencias) sino que resultaron más costosos que los pacientes diagnosticados bajo pagos de capitación en términos de los recursos que demandaron del sistema.

Tabla 1: Impacto del tipo de contrato sobre el número de visitas a urgencias

Regresión del número de visitas a urgencias en función del tipo de contrato al momento de diagnóstico. Incluye controles de sexo, edad, ingreso, tipo de municipio y EPS. La primera columna fija el contrato con el que se diagnostica y la segunda columna usa sólo los individuos para los que el tipo de contrato no cambia. Se incluyen controles de EPS. Errores estándar robustos en paréntesis. ***p<0.001, **p<0.05, *p<0.01

	(i) Muestra completa	(ii) Muestra con pacientes con contrato fijo
Tipo de contrato	-0,242***	-0,346***
(capitación = 1, pago x servicios = 0)	(0,0035)	(0,0105)
N	377.519	50.842
R2	0,036	0,088

La investigación contiene ejercicios estadísticos adicionales para comparar de forma más precisa pacientes similares. Adicionalmente, contiene estimaciones en las que se comparan otros eventos de salud, como infartos y accidentes cardiovasculares. Los resultados son consistentes e indican que los pagos por servicios están asociados con peores resultados de salud en pacientes crónicos que los pagos vía capitación. Aunque la investigación no ahonda en los mecanismos médicos que generan esta distorsión, los resultados son consistentes con la teoría económica que predice que la forma de los contratos determina los incentivos de los prestadores de servicios a proveer una atención efectiva para sus pacientes. En el caso en cuestión, las cifras indican que el uso de esquemas de pago a las IPS basados en tarifas por servicio, tales como los que se proponen en la reforma del sistema presentada recientemente al Congreso, se asocian con menor efectividad de los tratamientos suministrados y mayores costos para el sistema de salud (más visitas a urgencias). Las decisiones que se tomen en este frente se traducen en efectos sobre la vida de los pacientes y tienen implicaciones fiscales que deben ser tenidas en cuenta en el diseño de las políticas públicas.

---

[1] En el actual sistema de salud colombiano las EPS (Empresas Prestadoras de Servicios) son las encargadas de manejar los recursos de la salud que provienen de los afiliados y de los subsidios del Gobierno. Las IPS (Instituciones Prestadoras de Servicios) son los hospitales y clínicas que atienden a los pacientes, por lo cual reciben un pago de las EPS.