

**COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE
SERIE FINANCIAMIENTO DEL DESARROLLO**

51

**MECANISMOS DE PAGO/CONTRATACIÓN DEL
RÉGIMEN CONTRIBUTIVO DENTRO DEL MARCO
DE SEGURIDAD SOCIAL EN COLOMBIA**

Beatriz Plaza



NACIONES UNIDAS

**PROYECTO CEPAL/GTZ
“REFORMAS FINANCIERAS AL SECTOR SALUD EN
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE”
UNIDAD DE FINANCIAMIENTO, D.C.I.T.F.**

SERIE FINANCIAMIENTO DEL DESARROLLO

**MECANISMOS DE PAGO/CONTRATACIÓN DEL
RÉGIMEN CONTRIBUTIVO DENTRO DEL MARCO
DE SEGURIDAD SOCIAL EN COLOMBIA**

Beatriz Plaza



NACIONES UNIDAS

**COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE
PROYECTO CEPAL/GTZ
“REFORMAS FINANCIERAS AL SECTOR SALUD EN
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE”
UNIDAD DE FINANCIAMIENTO, D.C.I.T.F.**

Santiago de Chile, junio de 1997

LC/L.1032
Junio de 1997

Este trabajo fue preparado por la señora Beatriz Plaza, consultora de la Unidad de Financiamiento de la División de Comercio Internacional, Transporte y Financiamiento de la CEPAL, dentro del marco del Proyecto Conjunto CEPAL/GTZ "Reformas Financieras al Sector Salud en América Latina y el Caribe". La edición técnica estuvo a cargo del señor Daniel Titelman, Experto en políticas monetarias y financieras de la Unidad de Financiamiento.

Las opiniones expresadas en este documento, que no ha sido sometido a revisión editorial, son de exclusiva responsabilidad de la autora y pueden no coincidir con las de la Organización.

ÍNDICE

RESUMEN	5
1.- INTRODUCCIÓN	7
2.- LAS DISTINTAS FORMAS DE PAGO/CONTRATACIÓN A NIVEL MUNDIAL - SUS VENTAJAS Y DESVENTAJAS	9
2.1. Pago Prospectivo.....	10
2.1.1.- Presupuesto Global	10
2.1.2.- Pago por Caso o DRG.....	11
2.1.3.- Capitación	12
2.2.- Pago Retrospectivo.....	12
2.2.1.- Pago por Día	12
2.2.2.- Pago pos Servicio (Fee for Service)	13
2.2.3.- Pago Híbrido o Mixto.....	14
3.- PRINCIPALES FORMAS DE PAGO CONTRATACIÓN EN COLOMBIA – ANTES Y DESPUÉS DE LA REFORMA	15
4.- RESULTADOS DE LAS ENCUESTAS	19
4.1.- Logros en 1996	19
4.2.- Análisis de las Encuestas.....	21
Observaciones Puntuales sobre los Aspectos Institucionales....	21
Observaciones sobre el Proceso de Contratación y los Mecanismos de Pago	22
Observaciones sobre la Calidad y la Tecnología	27
5.- CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	29
BIBLIOGRAFÍA	31

RESUMEN

Colombia comienza en 1995 una implementación global de la reforma de la seguridad social en salud. Los principales objetivos de esta reforma buscan lograr la cobertura universal, mejorar la calidad, incrementar el acceso a los pobres y fomentar la provisión de servicios de manera eficiente. Para obtener una mayor eficiencia, calidad y acceso y contener los costos del sector, la reforma adopta el marco institucional propuesto por la teoría de la "competencia regulada" que integra el sistema público, la seguridad social y los proveedores privados. Bajo este esquema, el consumidor se afilia a un plan básico de salud administrado por una Entidad Promotora de Salud (EPS). La provisión directa de los servicios incluidos en el plan básico son suministrados por las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS).

Este trabajo, examina el grado de desarrollo de las formas y mecanismos de pago y contratación entre las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) del Régimen Contributivo durante el año 1995 y el primer semestre del año en curso. La evidencia disponible indica que durante este corto tiempo se ha logrado un avance importante en el desarrollo de las EPS e IPS a nivel nacional.

El trabajo se estructura de la siguiente manera: luego de esta introducción, la segunda sección muestra, con base en la revisión teórica, las ventajas y desventajas de las distintas formas de pago/contratación a nivel mundial. La tercera sección señala cuáles han sido las principales formas de contratación en Colombia antes de la reforma y después de 1993 hasta la fecha. Se busca determinar si el sistema de contratación que se ha adoptado entre las EPS e IPS ha tenido incidencia sobre la calidad, el costo de los servicios y la cobertura. En la cuarta sección se analizan los resultados de la información recopilada de una encuesta extensiva de aproximadamente diez (10) EPS y proveedores de servicios que comprenden las experiencias nacionales más importantes, tanto públicas como privadas; se analizan también factores como el papel regulador del Estado, la existencia de sistemas de información, la capacidad de gestión de las empresas administradoras y prestadoras y los controles en el uso de la tecnología, que afectan el funcionamiento de las formas de contratación que se están teniendo en cuenta. Finalmente, en la última sección se sintetizan los aspectos más relevantes del análisis y se señalan las conclusiones y recomendaciones del trabajo.

1.- INTRODUCCIÓN

Colombia comienza en 1995 una implementación total de la reforma de la seguridad social en salud. Los principales objetivos de esta reforma incluyen lograr la cobertura universal, mejorar la calidad, incrementar el acceso a los pobres y fomentar la provisión de servicios de manera eficiente. Para obtener una mayor eficiencia, calidad y acceso y contener los costos del sector, la reforma adopta la "competencia regulada" que integra el sistema público, la seguridad social y los proveedores privados.

La competencia regulada es un mecanismo que genera incentivos para aumentar eficiencia y calidad; adicionalmente induce la competencia indirectamente para que los planes de salud y los proveedores operen eficientemente y respondan a las necesidades del consumidor. Bajo este esquema, el consumidor se afilia a un plan de salud con base en una prima y calidad de servicios ofrecidos. En Colombia, los planes de salud (EPS) reciben una prima fija ajustada por riesgo por cada afiliado denominada la Unidad de Pago por Capitación (UPC). Estos recursos deben garantizar la prestación de servicios médicos incluidos en el Plan Obligatorio de Salud (POS). Los servicios no incluidos en el POS se ofrecen en paquetes complementarios y su financiación está a cargo del usuario, a través de mecanismos de prepago, aseguramiento u otros. Las EPS compiten entre ellas no con base en precio sino en calidad; al recibir una prima fija, estas buscan maximizar las ganancias para lo cual contratan con los proveedores (IPS) que ofrecen los costos más bajos y la mejor calidad. Además, las EPS desempeñan el papel de los compradores de los servicios para los consumidores, seleccionando y negociando los mejores precios y calidad de los servicios entre varios prestadores. Las EPS y proveedores pueden ser públicos, privados, sin ánimo de lucro o instituciones públicas transformadas como el Instituto de Seguros Sociales, Cajas de Compensación y Cajas de Previsión, que pueden operar en regiones en donde existe varios, pocos o ningún competidor y en sitios con varios o pocos afiliados potenciales. Todas estas características impactan la manera como las fuerzas del mercado se comportan y logran los objetivos de cobertura universal y solidaridad.

Desde 1994 Colombia ha logrado un progreso medible en este componente de la reforma. Sin embargo, se considera que la reforma todavía esta en su primera fase y su impacto, particularmente el de largo plazo, no es tan evidente. Para efectos de este trabajo, el área de énfasis consiste en analizar el grado de desarrollo de las formas y mecanismos de pago y contratación entre las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) del Régimen Contributivo durante el año 1995 y el primer semestre del año en curso. La evidencia disponible indica que durante este corto tiempo se ha logrado un avance importante en el desarrollo de las EPS e IPS a nivel nacional.

El trabajo se estructura de la siguiente manera: luego de esta introducción, la segunda sección muestra, con base en la revisión teórica, las ventajas y desventajas de las distintas formas de pago/contratación a nivel mundial. La tercera sección señala cuáles han sido las principales formas de contratación en Colombia antes de la reforma y después de 1993 hasta la fecha. Se busca determinar si el sistema de contratación que se ha adoptado entre las EPS e IPS ha tenido incidencia sobre la calidad, el costo de los servicios y la cobertura. En la cuarta sección se analizan los resultados de la información recopilada de una encuesta extensiva de aproximadamente diez (10) EPS y proveedores de servicios que comprenden las experiencias nacionales más importantes, tanto públicas como privadas; se analizan también factores como el papel regulador del Estado, la existencia de sistemas de información, la capacidad de gestión de las empresas administradoras y prestadoras y los controles en el uso de la tecnología, que afectan el funcionamiento de las formas de contratación que se están teniendo en cuenta. Finalmente, en la última sección se sintetizan los aspectos más relevantes del análisis y se señalan las conclusiones y recomendaciones del trabajo.

2. LAS DISTINTAS FORMAS DE PAGO/CONTRATACIÓN A NIVEL MUNDIAL - SUS VENTAJAS Y DESVENTAJAS

El gasto en salud en Colombia equivale al 7.3% del Producto Interno Bruto (PIB), (Estudio Ministerio de Salud - Universidad de Harvard); cifra bastante elevada para un país en vía de desarrollo si se compara con otros países de la región cuyo promedio está entre el 4% - 5% del PIB, o con países de la OECD que gastan aproximadamente del 7% - 9% del PIB. Al otro extremo está el caso de los Estados Unidos que gasta el 14% del PIB en salud (World Bank 1993).

Existe una mezcla compleja de factores relacionados con la demanda y la oferta que contribuyen al incremento inflacionario en el gasto en salud. En lo que respecta a la demanda se presentan factores como edad (más viejos), incremento en el ingreso real e incremento en el uso de seguros universales (mayor cobertura). Estas variables explican solamente una pequeña porción del gasto. Entre los factores relacionados con la oferta, se destaca el desarrollo de nuevas tecnologías, incremento de personal e instituciones de salud e incremento en los precios de salud. En resumen todos estos factores producen incentivos que favorecen principalmente a los proveedores y no a los consumidores. En gran parte, estos incentivos son resultado de la asimetría en la información entre el proveedor y la tercera parte pagadora. Frente a las decisiones sobre las transacciones en servicios asistenciales en salud, el paciente o demandante está por lo general menos informado que el oferente de los servicios. Dependiendo de la naturaleza de los incentivos y el contexto institucional y del mercado, estos estímulos pueden desplazar o inmovilizar las tendencias hacia la eficiencia, equidad y calidad de los servicios. Por esto, los mecanismos de pago se consideran como fundamento central en el éxito de una reforma financiera en salud (Oxley y MacFarland 1994).

El sistema de pago que se adopte tiene claras incidencias sobre la calidad y los costos de los servicios. Las experiencias mundiales muestran que no existe un solo método de contratación óptimo para el pago de los proveedores (Barnum, Kutxin y Saxenian 1994); todas las formas generan incentivos adversos y ventajosos que afectan el volumen, calidad y mezcla de servicios. Lo que sí concluyen es que el éxito de cada forma de pago está relacionado con el nivel de desarrollo y organización del sistema. Adicionalmente, la provisión de servicios bajo un esquema competitivo aumenta el desempeño de cualquier método de pago ya sea en el sector público o en el privado.

En la mayoría de los países industrializados y en vía de desarrollo, la provisión y financiamiento de la salud proviene del sector público. En este caso, el gobierno juega el papel de aseguradora y proveedor, por consiguiente la forma de pago más común es

a través de presupuestos históricos. Estos sistemas tienen el problema que de no generar los incentivos adecuados para lograr eficiencia administrativa ni competitividad.

En los últimos años se ha visto la tendencia hacia separar los componentes financiero y de provisión de servicios. La fuente de financiación puede ser pública o privada igual que el proveedor. Diferentes métodos de pago se pueden aplicar en las diferentes instituciones de provisión o según el tipo de servicio. El reto está en el diseño de un sistema en donde se establece un equilibrio entre los incentivos económicos para el "sobre-uso" y el "sub-uso" de servicios. Por eso, una manera de asegurar esto es a través del uso de varios métodos de pago. En cualquier caso, el control de costos es un requisito indispensable para garantizar la viabilidad económica del sistema de salud. Muchos países se han visto obligados a regular y controlar tanto la oferta como la demanda para garantizar una asignación eficiente del gasto. En últimas, cualquier criterio que se escoja lleva a la categorización del método de financiamiento: el recurso sigue al paciente o el paciente sigue el recurso.

A continuación se presentan las distintas opciones para las formas de pago. En general existen tres grandes categorías: *pago prospectivo* - el pago se hace antes de proveer el servicio; el *pago retrospectivo* - el pago se hace después de proveer el servicio según la cantidad y el tipo de servicio; y el *pago híbrido o mixto* - la combinación de varias formas de pago.

En la categoría del pago prospectivo, este trabajo revisa el presupuesto global¹, el pago por caso o DRGs (Diagnostic Related Groups), y la capitación, sus ventajas y desventajas. En la categoría del pago retrospectivo se revisa el pago por día y el pago por servicio² (fee for service), sus ventajas y desventajas. Finalmente, se revisa el pago híbrido o mixto.

2.1 Pago Prospectivo

2.1.1 Presupuesto Global

El pago por presupuesto global consiste en una suma fija agregada por un periodo de tiempo definido, normalmente un año. Este tipo de remuneración solamente se aplica a los proveedores institucionales (hospitales, clínicas, centros de salud, etc.) y ha sido el sistema predominante de pago en los hospitales públicos en los países de la OECD al igual que en Colombia. El monto se fija mediante dos mecanismos: tomando el presupuesto histórico de la entidad o con base en la demanda proyectada, la cual tiene en cuenta las necesidades de la población objetivo.

El efecto directo del presupuesto global está en el control de costos lo cual incentiva la reducción en la cantidad de "inputs" utilizada. En el largo plazo, la fortaleza y dirección de los incentivos depende de la fórmula implícita o explícita para asignar recursos; su asignación con base en la experiencia histórica crea inercia institucional mientras que su asignación con criterio de desempeño depende de los indicadores específicos utilizados. Por ejemplo, en Hungría los presupuestos se

¹ Vale la pena anotar que en muchos países están utilizando el presupuesto global por la flexibilidad que permite en la resignación de recursos.

² El pago por servicio es la forma más común para el sector privado aunque la capitación es cada vez más frecuente.

determinaban con base en la tasa ocupacional hospitalaria, lo cuál llevaba a un exceso de estadía hospitalaria.

Los presupuestos globales generalmente no incentivan la calidad ni la eficiencia, por eso, si se utilizan es importante construir un sistema de recolección de información sobre la calidad y establecer los indicadores correspondiente. Igualmente importante, es el desarrollo de mecanismos reguladores a través del gobierno o asociaciones profesionales. Generalmente, bajo este esquema los costos administrativos son bajos en relación a otras formas de pago. La evaluación periódica sobre el desempeño y la proyección del presupuesto es tal vez el costo más alto en la que pueda incurrir la empresa administradora, por lo tanto, es necesario tener instalado un buen sistema de información para el manejo de cuentas financieras e la información sobre los servicios prestados para la revisión y ajuste de los presupuestos. Finalmente, el pago por presupuesto global tiene algunos riesgos asociados, tales como la demanda inconstante y la intensidad y costos del tratamiento hospitalario, riesgos que asumen el proveedor y sus clientes. En lo que se refiere a la tecnología, la utilización de una forma de presupuesto prospectivo garantiza que ésta sea escogida con criterios de eficiencia, donde se busca una buena relación costo-beneficio. En el caso de presupuesto histórico no existe ningún tipo de incentivo para el control de costos ni para prestar un mejor servicio y en general los presupuestos históricos son neutros frente a la adquisición de tecnología porque depende de la disponibilidad de recursos.

2.1.2 Pago por Caso o DRG

A través del pago por caso o los denominados DRG (el pago por episodio), el mecanismo de pago depende del diagnóstico del paciente el cual tiene un costo fijo, y agrupa todos los servicios realizados durante un episodio hospitalario. Desde 1983, este método ha sido utilizado para los pacientes de Medicare en los Estados Unidos y de manera gradual en otros países de la OECD (Bodenheimer y Grubach 1994), Brasil y Hungría (Barnum, Kutzin y Saxenian 1994). Medicare asume el riesgo por el número de admisiones que hace pero el hospital asume el riesgo por los recursos utilizados durante la estadía. El tiempo de estadía no afecta a Medicare, en cambio al hospital un estadía larga y costosa significa pérdidas mientras una estadía corta produce rendimientos.

El uso de un sistema como el DRG requiere una contabilidad uniforme y un sistema nacional de historias clínicas y sus costos administrativos son altos para la aseguradora y el proveedor. La complejidad en definir el costo de cada caso, hace que este sistema sea difícil de implementar. Cada DRG tiene su ponderación basada en el diagnóstico y los procedimientos que a su vez determinan el nivel de reembolso. Este tipo de pago se puede aplicar con mayor facilidad a los sistemas de salud de integración vertical, o en instituciones hospitalarias donde se conoce de una forma muy exacta cuáles son los costos y las posibles complicaciones que puede implicar cada enfermedad o tratamiento.

Uno de los problemas identificado por Medicare bajo este esquema de pago es el denominado "DRG Code Creep". Esto significa que el diagnóstico del paciente o su condición se altera causando su entrada a un grupo de más complejidad, que incrementa el pago del episodio. Se estima que en Estados Unidos el incremento anual es del 1% (Coulam y Guamer 1992). A pesar de los problemas mencionados, Medicare ha tenido éxito en la reducción del gasto sin afectar la calidad.

En Colombia, la Ley 100 introdujo el concepto de los pagos globales por diagnóstico denominados: pagos integrales por diagnóstico atendido -PIDAS-. La forma de operación de este sistema de contratación, pago y facturación implica que el

proveedor de los servicios establece un costo estándar global por diagnóstico atendido, por ejemplo de un parto o apendectomía. Para el comprador de los servicios es más transparente la forma de pago y el proveedor de los servicios se ve obligado a minimizar el costo en el diseño y operación de sus diversos servicios.

2.1.3 *Capitación*

A diferencia de la contratación por presupuesto global o servicio prestado (*fee for service*), este sistema asigna recursos independientemente de la oferta o la demanda. Se basa en el concepto de enfermo potencial y no en el de la enfermedad sentida. Cada prestadora de servicios tiene a su cargo la atención de un conjunto de personas determinado. Por cada persona inscrita, la administradora recibe una suma fija mensual, trimestral o anualmente para financiar un paquete definido de servicios independiente del número de veces que estos individuos acudan al servicio, por lo tanto, una de las ventajas de este sistema es la motivación para controlar costos y proveer servicios costo-efectivos. Dado que los riesgos financieros los asumen generalmente las prestadoras de servicio, éstas se ven obligadas a enfatizar el lado preventivo de la medicina. Igualmente, el hecho de que el riesgo le recaiga sobre el prestador del servicio, determina por un lado la calidad del servicio y la adquisición de tecnología.

Una de las debilidades o riesgos de este sistema de pago es que puede incentivar a las administradoras a seleccionar usuarios con bajos riesgos con el fin de reducir los costos de tratamiento, limitando la cantidad y calidad de los servicios. Si los pagos por capitación no son ajustados por riesgo, las aseguradoras pueden ejercer en el "cream skinning" que básicamente es la selección de riesgos preferidos (Van de Ven y Ven Vliet, 1992). Como resultado, la población más vieja y los más enfermos o quedan fuera del sistema o terminan usando el sistema público de atención que a su vez produce consecuencias deletéreas sobre la equidad y eficiencia del sistema. Una manera de contrarrestar este efecto es estableciendo primas ajustados por riesgo y la afiliación abierta cada año, así el riesgo se distribuye mejor. Países como Alemania y Holanda han implementado un pago ajustado por riesgo y Colombia lo introdujo en la Ley 100.

Los costos administrativos de un sistema de pago por capitación son potencialmente más bajos que aquellos en un sistema retrospectivo, sin embargo, la presión en el manejo administrativo es mayor por lo que requiere monitorear a de los diferentes actores, negociar contratos con proveedores y establecer los pagos ajustados de capitación. Sin la capacidad administrativa para realizar estas actividades, existe un gran riesgo para la aseguradora, por consiguiente es importante el reaseguro para evitar pérdidas catastróficas. Finalmente, su implementación debe ser gradual ; el cambio de una economía central a una más competitiva trae sus obstáculos.

2.2 Pago Retrospectivo

2.2.1 *Pago por Día*

Se denomina "pago por día" al sistema mediante el cual recibe un precio estándar por día por cama ocupada, multiplicado por el número de días. Países como Noruega,

Holanda y Estados Unidos han utilizado este método de pago desde los años setenta (Aas 1995) pero más que todo en países que con sistemas públicos de financiación y una mezcla pública/privada en la provisión de servicios (Oxley y MacFarland 1994).

El pago por día estimula el uso de los hospitales a través de altos índices de ocupación y capacidad expandida de camas, sin embargo, el hospital no recibe dinero adicional por ejecutar procedimientos costosos. Al prolongar la estadía hospitalaria los primeros días son los más costosos (iniciación del tratamiento) y luego los días finales menos costosos, resultando en un costo promedio bajo por día y un costo promedio alto por admisión. El pagador de este mecanismo no le concierne cuántos servicios o procedimientos se hacen por día, esta preocupación fiscal se transfiere al hospital. Lo crucial para el pagador es controlar la estadía del paciente en combinación con una política de admisión para el control de costos. En este caso, el pago por día ofrece pocos incentivos para contener costos sobre todo si el objetivo es que el recurso o dinero siga al paciente.

2.2.2 Pago por Servicio (*Fee for Service*)

El pago por servicio, sin o con tarifas fijadas, es el mecanismo de pago *retrospectivo* más común en los países industrializados y en vía de desarrollo. Países como Holanda, Korea, Japón, Francia, Suiza, Alemania y Zimbabwe utilizan esta forma de pago pero tienen alguna manera de negociar tarifas entre aseguradoras y proveedores que ayuda hasta cierto punto a controlar su efecto "inflacionario". En los Estados Unidos, el pago por servicio es totalmente desregulado, sin embargo las aseguradoras no pagan más allá de lo que consideran "tarifas razonables y usuales" por ciertos servicios.

Bajo este esquema de pago, el control macro es débil (pues requiere que el gasto se contenga con otras medidas) mientras que el lado de la oferta incrementa cantidad, calidad y precios. En los Estados Unidos esta forma de pago ha contribuido a la competencia entre los proveedores con base en calidad y uso de alta tecnología y no con base en precio. Esto resulta muchas veces en la creación de monopolios entre los prestadores de servicios.

El pago por servicio promueve el uso excesivo de los servicios sobre todo por la asimetría en la información por parte del consumidor, por lo tanto, el proveedor induce la demanda de servicios. Existen consumidores que piensan que entre más servicio se utilice o entre más sofisticada sea la tecnología, mejor será la calidad del servicio. El pago por servicio ha sido asociado con el uso de servicios innecesarios y peligrosos como en el caso de Brasil, donde los incentivos económicos para los médicos de realizar cesáreas en cambio de partos vaginales incrementaron los riesgos para las madres y recién nacidos por causa de infección y uso de anestesia general (Banco Mundial 1993). Esta forma de pago es la más utilizada para efectuar la remuneración a los médicos especialistas, para el pago de medicamentos y para los servicios de diagnóstico. Es el mecanismo de pago preferido por los médicos y hospitales pues su remuneración depende directamente del volumen de los servicios prestados. Bajo este mecanismo no existe ningún incentivo para reducir costos o disminuir la frecuencia de uso de tecnología de punta, los costos administrativos son altos y se requieren registros detallados sobre la cantidad de los servicios prestados y costos. Todas estas consideraciones llevan a pensar que si bien el pago por servicio teóricamente implica un sobre uso de los servicios, éste se puede corregir mediante otros mecanismos de seguimiento y control y que contribuyen a la calidad (Oxley y MacFarland, 1994)

2.2.3 Pago Híbrido o Mixto

La mayoría de sistemas de pago son híbridos o mixtos y se adoptan por razones prácticas y para neutralizar los efectos adversos de los sistemas puros mientras conservan sus efectos positivos. Ningún sistema está libre de efectos indeseables y tanto la experiencia institucional como el análisis detallado confirman las ganancias en la adopción de sistemas mixtos. Los diferentes mecanismos de pago pueden ser mezclados en distintas dimensiones, por ejemplo, para diferentes categorías de proveedores. Los hospitales pueden recibir un pago por caso mientras el médico general recibe el pago por capitación. Otra alternativa es, el pago total al proveedor puede ser dividido en varios esquemas; a los hospitales se les paga parcialmente por un presupuesto global para los costos fijos y pago por servicio para los costos variables. Finalmente, el método puede o no variar dependiendo de la provisión de servicios, es decir, a un hospital se le puede pagar por un paquete de servicios a través de la capitación y los servicios complementarios a través de un pago por servicio, como es el caso en Uruguay y Estados Unidos.

La selección del sistema mixto a utilizarse es fundamental e influye sobre los incentivos de manera positiva o negativa. Cualquiera que se escoja tiene que ser apropiado para el contexto del país. Un ambiente macroeconómico estable es importante para que todos los mecanismos de pago mantengan su valor durante el periodo de reembolso, siendo los pagos prospectivos especialmente sensibles a la inestabilidad macroeconómica. El fomento de un ambiente competitivo y la educación de los consumidores es importante para controlar los monopolios. Para el sector de la salud, específicamente se requiere como mínimo, la organización administrativa, un sistema contable adecuado y un sistema de información para implementar cualquier mecanismo de pago eficientemente.

3. PRINCIPALES FORMAS DE PAGO/CONTRATACIÓN EN COLOMBIA - ANTES Y DESPUÉS DE LA REFORMA

En Colombia, la información disponible sobre las formas de pago o contratación en salud es relativamente limitada, a diferencia de lo que ocurre en otros países como se pudo apreciar previamente. Solamente existe la legislación reglamentaria sobre las formas de pago a los médicos por parte de las instituciones y de éstas con terceros. Antes de la reforma de 1993 y hasta recientemente, no existía análisis sobre las implicaciones de las diferentes formas de pago o contratación y como éstas afectan la calidad, los costos o el uso de la tecnología. Esta situación es igual para el sector público como el privado.

A partir del proceso de negociación política de la reforma y luego después de la aprobación de la Ley 100 comenzó a surgir el interés en la forma como se relacionan (pago y/o contratación) las Empresas Promotoras de Salud y las Instituciones Prestadoras de la Salud. Se realizó un estudio que ofrece una visión de las condiciones de pago y/o contratación en el país para conocer la estructura del pasado y abonar el terreno para avanzar en la organización de los sistemas de salud en el país (Gutiérrez, Molina, Wullner y Giedion 1994). Como resultado de dicho estudio se encuentra que en el país existe una tendencia hacia contratar a los médicos generales (que actúan como "gate keepers) por *salario* y a los médicos especialistas por *pago por servicio*. Este sistema de facturación, pago por servicio o acto médico, que se ha convertido en un incentivo perverso al sobrecosto en el diseño y prestación de los servicios hospitalarios, es además un incentivo para la corrupción institucional que deriva de la sobrefacturación por servicios no prestados. Este método de pago instrumentado además por sistemas tarifarios de los diversos servicios, insumos y actos médicos, permite que los oferentes de los servicios tiendan a multiplicar el número de actividades. Los servicios hospitalarios y de diagnóstico igualmente se pagan por pago por servicio y las instituciones prestadoras de servicio (IPS) imponen las tarifas, salvo en los contratos del Instituto de Seguros Sociales.

En casos aislados en donde se presta la atención a poblaciones dispersas se paga por *capitación*. Los médicos especialistas del sector público que tienen contrato exclusivamente con una institución (pública) se les remunera por salario. En las otras instituciones de índole privada y en donde los médicos ejercen libremente su profesión se les paga por honorarios y en otros casos por salario y pago por servicio. No es frecuente que las administradoras de los servicios privados contraten con IPS hospitalarias públicas por las dificultades administrativas, excepto en casos aislados donde la administradora tiene que cubrir poblaciones dispersas. Adicionalmente, en algunas instituciones para la remuneración a los médicos se utiliza el sistema de valoración estándar de los servicios, similar a los RBRVS (resource based related value scale) que se utilizan en el sistema de Medicare en Estados Unidos.

La posibilidad de ofrecer servicios médicos por *pago por caso* es factible para casos puntuales en el país, pues no existen los sistemas de información adecuados sobre costos unitarios ni intervenciones o procedimientos estándar requeridos, ya lo que implica un alto riesgo de fracaso. En general, las formas de pago o contratación se utilizan por ser sencillas administrativamente o por tradición.

Los honorarios son negociados entre las EPS, IPS y los médicos, con algunas excepciones como los anesthesiólogos, cardiólogos y otras especialidades pequeñas quienes forman monopolios y imponen sus propias tarifas. Cuando estos mismos trabajan con el Instituto de Seguros Sociales (ISS) se someten a grandes diferencias en pago, pues las tarifas se fijan de forma unilateral. No es claro si estas diferencias se deben a los costos, el tipo de población atendida, a la tecnología, la calidad, la cobertura o a la forma de contratación o si existen otras variables más significativas pues se conoce que el ISS es la única administradora que realiza aproximadamente el 60% de la contratación total en el país e impone sus propias tarifas para los servicios que presta y obviamente contrata.

• El poder del mercado incide sobre la concertación de precios en la contratación. Por ejemplo, cuando una administradora de servicios contrata con instituciones de tercer nivel, éstas son quienes deciden sobre las tarifas. Cuando el contrato se hace directamente con los médicos, es la administradora quien impone la tarifa, a excepción de los médicos especializados. Para la prestación de los servicios hospitalarios o quirúrgicos cuando no forma parte de un sistema integrado, la institución prestadora impone sus tarifas.

De todas maneras el estudio demuestra que las formas de pago o contratación en Colombia no se habían desarrollado suficientemente antes de la reforma de 1993. Al implantar la nueva ley se conocen algunos de los insumos y obstáculos para tener en cuenta, como el poder de ciertos monopolios o simplemente el grado de gestión de los actores principales.

A continuación se presenta la situación colombiana en términos de formas de pago y contratación entre las Entidades Promotoras de Salud y las Instituciones Prestadoras de Salud a partir de la implementación en 1993 y hasta la fecha. Se señala si el sistema de pago o contratación que se ha ido adoptando en estos últimos años está teniendo incidencia sobre la cobertura, la calidad, y el costo de los servicios.

La aparición de las Entidades Promotoras de Salud (EPS) supone el fin a los monopolios en el proceso de afiliación y de la separación entre los sistemas de financiación y los de provisión de servicios, siendo las Instituciones de Salud (IPS) las que se encargan de este último. Las EPS son instituciones intermediarias que cumplen las funciones de gestión del aseguramiento y protección de la salud, es decir, fomentan la prevención en salud y subcontratan el resto de los servicios. La UPC es la cuota o "precio de venta" anual que permite a las EPS proteger la salud de cada beneficiario durante un año a través de un Plan Obligatorio de Salud (POS). Ellas recaudan periódicamente las contribuciones de los afiliados, por delegación del Fondo de Solidaridad y Garantía; de este monto se descuenta el valor de las UPC fijadas para el POS. La cotización obligatoria que se aplica a los afiliados del Régimen Contributivo es del 12% máximo del salario básico y no inferior al salario mínimo. Las EPS reciben copagos y cuotas moderadoras como ingresos adicionales. En términos cuantitativos de capacidad socioeconómica se estima que el 70% de la población podría estar vinculada al Régimen Contributivo.

Las EPS son las que determinan si Colombia logra o no los objetivos de la reforma: solidaridad, universalidad, calidad y eficiencia. Son las EPS que incentivan la afiliación al sistema - la universalidad -; recaudan el 12% de la cotización para lograr la

solidaridad entre los ricos y los pobres; la eficiencia se obtiene a través de la competencia entre proveedores al ofrecer precios más bajos y por las formas de pago para controlar costos. Esa misma competencia también debe mejorar la calidad de los servicios.

Se están logrando los objetivos? Se sabe que el mercado de la salud en Colombia está extremadamente activo. A diciembre 1995 la afiliación a las EPS creció (26 EPS) pero la concentración está en las grandes ciudades del país. Lo que existe es una aprobación para el funcionamiento de las EPS lo cuál significa realmente una cobertura geográfica de EPS y no necesariamente representa una expansión de afiliación. No obstante, lo que sí indica es que el sector de la salud colombiana está logrando la transformación a un sistema impulsado por la demanda. Los trabajadores independientes solo constituyen una pequeña proporción de afiliados (13%) y los que sí se afilian son los más necesitados de atención médica costosa (selección adversa). Actualmente, los afiliados son los mismos del sector formal que en el pasado estaban cubiertos por el ISS y seguros privados. El ISS, la EPS más grande en Colombia, no tiene un número confiable de afiliados por falta de un sistema de información que permita identificarlos y por lo tanto, no contribuye consistentemente al Fondo de Solidaridad y Garantía. Las personas afiliadas a las EPS están subdeclarando los salarios poniendo en riesgo la solidaridad del sistema.

En cuanto a la aplicación de la "competencia regulada" para el control de costos, la mayoría de las formas de pago a los médicos y hospitales funcionando son el pago por servicio, la capitación (primer nivel de atención), salario, una mezcla de capitación y pago por servicio y en algunos casos las EPS pagan primas a los médicos generales por remitir pacientes a otros niveles de atención. Sin embargo, las EPS no están utilizando procesos competitivos de contratación o negociación para inducir competencia a nivel de tarifas o calidad. El año pasado el ISS inició el pago a hospitales con base en "paquetes de diagnóstico" en vez de facturar por servicio prestado. Esto incentiva la eficiencia y control del uso de servicios.

Vale la pena anotar que el pago por capitación (a través de la UPC) a los médicos generales o a los proveedores de atención primaria es ajustado por edad y sexo según estipulado por la Ley. Cuando se paga por servicio prestado (fee for service) a los médicos generales, especialistas y hospitales, el pago se basa en el sistema tarifario establecido por el ISS y el Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito, SOAT, los cuales responden al concepto de desagregación de costos por procedimiento y servicios de apoyo y no al del costo. Este es uno de los obstáculos más sentidos de la reforma, mientras no existan los estudios técnicos necesarios para determinar el costo estándar de la atención, las IPS deben recurrir a su propia contabilidad de costos y tomar como base de pago, lo cual representa un cambio radical en las relaciones contractuales entre las EPS y las IPS.

Algunas IPS no están dispuestas o capaces de contratar con EPS por varias razones: carecen de la capacidad administrativa para contratar con EPS o simplemente no entienden las implicaciones de la Ley; muchos hospitales y especialistas claramente no quieren participar en la nueva reforma, la sociedad científica ha sido muy enfática sobre su resistencia a la Ley 100 y ha creado pequeños carteles de especialistas. Las IPS no están de acuerdo con las tarifas que ofrecen las EPS dadas las restricciones impuestas por la UPC. En resumen, después del primer año de implementación de la competencia regulada se puede decir que la competencia entre los médicos generales para obtener contratos con EPS existe, pero existe poca competencia entre el nivel dos y tres de atención.

Las EPS han implementado mecanismos para el control de la calidad médica. Por ejemplo, hacen visitas periódicas a las IPS, demandan auditoría de los registros médicos y realizan entrevistas con pacientes. Algunas EPS exigen a las IPS reportes sobre la calidad de los servicios que entregan, no obstante esta información no es disponible al público. Si se cancela un contrato con una IPS la razón más frecuente es la falta de calidad.

El producto final que ofrecen las EPS no es homogéneo, pues se ofrecen planes adicionales al POS en la forma de planes complementarios³ y medicina prepagada que diferencian entre los servicios ofrecidos, la selección de proveedores y primas. Las listas de proveedores ofrecidas por las EPS puede ser una estrategia para la atracción o no de potenciales afiliados y la segmentación de la población. Según la lista, es fácil determinar si son hospitales de alta o baja calidad. Dentro del contexto de la Ley, se considera ilegal ofrecer planes complementarios sin ofrecer el POS, sin embargo, muchas EPS están permitiendo la compra de un plan complementario sin subscribirse al POS. Antes de la reforma existía la Medicina Prepagada, y muchas de ellas se han convertido en EPS para ofrecer los servicios del POS y algunos otros adicionales. Los planes los venden como planes complementarios que en realidad no son complementarios al POS sino alternativos al POS. Mucha gente, sobre todo los independientes, siguen afiliados a este sistema que a su vez está generando incentivos para evadir la cotización del 12%. No se conoce bien si esto está propagando una segmentación en el mercado y limitando la competencia por lo que el producto deja de ser estandarizado, pero si implica que los estratos más altos de la sociedad colombiana tienen acceso a servicios de mayor calidad que aquellos que utilizan solamente el POS.

Generalmente, las EPS están contratando los servicios de tercer nivel con hospitales que atienden gente menos pobre. En el primer nivel de atención, las EPS están contratando con instituciones privadas y hasta el momento, no están contratando servicios con el ISS, lo cual podría indicar que las instalaciones del ISS están funcionando a plena capacidad. A la fecha, el ISS no ha hecho la separación de financiación y provisión de servicios lo cuál no contribuye a la creación de un mercado competitivo.

En la siguiente sección se analizan los resultados de las encuestas de aproximadamente diez EPS e IPS tanto públicas como privadas sobre las experiencias particulares que han tenido con las formas de pago adoptadas y el funcionamiento general del sistema.

³ Estos planes incluyen tratamientos y cirugías estéticas, odontología, tratamiento de enfermedades crónicas, transplantes, drogas no cubiertas en el POS, etc.

4. RESULTADOS DE LAS ENCUESTAS

4.1 Logros en 1996

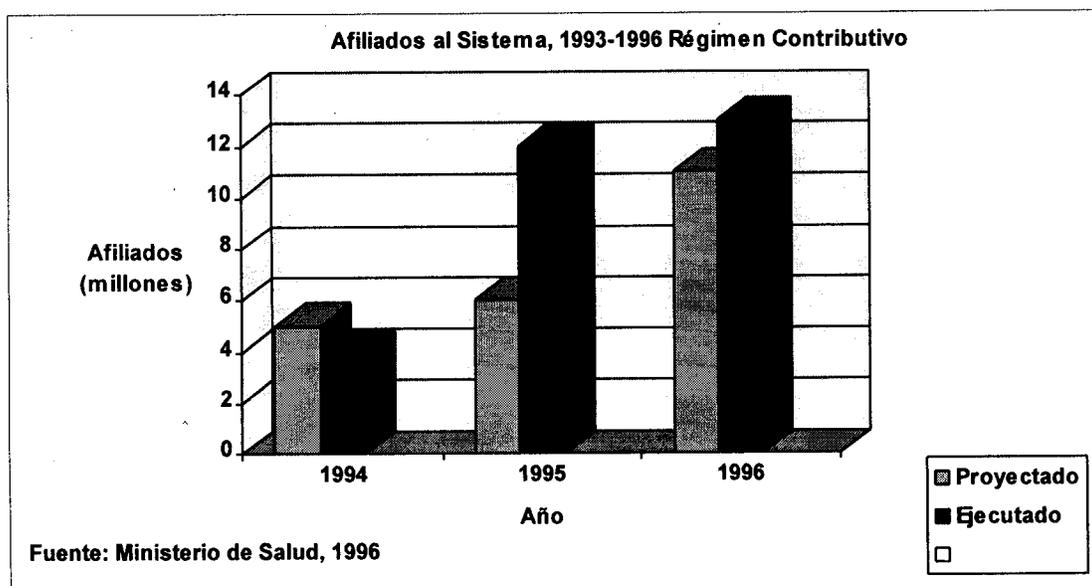
La aplicación plena de la reforma no se inició sino hasta finales de 1995. A continuación se presenta un breve análisis en lo relacionado con los objetivos de la universalidad, la oferta de servicios y la financiación del sistema en 1996. La información proviene de diferentes fuentes como del Ministerio de Salud, resoluciones expedidas por la Superintendencia Nacional de Salud, informes al Congreso Nacional de Seguridad Social y en algunos casos, artículos de los principales periódicos del país. Esta posición se contrasta con los resultados obtenidos de las encuestas a las EPS y las IPS, punto de especial importancia por lo que gobiernos y organizaciones nacionales e internacionales siguen ansiosamente el proceso de implementación por las enseñanzas que dicho proceso puede proporcionar.

Es importante mencionar que la información disponible es muchas veces incompleta en cuanto a lo que suministra el usuario y la información técnica que proviene de las EPS y IPS. Esta información en particular, además de ser insuficiente no cuenta con un método unificado que permita hacer un seguimiento integral del sistema (Esguerra 1996).

Entre los problemas que ha tenido el nuevo sistema de seguridad social se destaca el caso del Instituto de Seguridad Social (ISS), que al ser la EPS más grande ocasiona vacíos de información importantes para el sistema en general. La Ley 100 ordena la separación entre la financiación y la provisión de los servicios de salud, separación que no se ha hecho en el ISS, y que genera un monopolio en el mercado al no existir la competencia libre entre todas la EPS. En el momento, las EPS contratan con IPS públicas y privadas, que forman parte de las IPS del ISS, sin embargo ninguna clínica ni hospital del ISS está contratando que suministre información con variables ; : financieras, de afiliación, de utilización, de recurso humanos y acceso a las historias clínicas de los pacientes. A raíz de esto, la Superintendencia Nacional de Salud ha impuesto al ISS un severo plan de ajuste que terminó a finales de septiembre. El sector entero está a la expectativa de los resultados.

Un avance extraordinario ha sido la universalidad del sistema, pues casi la mitad de los colombianos están afiliados al Sistema de Seguridad Social. Para dar una idea, el régimen subsidiado cuenta con aproximadamente 5 millones de afiliados y el régimen contributivo cuenta con cerca de 13 millones de personas. En estos datos quedan algunas dudas respecto al régimen contributivo originadas por la falta de información del ISS, pues no es posible establecer qué proporción de esas afiliaciones proviene de personas que estaban en el ISS y por lo tanto no son nuevas para el sistema. Sí se sabe que los trabajadores independientes constituyen una pequeña porción de los afiliados al sistema, pues constituyen solo el 13% y representan más de la mitad de la fuerza laboral en Colombia. El ISS, la EPS más grande del país, no tiene cifras confiables sobre el número de afiliados, sin embargo las metas que se propuso el

Gobierno en cuanto a la afiliación a los diferentes regímenes no solo se han cumplido, sino que se han superado como se puede observar en el siguiente gráfico.



El Régimen Contributivo tiene 26 EPS aprobadas que cubren aproximadamente el 50% de los municipios Colombianos donde reside aproximadamente el 70% de la población (Estudio Ministerio de Salud-Universidad de Harvard). A pesar de las buenas noticias respecto a la afiliación, ésta se debe interpretar con cautela, pues la afiliación es el primer paso y no implica necesariamente que se estén ofreciendo servicios. A veces en un municipio grande puede ocurrir que exista cobertura para una parte de la población mientras la otra no la recibe. Adicionalmente la afiliación a las EPS se está concentrando en las grandes ciudades.

En cuanto al financiamiento del sistema, este parece estar en un punto de equilibrio, es decir, los recursos del Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA) y sus cuatro subcuentas (Compensación de Régimen Contributivo, Solidaridad, Promoción, y Riesgos Catastróficos y Accidentes de Tránsito) tuvieron un incremento entre 1994 y 1995 motivado por el inicio del Sistema, que en 1996 ha visto un leve descenso de los recursos. Esto se puede explicar en parte porque existe un vacío de información financiera por parte del ISS. No se sabe cuánto requiere el ISS en compensación o cuánto le debe girar a la subcuenta de compensación. En el caso de que sea la primera posibilidad, la subcuenta entraría en bancarrota, creando una crisis muy grave para el sector. Igual sucede con el Instituto de Salud de las Fuerzas Armadas que tampoco está compensando y que según algunos cálculos es deficitario en cerca de \$15.000 millones anuales agravando aún más la situación del sector (Esguerra 1996). Otra brecha peligrosa es la desarticulación entre los costos de los servicios de salud, la Unidad de Pago por Capitación (UPC) y las tarifas del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT) que cumplen una función reguladora desde el punto de vista del equilibrio financiero y pueden ocasionar problemas en la calidad y en el acceso a los servicios. Son muy pocas las instituciones hospitalarias que cuentan con sistemas de

costos que permitan establecer con certeza el impacto que produce esta situación sobre las entidades.

A través de esta breve reseña presentada en los párrafos anteriores, se puede apreciar que aunque apenas cumple un año de aplicación plena el nuevo sistema de seguridad social (octubre de 1996), los resultados en algunos casos son satisfactorios y en otros requieren especial atención. En la siguiente parte de esta sección se analizan los resultados de la encuesta aplicada a las diferentes EPS/IPS y se señalan los logros y problemas vistos desde el punto de vista de la realidad que ellos particularmente están viviendo en el sector.

4.2 Análisis de las Encuestas

La fuente principal para el análisis de esta sección se obtiene de la encuesta/cuestionario a los funcionarios (directores y/o vicepresidentes) de diez (10) diferentes EPS e IPS. La mayoría de las EPS en Colombia tienen su sede principal en la ciudad de Bogotá y para efectos de este estudio se concentró en este lugar. Las encuestas se enviaron a EPS/IPS de diferente índole: EPS con y sin ánimo de lucro, Medicinas Prepagadas convertidas a EPS, EPS que originalmente eran Cajas de Compensación, y Cooperativas creadas bajo el nuevo sistema de seguridad social. Cabe anotar que aproximadamente el sesenta por ciento de los cuestionarios enviados fueron respondidos.

La encuesta se organizó en cinco secciones:

1. Aspectos institucionales de la EPS/IPS - que busca conocer el perfil de la EPS/IPS, su organización administrativa y su actitud frente a la Ley 100 de 1993.
2. Proceso de contratación - que pretende determinar sus diferentes formas de contratación y los problemas enfrentados.
3. Mecanismos de pago - que explora los impactos financieros de las diferentes formas de pago y algunas de las características que promueven el mecanismo de pago particular.
4. Calidad - que identifica el impacto de las diferentes formas de pago sobre la calidad del servicio prestado.
5. Tecnología - que determina la importancia de las formas de pago sobre la tecnología utilizada.

Observaciones Puntuales sobre los Aspectos Institucionales:

- La mayoría de las EPS cambiaron de estructura organizacional a raíz de la implementación de la Ley 100. En algunos casos se aumenta la planta de personal, el capital de la entidad y el tamaño de los proveedores para contratar el POS. En el caso particular del ISS se agrega el espacio para la creación de la IPS adicional a la EPS, Pensiones y ARP (Accidentes Relacionados con Profesionales).
- Todas las EPS, se consideran más competitivas bajo el nuevo esquema de la reforma, se refieren más que todo a la competencia por afiliados, pues compiten

con otras EPS privadas y con el Estado. Curiosamente, el ISS se considera menos competitivo bajo el nuevo esquema porque tiene una duplicación en el número de afiliados por razón de la cobertura familiar.

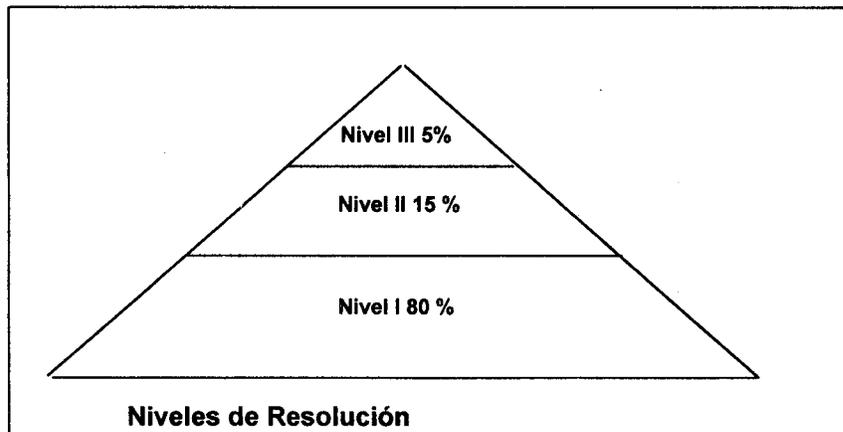
- La asimilación de la Ley 100 ha sido un problema grave para la mayoría de las EPS, los consumidores y los proveedores, pues se considera que a raíz de un periodo inactivo con el inicio del nuevo Gobierno, se creó desconcierto y se despertaron muchas dudas. Reinaba gran confusión sobre temas como los relacionados con la reducción de la UPC, los copagos, las cuotas moderadoras y la cobertura familiar. Estas contradicciones y la falta de claridad del sistema en general generó vacíos hacia el interior de las EPS y de la Ley 100. La capacidad de gestión o de administrar eficientemente los recursos y garantizar la calidad ha sido prácticamente nula. El ISS considera sumamente peligroso el matrimonio EPS-IPS y es consciente que la transformación del Instituto determina hasta qué punto se puede lograr una competencia justa para cumplir con los objetivos no solo de la competencia regulada sino de la reforma: la eficiencia y la calidad. Otros problemas que realmente se convierten en retos, son la falta de pago o el pago oportuno y el control del gasto médico, para que la UPC alcance a cubrir toda la operación de la EPS de manera eficiente.
- La regulación del Estado ha sido inexistente o no ha servido y se considera como una de las debilidades más grandes del nuevo sistema. Los hospitales y los profesionales de la salud atraviesan graves problemas financieros por las bajas tarifas reguladoras del mercado (ISS, SOAT, POS) por lo tanto muchas EPS las han convertido en tarifas para contratación con profesionales e IPS. Mientras exista un exceso de oferta de servicios las EPS pueden imponer sus tarifas. Claro está que en la medida que la oferta y la demanda se nivelen, los prestadores de servicios tendrán más fuerza a la hora de negociar tarifas. Un sistema de tarifas bien establecido incentiva el buen comportamiento de una IPS, pues dicha tarifa determina la estabilidad financiera de la IPS e influye sobre la calidad de los servicios. Por ejemplo, si la tarifa no cubre el costo total de un servicio hospitalario, el hospital se puede quebrar; por otro lado si la tarifa es muy generosa puede incentivar servicios inapropiados o innecesarios. Los hospitales no tienen sistemas contables de costos uniformes y la mayoría de las EPS entrevistadas dicen no poseer sistemas de información adecuados para hacer el seguimiento a la población afiliada u obtener información sobre gastos y recobros.

Observaciones sobre el Proceso de Contratación y los Mecanismos de Pago:

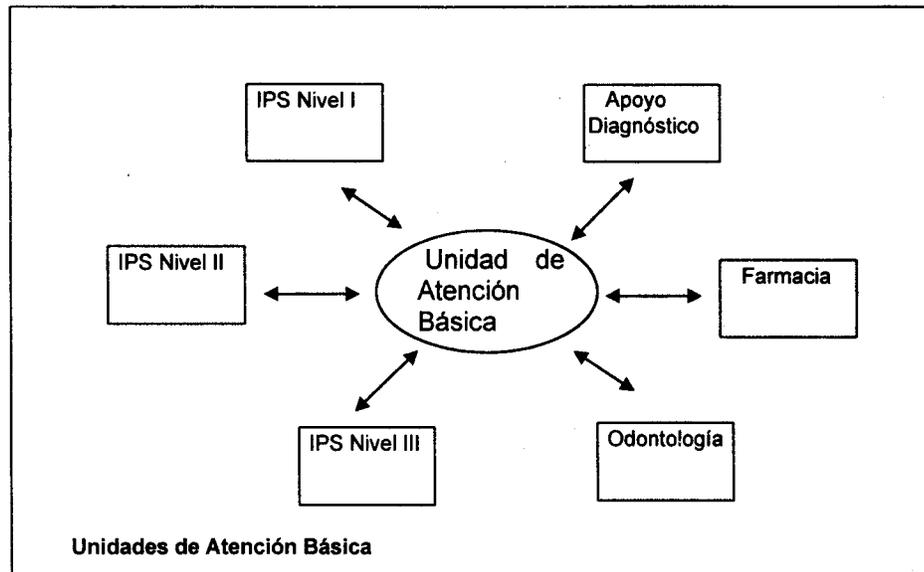
- Si bien se ha intentado introducir diferentes modalidades de pago como se describieron en la segunda sección del estudio, en Colombia sigue existiendo de manera prevalente el pago por servicio con todos sus incentivos perversos. La capitación está cogiendo fuerza cada día pero más que todo en el primer nivel de atención. En este periodo de transición de un esquema de oferta a la demanda, seguirá predominando el pago por servicio. Una vez que Colombia establezca un sistema de costos unificado y competitivo se abrirá el espacio para introducir otras modalidades de pago. Esta parte de la encuesta es tal vez la más

pertinente para efectos del motivo del estudio, por lo tanto, hace énfasis en los problemas que han enfrentado las diferentes EPS e IPS.

- La contratación de la prestación de servicios se hace con proveedores individuales, asociación de médicos, hospitales, centros de diagnósticos y centros propios. Algunas EPS alquilan consultorios con la unidad básica de atención o de primer nivel en donde existe una capacidad resolutoria de aproximadamente el 80%.



Dicha unidad luego orienta a los usuarios hacia los especialistas dentro de esta misma unidad. El resto de los servicios como de apoyo diagnóstico y de II y III nivel se contratan con IPS particulares (ver diagrama).



- Esta modalidad de contratación es muy atractiva para muchas EPS por lo que pueden contener costos y fortalecer y enfatizar el papel del médico general, sin embargo desde el punto de vista del especialista, la situación se agrava porque el sistema se desplaza hacia los generalistas. La mayoría de los servicios que se proveen en el primer nivel de atención se hacen por capitación (UPC ajustado por edad y sexo) y los servicios de II y III nivel se hacen por servicio prestado o pago por servicio, según unos precios negociados entre los médicos y administradoras. En los centros de diagnóstico, se hace por capitación y en algunos casos por servicio prestado.
- Muchas EPS confirman que la principal razón de utilizar estas formas de pago es por tradición, o recientemente, porque la capitación ayuda a contener costos y es más eficiente. Además, al resolver la mayoría de los problemas en el primer nivel a través de la capitación se evitan la remisión de los pacientes. Casi todas las EPS utilizan *gatekeepers* para todos los servicios, es decir consultas, hospitalización, consulta con especialista y exámenes de laboratorio. Sin embargo, con algunos contratistas las EPS sí han tenido problemas para evitar la alta remisión. En ciertos casos, el método de pago de capitación ha incentivado a los médicos a que formen asociaciones entre ellos, sobre todo para el manejo de altos volúmenes de pacientes. Las EPS explican que a través de la capitación se ha visto un cambio particular en la reducción de costos por paciente/día, más que en estancia hospitalaria, capacidad hospitalaria o en costos administrativos del hospital con la excepción del ISS donde no se ha podido determinar el impacto. El ISS inició un sistema de pago basado en "paquetes de diagnóstico" (estilo DRG`s) y a la fecha tienen más de 60 definidos. Para esta institución el pago del servicio a través de paquetes y no por servicio prestado ha contribuido al incrementar la eficiencia y al controlar la utilización.
- Todas las formas de contratación implican un riesgo, es decir la posibilidad de asumir un costo inesperado. Se hizo esta pregunta a todas la EPS e IPS y la mayoría respondieron que a través de la capitación el riesgo es casi siempre compartido, salvo que en algunos casos pueden ser la EPS si la UPC es incorrecta, y en otros casos pueden ser las IPS, quienes asumen el riesgo financiero por sus ineficiencias administrativas internas.
- Los contratos para la gran parte de las EPS entrevistadas se hacen por un año, con excepción del ISS donde los contratos pueden durar entre dos y 12 meses. Razones para la cancelación de contratos son: quejas de los usuarios, mala calidad en la prestación del servicio, irregularidades en el pago o recobro, excesivas remisiones.
- Casi todos los contratos ofrecidos contienen servicios similares: Plan Obligatorio de Salud (POS), Planes Complementarios (PAC) y en algunos casos Planes para el Régimen Subsidiado. Las EPS compiten entre ellas por afiliados a través de la libre escogencia, y por el contenido de los planes complementarios. Vale la pena anotar que existen muchos vacíos en la reglamentación del PAC por lo tanto no es explícito el contenido del paquete. Muchos planes complementarios se diferencian por la prima, el contenido⁴ el grado de escogencia entre los proveedores, y la red propia de proveedores. La medicina prepagada, que

⁴ Tratamientos cosméticos y cirugías, ortodoncia, tratamiento de enfermedades crónicas, transplantes, medicamentos especiales y equipamiento especial (silla de ruedas, muletas, etc.)

dominaba el mercado privado antes de la reforma se sigue ofreciendo a estratos altos de la población, por consiguiente no existe una distinción explícita entre los planes y la medicina prepagada. Además, con la existencia de tantos paquetes, muchas EPS consideran que el potencial de acabar con el principio de un "paquete universal" se pone en peligro, el problema es que se vuelvan paralelos con el POS y se pague dos veces por el mismo contenido. El ISS solamente ofrece el Plan Obligatorio de Salud.

- Muchas EPS se quejan que han tenido problemas con la contratación de algunos servicios en ciertas zonas del país en donde realmente no permiten el funcionamiento de la Ley 100 y por lo tanto crean mucha resistencia. Servicios como anestesia, neurocirugía, medicina nuclear y en algunas instancias servicios de urgencia se encuentran entre los más difíciles de contratar. Esto se debe a la escasez en la oferta de servicios sobre todo en pequeñas ciudades, a veces por la prestación de mala calidad o por malas tarifas.
- Al problema de las malas tarifas se le suma el de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) que no alcanza a cubrir gastos de las EPS, tema que lleva desde la aprobación de la nueva reforma sobre la mesa del Gobierno. Para el sector de las EPS se presentan varias distorsiones del tema que han quedado sin resolver, por ejemplo: (1) el Gobierno no ha controlado los insumos a través de las normas de unificación pertinentes; (2) el Gobierno impuso una rebaja a la UPC sobre la establecida en un comienzo, por problemas en la subcuenta del Fondo de Solidaridad y Garantía, más que por la razón técnica de que el Plan de salud tenga ese valor real y a la fecha no se le ha hecho el ajuste técnico necesario a la UPC y; (3) el aumento de la UPC en el porcentaje de la inflación no se compadece con el incremento en el índice de precios del sector.
- El ISS ha terminado contratos porque otras IPS discriminan contra sus afiliados. Estas mismas IPS no reconocen las tarifas del ISS e insisten en el pago de las tarifas/SOAT que suelen ser más costosas (más adelante veremos el problema que se está generando en el sector por la falta de un sistema de tarifas unificadas). Las tarifas ISS y SOAT tienden a exceder los costos en promedio de los servicios. El conjunto de EPS entrevistadas utilizan las tarifas SOAT pero en muchos casos tratan de establecer sus propias tarifas y se pagan por servicio prestado. Una de las EPS entrevistadas, relató que muchas de las IPS públicas no contratan servicios con ellos porque perciben como inadecuadas las tarifas del ISS y del SOAT, por lo tanto estas EPS prefieren contratar los servicios con IPS particulares o privadas y negocian sus propias tarifas.
- Aparte del problema con las tarifas, para las EPS es más fácil contratar los servicios con particulares porque no tienen que enfrentarse con problemas como la burocracia, la falta de sistemas de costos y a veces de una contabilidad sencilla. Muchas EPS utilizan cuotas moderadoras y copagos, con la excepción del ISS por una decisión política interna del Instituto. Esto ha generado un ambiente de malestar entre las EPS privadas y el ISS porque las EPS consideran que el ISS siempre tendrá la ventaja mientras siga siendo el que financia y provee los servicios, por esto, muchas EPS no contratan con el ISS porque no existe una competencia justa. El ISS no tuvo comentario con respecto a esta anotación. Vale la pena mencionar que estas cuotas moderadoras y copagos no han sido reguladas en su totalidad y por lo tanto están creando problemas para las EPS. No existe claridad sobre los montos previstos originalmente por la Ley 100, las

categorías para las cuotas y copagos no han sido simplificadas y no se ha establecido un régimen de cuotas y copagos para quienes realicen deportes peligrosos o no adopten conductas de autocuidado de la salud, por esto las EPS han asumido gastos innecesarios por la falta de claridad. Otras razones por la cual las EPS perciben una competencia desleal en el sector se deben a la falta de vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud, pues dicha entidad no ha establecido las reglas claras sobre la capacidad máxima de afiliación ni sobre el contenido de los contratos que se elaboran o el contenido de los planes complementarios que se mencionó anteriormente.

- El Presidente de la Asociación de Hospitales, representante de las IPS, con quien se sostuvo una entrevista, informó que sí se percibe un cambio evidente en cuanto a la capacidad de las IPS, caracterizado especialmente por el esfuerzo de todas las entidades por tener una mejor información administrativa-financiera, lo cual les ha permitido tomar decisiones con mayor seguridad. También es evidente el esfuerzo por mejorar su dotación de equipos y la misma apariencia de sus instalaciones, todo con el fin obviamente de poder competir mejor. La capacidad de competir ha aumentado en la mayoría de las instituciones, además de ser una consecuencia de lo anterior, por dos razones adicionales: acomodaron sus sistemas administrativos y financieros para hacerlo y las organizaciones y sus funcionarios son conscientes de la necesidad de competir. A pesar de esto, las IPS opinan que de ninguna manera se ha logrado una competencia justa entre las EPS y las IPS. En gran parte el problema se debe a que el Ministerio no haya establecido tarifas justas para el SOAT y todas aquellas obligatorias, y de parte de la Superintendencia Nacional de Salud la vigilancia ha sido injusta, pues se ha dedicado a vigilar principalmente a las IPS, dejando una vigilancia muy parcial a los demás componentes del sistema. Las EPS son mucho más fuertes y el Estado de cierta manera ha ayudado a ese desequilibrio porque la Ley permite que las EPS presten servicios directamente y la vigilancia ha sido menos drástica que sobre las IPS, siendo las EPS las de un mayor poder económico. La carencia más grave para las IPS es que no existe un sistema uniforme de contabilidad de costos en la Instituciones, y peor aún muchos administradores no perciben la importancia de tener dicho sistema, razón que puede llevar a la bancarrota a muchas Instituciones.
- Los ingresos económicos de las IPS se han visto afectados principalmente por las tarifas SOAT que perjudican al sector de la salud en su totalidad. Por ejemplo, en los primeros meses de 1996 las IPS atravesaron por una situación de iliquidez, situación que ha llevado a demorar pagos a los proveedores de medicamentos e insumos. También se han presentado graves demoras en el pago de los servicios por parte de la mayoría de EPS, de manera que el pago oportuno, de 30 días es realmente una rareza. Entretanto, la mayoría de las obligaciones de las IPS son inaplazables, sobre todo de índole laboral. Según el entrevistado, el desfase entre las tarifas y el aumento de costos para hospitales y clínicas en este momento sobrepasan el 30% en este año. Por estas condiciones, las IPS consideran de gravedad y urgencia el tema en el cuál que se debe tener en cuenta que las tarifas SOAT han sido convertidas por muchos en las tarifas guías de todo el sistema. El problema está en que las tarifas no solo se han convertido en un mecanismo de remuneración sino que están regulando todo el sistema de seguridad social.

Observaciones sobre la Calidad y la Tecnología

- El tema de la competencia nos orienta hacia el estado de la calidad con estas nuevas modalidades de contratación y pago. Para muchas EPS, la calidad se mantiene desde antes de la reforma, sin embargo la introducción de la competencia regulada al sector ha hecho que las organizaciones se modernicen y se armen de elementos básicos de eficiencia técnica. El Gobierno no ha establecido los estándares mínimos para la calidad porque no es claro a quien le pertenece (nivel local, regional o nacional). Las EPS han establecido sistemas para el manejo de quejas para proteger al consumidor y poder dar soluciones inmediatas. En muchos casos, las EPS están utilizando sistemas de credenciales y reclutamiento para asegurar la calificación de los médicos y proteger al usuario. Para la mayoría de las EPS entrevistadas, el costo administrativo de las entidades se ha incrementado para poder asegurar una mejor calidad de atención al usuario. Este incremento ha sido a costa de los médicos, pues muchas veces por incrementar la calidad de servicios se le exige mucho más al médico pero sin ninguna compensación financiera. Desde el punto de vista de los médicos entrevistados, no existe ningún incentivo para la entrega de una provisión de servicios de alta calidad. No existe evidencia tampoco que los médicos estén utilizando tratamientos o procedimientos más costo-efectivos bajo estas modalidades de pago. Algunas EPS están iniciando "protocolos de atención" para que los médicos cumplan con un estándar mínimo de calidad.
- Para muchos médicos la dignidad médica ha sido aplastada exageradamente en su oferta laboral sin que hayan sido tenidos en cuenta en la formulación de la nueva Ley. El médico comienza a compensar volumen con tiempo y el trato humano, la atención integral y la preocupación por aspectos diferentes del síntoma principal, se convierten en lujos innecesarios. Ellos consideran que los consultorios, los equipos, incluso los pacientes se rotan entre varios médicos para maximizar utilidades de las EPS. Las formas de pagos actuales a los médicos no incentivan la preparación invertida ni la experiencia adquirida⁵; los médicos no se sienten partícipes de las empresas, que no velan por la protección de sus intereses. En muchas instancias los médicos consideran que están regalando su trabajo especialmente si los beneficiados no son pacientes de bajos recursos sino según ellos empresas burocráticas. Para ellos cada día se deteriora cada vez más la calidad de vida de los profesionales de la medicina y amenaza el futuro de la salud de los colombianos. Según ellos, la calidad y la adecuada remuneración de servicios prestados son dos puntos que requieren la máxima atención y deben ser preocupación de todo el sistema. Muchos médicos han optado por ser proactivos con el cambio presentado asociándose y constituyendo pequeñas o medianas IPS con grandes inversiones en tecnología, asumiendo que los ingresos del laboratorio clínico, de las imágenes diagnósticas o de los tratamientos ricos en tecnología compensan los ingresos perdidos por la consulta médica.

⁵ Según un pediatra entrevistado, una consulta médica con medicina prepagada se le pagaba \$18,000 y con el POS se paga \$6,400. Se está afectando la tecnología, pues muchas EPS no invierten en aparatos especiales. Los pagos se demoran, fallas en el sistema. Una ginecóloga entrevistada contó que para realizar un parto le pagan \$18,000.

- Las EPS han creado Juntas de Aprobación para controlar los altos costos de la tecnología así no comprometen la calidad. Curiosamente, muchas EPS no han establecido criterios para evaluar o priorizar la necesidad de nuevas tecnologías. Hasta el momento es difícil concluir si la adquisición de nueva tecnología esté sujeta a la UPC, aunque todas las EPS entrevistadas consideran que no es suficiente para nuevas inversiones en tecnologías. Finalmente, dado que la forma de pago a las IPS sigue siendo el pago por servicio, esto ha causado un incremento en ciertos procedimientos tecnológicos.

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Esta sección presenta las conclusiones del estudio y las recomendaciones más importantes que provienen de la evaluación de los logros y los problemas encontrados entre las EPS y las IPS.

Se observa que la implementación de la reforma no está aún madura para poner en práctica complejas formas de contratación o mecanismos de pago y por lo tanto el Gobierno debe concentrarse en cultivar las condiciones mínimas para desarrollar el modelo de competencia regulada que introdujo la Ley 100. Para que la reforma tenga éxito, existen algunos obstáculos que se deben superar como:

1. La existencia de adecuados sistemas de información para realizar un seguimiento de la utilización, costos y calidad de los servicios prestados.

Es necesario reducir la cantidad de requerimientos innecesarios y duplicidad de información de los proveedores y de las entidades promotoras de salud. El sistema necesita urgentemente un sistema uniforme a nivel nacional de contabilidad de costos e información clínica al igual que la revisión completa de las tarifas del SOAT y del ISS, utilizando costos confiables y de alta calidad. Según las IPS entrevistadas, existen sistemas de información para facturación, nómina, contabilidad y registros clínicos pero la mayoría son manuales y no computarizados. Al no ser así las IPS seguirán contratando los servicios de II y III nivel por servicio prestado y el objetivo de contenimiento de costos y uso racional no se cumplirá. Así mismo el Ministerio de Salud y la Superintendencia de Salud deben fortalecer sus sistemas de información para que la regulación del sistema y la fijación de la UPC funcionen. Los criterios para la fijación de la UPC deben ser transparentes con el fin de establecer una buena relación entre las EPS, IPS y el Estado.

2. Una mayor capacidad de gestión y de organización para que las EPS y las IPS puedan operar eficientemente.

Aunque las IPS están demostrando algunas capacidades de preparación para el nuevo modelo de atención, siguen careciendo de asistencia técnica. Por ejemplo, los

administradores de las IPS necesitan entrenamiento en contratación, es decir las IPS necesitan herramientas gerenciales, planes estratégicos y conocimiento sobre el mejoramiento de la calidad.

3. Fortalecimiento del papel regulador del Estado.

En el momento es evidente su ausencia lo cual ha permitido que existan las asimetrías en la información (no solo entre las EPS e IPS sino entre las EPS/IPS y los usuarios) por consiguiente se está favoreciendo el desarrollo desigual de las fuerzas del mercado de salud. Las normas que se le han impuesto a todas las EPS de deben aplicar también al ISS, asegurando la competencia leal entre las EPS.

Sin embargo, sí se están aplicando determinados mecanismos para introducir paulatinamente las diversas formas de pago con el fin de que la salud se convierta en un mercado más competitivo. Como conclusión contundente, se observa que las EPS están utilizando diversas formas de la competencia regulada especialmente para contener costos. En ciertos casos algunas EPS están construyendo sus propios centros ambulatorios o de atención primaria en donde hay una provisión de los servicios y un sistema de referencia y contrareferencia a los especialistas y hospitales. Por otro lado, algunas EPS contratan los mismos servicios con grupos de médicos o asociaciones conservando la función de *gatekeepers*. Se observa comúnmente el pago por servicio, la capitación, el pago por salario y en algunos casos, una mezcla de la capitación y el pago por servicio. Esto ofrece ventajas para la puesta en ejecución de formas de contratación más eficientes en el mediano y largo plazo y está acorde con las realidades del país y la capacidad institucional en el momento.

BIBLIOGRAFÍA

- Aas Monrad I.H. 1995. "Incentives and Financing Methods". *Health Policy* 34 (1995) ✓
205-220.
- Barnum, Howard, Joseph Kutzin y Helen Saxenian. 1994. "Incentives and Provider ✓
Payment Methods". World Bank Technical Paper.
- Bodneheimer, Thomas, y Kevin Grumbach. 1994. "Reimbursing Physicians and
Hospitals". *Journal of American Medical Association*, Volume 272, No.12 :971-
977.
- Coulam, Robert F. y Gary L. Gaumer. 1992 "Medicare's Prospective Payment System :
A Critical Appraisal". *Health Care Financing Review* 1991 Annual
Supplement :45-77.
- Esguerra, Roberto. 1996. "Aún no es Hora de Reformar la Ley 100". Documento no
publicado.
- Gutiérrez, Catalina., Carlos Gerardo Molina, Andrea Wüllner y Ursula Giedion. 1993. ✓
"Las Formas de Contratación entre Prestadoras y Administradoras de Salud : Sus
Perspectivas en el Nuevo Marco de la Seguridad Social". GEHOS. Colombia.
- Ministerio de Salud - Universidad de Harvard. "Report on Colombia Health Care Reform
and Proposed Master Implementation". 1996.
- Oxley, Howard y Maitland MacFarland. 1994. "Health Care Reform Controlling
Spending and Increasing Efficiency". Organization for Economic Cooperation and
Development, OECD. Economic Department Working Papers No. 149.Paris.
- Van de Ven, Wynand P.M.M. y René C.J.A. Van Vliet. 1992. "How Can We Prevent ✓
Cream Skimming in a Competitive Health Insurance Market ?" En Peter Zweifel
and H.E. Frech III. Eds. *Health Economics Worldwide*. Dordrecht, The
Netherlands. Kluwer Academic Publishers.
- World Bank. 1993a. *The Organization, Delivery and Financing of Health Care in
Brazil*. Report 12655-BR, Latin America and the Caribbean Country Department I,
Human Resources Division. Washington, D.C. The World Bank.
- World Bank. 1993b. World Bank Development Report 1993 : Investing in Health. New
York : Oxford University Press.

Serie Financiamiento del Desarrollo **

- | No. | Título |
|-----|--|
| 1 | "Regulación y supervisión de la banca en la experiencia de liberalización financiera en Chile (1974-1988)" (LC/L.522), noviembre de 1989 |
| 2 | "Ahorro e inversión bajo restricción externa y focal. El caso de Chile 1982-1987" (LC/L.526), diciembre de 1989 |
| 3 | "Los determinantes del ahorro en México" (LC/L.549), febrero de 1990 |
| 4 | "Ahorro y sistemas financieros: experiencia de América Latina. Resumen y conclusiones" (LC/L.553), abril de 1990 |
| 5 | "La cooperación regional en los campos financiero y monetario" (LC/L.603), noviembre de 1990 |
| 6 | "Regulación del sistema financiero y reforma del sistema de pasivos: experiencias de América Latina" (LC/L.609), enero de 1991 |
| 7 | "El leasing como instrumento para facilitar el financiamiento de la inversión en la pequeña y mediana empresa de América Latina" (LC/L.652), noviembre de 1991 |
| 8 | "Regulación y supervisión de la banca e instituciones financieras" (LC/L.655), noviembre de 1991 |
| 9 | "Sistemas de pensiones de América Latina. Diagnóstico y alternativas de reforma" (LC/L.656), noviembre de 1991 |
| 10 | "¿Existe aún una crisis de deuda latinoamericana?" (LC/L.664), diciembre de 1991 |
| 11 | "La influencia de las variables financieras sobre las exportaciones bajo un régimen de racionamiento de crédito: una aproximación teórica y su aplicación al caso chileno" (LC/L.721), noviembre de 1992 |
| 12 | "Las monedas comunes y la creación de liquidez regional" (LC/L.724), diciembre de 1992 |
| 13 | "Análisis estadístico de los determinantes del ahorro en países de América Latina. Recomendaciones de política" (LC/L.755), junio de 1993 |
| 14 | "Regulación, supervisión y desarrollo del mercado de valores" (LC/L.768), julio de 1993 |
| 15 | "Empresas de menor tamaño relativo: algunas características del caso brasileño" (LC/L.833), mayo de 1994 |

** El lector interesado en números anteriores de esta serie puede solicitarlos dirigiendo su correspondencia a la Unidad de Financiamiento de la División de Comercio Internacional, Transporte y Financiamiento, CEPAL, Casilla 179-D, Santiago de Chile.

- 16 "El acceso de las pequeñas y medianas empresas al financiamiento y el programa nacional de apoyo a la PYME del Gobierno chileno: balance preliminar de una experiencia" (LC/L.834), mayo de 1994
- 17 "La experiencia en el financiamiento de la pequeña y mediana empresa en Costa Rica" (LC/L.835), mayo de 1994
- 18 "Acceso a los mercados internacionales de capital y desarrollo de instrumentos financieros: el caso de México" (LC/L.843), junio de 1994
- 19 "Fondos de pensiones y desarrollo del mercado de capitales en Chile: 1980-1993" (LC/L.839), mayo de 1994
- 20 "Situación y perspectivas de desarrollo del mercado de valores del Ecuador" (LC/L.830), junio de 1994
- 21 "Integración de las bolsas de valores en Centroamérica" (LC/L.856), agosto de 1994
- 22 "La reanudación de las corrientes privadas de capital hacia América Latina: el papel de los inversionistas norteamericanos" (LC/L.853), agosto de 1994
- 23 "Movimientos de capitales, estrategia exportadora y estabilidad macroeconómica en Chile" (LC/L.854), agosto de 1994
- 24 "Corrientes de fondos privados europeos hacia América Latina: hechos y planteamientos" (LC/L.855), agosto de 1994
- 25 "El movimiento de capitales en la Argentina" (LC/L.857), agosto de 1994
- 26 "Repunte de los flujos de capital y el desarrollo: implicaciones para las políticas económicas" (LC/L.859), agosto de 1994
- 27 "Flujos de capital: el caso de México" (LC/L.861), agosto de 1994
- 28 "El financiamiento latinoamericano en los mercados de capital de Japón" (LC/L.862), agosto de 1994
- 29 "Reforma a los sistemas de pensiones en América Latina y el Caribe" (LC/L.879), febrero de 1995
- 30 "Acumulación de reservas internacionales: sus causas efectos en el caso de Colombia" (LC/L.901), julio de 1995
- 31 "Financiamiento de las unidades económicas de pequeña escala en Ecuador" (LC/L.903), septiembre de 1995
- 32 "Acceso de la pequeña y microempresa al sistema financiero en Bolivia: situación actual y perspectivas" (LC/L.907), septiembre de 1995
- 33 "Private international capital flows to Brazil" (LC/L.909), octubre de 1995

- 34 "Políticas de financiamiento de las empresas de menor tamaño: experiencias recientes en América Latina" (LC/L.911), octubre de 1995
- 35 "Flujos financieros internacionales privados de capital a Costa Rica" (LC/L.914), octubre de 1995
- 36 "Distribución del ingreso, asignación de recursos y shocks macroeconómicos. Un modelo de equilibrio general computado para la Argentina en 1993" (LC/L.940), mayo de 1996
- 37 "Operación de conglomerados financieros en Chile: una propuesta" (LC/L.949), julio de 1996
- 38 "Efectos de los shocks macroeconómicos y de las políticas de ajuste sobre la distribución del ingreso en Colombia" (LC/L.965), agosto de 1996
- 39 "Nota sobre el aumento del ahorro nacional en Chile, 1980-1994" (LC/L.984), octubre de 1996
- 40 "Flujos de capital externo en América Latina y el Caribe: experiencias y políticas en los noventa" (LC/L.1002), abril de 1997
- 41 "Surgimiento y desarrollo de los grupos financieros en México" (LC/L.1003), abril de 1997
- 42 "Costa Rica: una revisión de las políticas de vivienda aplicadas a partir de 1986" (LC/L.1004), junio de 1997
- 43 "Choques, respuestas de política económica e distribución de renta no Brasil" (LC/L.1005), junio de 1997
- 44 "Distribución del ingreso, shocks y políticas macroeconómicas" (LC/L.1006), mayo de 1997
- 45 "Pension reforms in Central and Eastern Europe: necessity, approaches and open questions" (LC/L.1007), abril de 1997
- 46 "Financiamiento de la vivienda de estratos de ingresos medios y bajos: la experiencia chilena" (LC/L.1008), mayo de 1997
- 47 "La reforma a la seguridad social en salud de Colombia y la teoría de la competencia regulada" (LC/L.1009), mayo de 1997
- 48 "On economic benefits and fiscal requirements of moving from unfunded to funded pensions" (LC/L.1012), junio de 1997
- 49 "Eficiencia y equidad en el sistema de salud chileno" (LC/L.1030), julio de 1997
- 50 "La competencia manejada y reformas para el sector salud de Chile" (LC/L.1031), julio de 1997

- 51 "Mecanismos de pago/contratación del regimen contributivo dentro del marco de seguridad social en Colombia" (LC/L.1032), julio de 1997