

MECANISMOS DE PAGO POR TERCEROS EN LOS MICROSEGUROS DE SALUD: SOLUCIONES Y CONSEJOS PRÁCTICOS

Pascale Le Roy y Jeanna Holtz
Octubre 2011

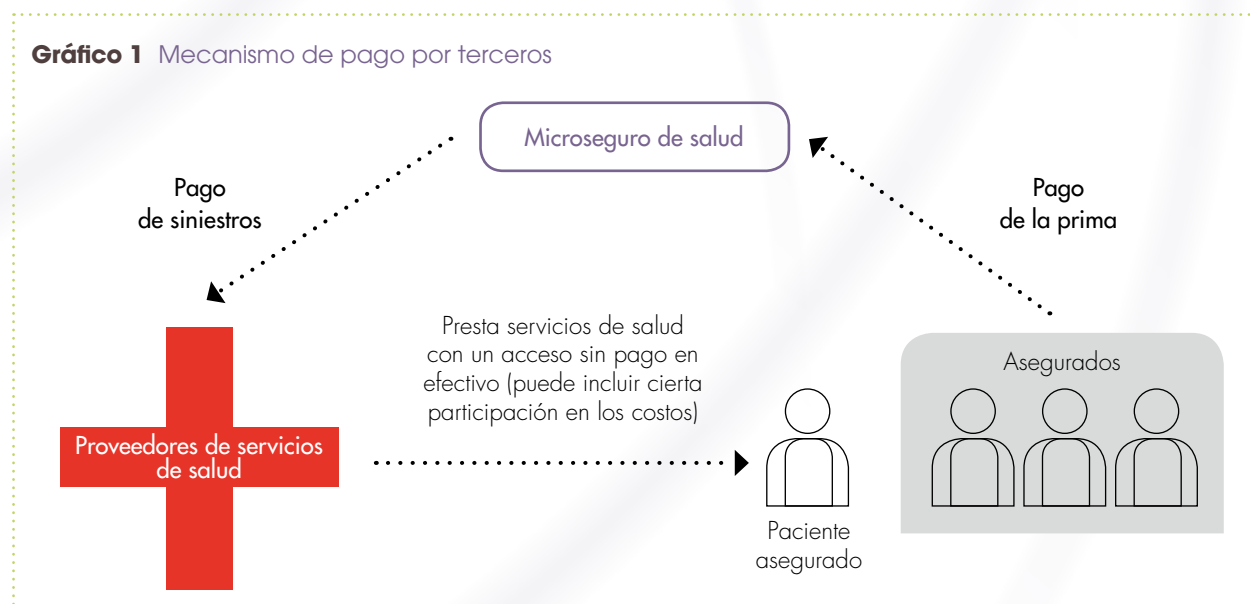
Algunos programas de microseguro de salud exigen que los pacientes paguen en efectivo en el momento en que se les presta servicios de salud, y reciben el reembolso de la compañía de seguros posteriormente. En el caso de los hogares de bajos ingresos, esto puede constituir un gran obstáculo financiero. Una forma habitual de mitigar este obstáculo es establecer un mecanismo de pago por terceros con proveedores de servicios de salud seleccionados.

Un mecanismo de pago por terceros es una modalidad de pago de siniestros que no exige a los pacientes pagar todo el costo de los servicios de salud cubiertos por el programa de microseguro de salud en el momento de la prestación de los servicios (véase el gráfico 1). A excepción de toda participación en el costo (por ejemplo: copagos o deducibles), un paciente asegurado no tiene gastos de bolsillo en el momento del servicio, sino que un tercero (el programa de microseguro de salud u otra entidad en su nombre) paga al proveedor de asistencia médica los servicios prestados al paciente.

Esta nota¹ se basa en las experiencias de profesionales de microseguros de salud en los países en desarrollo, así como en un examen detallado de siete programas, en entrevistas a 19 expertos y en una encuesta a profesionales establecidos en 21 países. En él se identifican enseñanzas relacionadas con el establecimiento y la gestión de mecanismos de pago por terceros para proporcionar acceso “sin pago en efectivo”² a las personas aseguradas.

Los programas de microseguro de salud con un mecanismo de pago por terceros deben establecer y mantener normas mínimas para cada proveedor participante y para toda la red de proveedores. Estas normas deberían abordar la conveniencia de tres dimensiones clave: el acceso a la asistencia médica, el costo y la calidad de la asistencia médica. A continuación se resumen soluciones y consejos prácticos para las tres dimensiones.

Gráfico 1 Mecanismo de pago por terceros



¹ Esta nota está extraída del Microinsurance Paper núm. 13, que contiene citas pertinentes e información detallada sobre la metodología y los casos examinados. El documento puede consultarse en el sitio Web: www.ilo.org/microinsurance. Pascale Le Roy forma parte del Groupe de Recherche et d'Échanges Technologiques (GRET), y Jeanna Holtz trabaja para el Fondo para la Innovación en Microseguros de la OIT.

² También puede hacerse referencia a los mecanismos de pago por terceros como regímenes de microseguro de salud sin efectivo, acuerdos de reclamaciones sin efectivo, sistemas sin efectivo, o prestaciones sin efectivo. El término "sin efectivo" puede aplicarse con independencia de que el acceso del paciente asegurado sea realmente sin efectivo o de que conlleve una participación en el costo.

ASEGURAR EL ACCESO A LA ASISTENCIA MÉDICA

La primera dimensión de la conveniencia está relacionada con el acceso a los servicios a través de proveedores de asistencia médica seleccionados. Al igual que sucede con los programas de seguro de salud regulares, es preciso evaluar el entorno normativo y la ubicación y las ofertas de servicios de los proveedores de asistencia médica para determinar cuáles de ellos podrían ser socios pertinentes del programa de microseguro de salud. Los programas de microseguro de salud requieren proveedores de asistencia médica que estén de acuerdo con:

- cumplir unas normas mínimas respecto de la calidad de la asistencia médica, idealmente bajo la supervisión de un asesor médico del régimen de microseguro de salud;
- controlar regularmente la calidad de la asistencia médica, tanto a nivel interno como por profesionales de la asistencia médica externos;
- recibir un pago por los servicios prestados de conformidad con las condiciones acordadas, y utilizar tarifas razonables;
- utilizar sistemas de facturación y de contabilidad transparentes;
- seguir un procedimiento aceptable para verificar las condiciones de elegibilidad de los pacientes;
- intercambiar información con el programa de microseguro de salud sobre la utilización de los servicios de asistencia médica por parte de los asegurados, y
- apoyar potencialmente la presencia de personal de un programa de microseguro de salud (por ejemplo, un servicio de asistencia) con objeto de prestar asistencia a los miembros del programa de microseguro de salud.

GESTIONAR EL COSTO

Una vez seleccionados los posibles proveedores de servicios de salud, el éxito de un mecanismo de pago por terceros depende de que se aplique una modalidad de pago apropiada y de que se armonicen los incentivos financieros para fomentar la prestación de servicios de salud apropiados. Con objeto de gestionar los costos, el régimen de microseguro de salud también debe gestionar el riesgo moral y los riesgos de fraude tanto de los proveedores de asistencia médica como de los clientes.

Negociar la modalidad de pago

Con un mecanismo de pago por terceros, los programas de microseguro de salud suelen pagar a los proveedores de asistencia médica contratados con arreglo a una modalidad de pago establecida de antemano. A continuación se describen a grandes rasgos cuatro modalidades de pago frecuentes. Cada modalidad proporciona diferentes incentivos o medidas disuasorias para que los proveedores controlen el costo y la calidad de los servicios:

Pago retroactivo sobre la base del pago por servicio

prestado: se paga a los proveedores de servicios de salud ("à la carte") por cada servicio prestado que esté cubierto por el programa de microseguro de salud. Los pagos por servicio prestado pueden basarse en una tarifa fija por servicio, o por grupo de servicios (por ejemplo, el pago de una suma determinada por una reparación de hernia). Por lo general, los pagos por servicio prestado se basan en un porcentaje de los cargos facturados por el proveedor de servicios de salud (por ejemplo, cuando el "descuento" equivale al "porcentaje deducido" de los cargos facturados). En este caso, los pagos no son fijos; dependen de los cargos presentados. Por lo tanto, los acuerdos de aplicación de un descuento al pago por servicio prestado son fáciles de manipular (por ejemplo, exagerando simplemente los cargos facturados). Establecer una comisión fija equivalente (al menos para servicios cuantiosos) puede ser una forma de mitigar esto; otro método es analizar los cargos del proveedor de servicios de salud para identificar tendencias sospechosas o casos extremos con miras a una intervención.

Pago retroactivo basado en cada caso: se paga a los proveedores de servicios de salud una suma global, normalmente por todos los servicios prestados en relación con una hospitalización o un episodio de atención de salud que puede incluir asistencia médica anterior y posterior a la hospitalización. Los pagos por caso pueden ser constantes, o pueden variar de conformidad con variables como el diagnóstico o la edad de un paciente, que pueden influir notablemente en el costo del tratamiento.

Pago retroactivo por día: se paga a los proveedores de asistencia médica una suma global por día de hospitalización. Las dietas pueden variar en función del tipo de servicio o de



© OTT Crozet M.



cama, como los cuidados intensivos frente a días en que se utilizan la sala de operaciones o salas médicas.

Pago eventual por capitación: se paga a los proveedores de servicios de salud una suma fija por afiliado – por “cabeza” – durante un período definido, normalmente un año. Los pagos por capitación no se ven afectados por la utilización de los servicios (volumen y tipo) que haga el asegurado; se hacen con carácter prospectivo (con antelación) al proveedor de asistencia médica que elija el afiliado. La capitación puede aplicarse a un servicio específico o un conjunto de servicios específicos de salud, como la atención primaria de salud (ambulatoria), o puede aplicarse a nivel “global”, es decir, para todos los servicios de asistencia médica, incluida la atención primaria, secundaria o terciaria de salud. La capitación puede ser una forma apropiada de compensar a los proveedores por eventos de salud muy frecuentes / de bajo costo (es decir, más predecibles), incluida la atención servicio dispensado, pero requieren medidas adicionales para controlar la calidad de la asistencia médica. Las

modalidades de pago mixtas (es decir, capitación para los servicios de atención primaria de salud y por caso para los casos de hospital) pueden ser adecuados en muchos aspectos, pero complican a menudo la administración y aumentan los costos primaria de salud (ambulatoria). Esto obedece a que es más fácil estimar por adelantado la frecuencia con la que las personas necesitarán recibir atención primaria de salud en un período determinado y el costo aproximado de la misma. La capitación es más eficaz cuando puede lograrse un número importante de afiliados con un proveedor de servicios de salud determinado, y cuando el proveedor puede proporcionar todo tipo de servicios de salud. La capitación puede reducir los costos administrativos, porque no es necesario procesar las reclamaciones por cada encuentro (véase el recuadro 1).

Las modalidades de pago que transfieren cierto riesgo financiero a los proveedores de asistencia médica (basada en cada caso, por día o capitación) tienen un mayor potencial de contener los costos que el pago por gestión.

Limitar el peligro moral y el fraude

El riesgo moral y el fraude son desafíos corrientes asociados al seguro de salud. Dado que los pacientes asegurados de los programas de microseguro de salud con un mecanismo de pago por terceros no asumen el costo de la asistencia médica en el momento en que se presta el servicio, la incidencia del riesgo moral puede aumentar, ya que los clientes pueden considerar que la asistencia médica es gratuita y utilizar servicios adicionales que tal vez sean innecesarios. Del mismo modo, los proveedores de asistencia médica pueden considerar que la compañía de seguros tiene una mayor capacidad financiera, y determinar por tanto que existe una mayor oportunidad de prestar servicios que estén cubiertos, pero que tal vez no sean necesarios desde el punto de vista médico.

Recuadro 1 Experiencia de GRETSKY materia de capitación

El objetivo de GRETSKY (Camboya) era proporcionar libre acceso a la atención primaria de salud. GRETSKY consideró que la capitación era el mejor método, porque podía limitar los costos administrativos y el riesgo financiero para el régimen de microseguro de salud. Establecer un acuerdo de pago por capitación exigía negociaciones prolongadas para aportar respuestas a las preocupaciones de los proveedores de servicios de salud públicos en relación con la generación de ingresos suficientes. Varios factores lograron que esta negociación fuera fructífera:

- el programa contó con el apoyo del Ministerio de Salud y de la autoridad de salud local;
- los primeros centros de salud pública contratados fueron apoyados por una ONG internacional que estuvo abierta a modalidades de pago alternativas;
- los establecimientos de salud pública contratados tenían un exceso de capacidad y buscaban más pacientes;
- todos los cálculos encaminados a determinar el monto de la capitación eran transparentes para todas las partes;
- GRETSKY compensaba toda pérdida financiera experimentada por el proveedor de servicios de salud durante el primer año si los cargos por los servicios prestados superaban el monto de la capitación, y
- cuando el número de clientes asegurados era limitado y los proveedores eran reticentes a participar, el pago de la capitación por cliente se incrementó con objeto de garantizar un monto mínimo de ingresos a los prestatarios participantes. Este incremento de la capitación por miembro disminuyó gradualmente a medida que aumentó el número de miembros, y entonces fue constante.

GRETSKY evalúa anualmente la conveniencia del monto de la capitación, con miras a lograr la viabilidad financiera de ambas partes. El monto de la capitación ha disminuido progresivamente para muchos prestatarios de servicios de salud contratados, ya que las tasas se incrementaron inicialmente para fomentar la participación. La experiencia de GRETSKY muestra que se tardó aproximadamente dos años en eliminar la subvención de las tasas de capitación.

A continuación se facilitan algunos ejemplos del modo en que los programas **gestionan el riesgo moral**:

Concepción de productos: limitar las prestaciones totales máximas por persona por atención hospitalaria. Éste puede ser un modo eficaz de limitar la exposición al riesgo, pero limita las prestaciones de asistencia médica necesarias para aquéllos que incurrir en reclamaciones catastróficas. A su vez, esto puede reducir el valor real y percibido del régimen de microseguro de salud desde la perspectiva del cliente, haciendo difícil lograr un “equilibrio apropiado”.

Administración de siniestros: analizar los reclamaciones y los datos relativos a la utilización. Diversos indicadores relacionados con costos elevados (o bajos) o con la utilización pueden ayudar a identificar casos de riesgo moral. Entre ellos podrían figurar: el número y el costo de los siniestros, la frecuencia y el costo por unidad, la duración promedio de las hospitalizaciones, la tasa de siniestralidad en que se incurre, los cargos facturados como porcentaje de la capitación total (para los programas con capitación). La supervisión de rutina (por ejemplo, mensual) de indicadores clave de rendimiento es esencial para supervisar el rendimiento del régimen e identificar ámbitos potenciales de peligro moral o de fraude. La interpretación de estos indicadores exige poder acceder a un sistema de información desarrollado y tener conocimientos para analizar los datos.

Gestión médica: realizar controles de la gestión de la utilización. Intervenciones como la autorización previa o el examen simultáneo pueden permitir gestionar tanto el costo como la calidad en un período posterior y reducir al mismo tiempo el riesgo moral. Sin embargo, dichas actividades (por ejemplo, aplicar directrices para el tratamiento) pueden ser complejas y costosas de administrar, y con frecuencia son consideradas una complicación tanto por los proveedores como por los clientes. Por ejemplo, First Microinsurance Agency (FMiA) en Pakistán solía examinar los siniestros dos veces antes de remitirlas a la compañía de seguros para efectuar el pago: un primer examen se realiza en el momento de la liquidación por un responsable de ventas, que tiene la opción de remitir las reclamaciones cuestionables para un segundo examen de un asesor médico de FMiA.

Las lecciones aprendidas de los estudios de caso muestran que los profesionales de microseguros de salud comprenden que no es realista establecer un objetivo de fraude cero. Entre las estrategias encaminadas a **controlar el fraude** se cuentan las siguientes:

- **Expedir una tarjeta de seguro individual o familiar**, por lo general con una fotografía. Algunos programas de microseguro de salud examinados utilizan tarjetas inteligentes para verificar si los pacientes cumplen las condiciones establecidas.
- **Verificar la identificación a través de un oficial de enlace:** Un oficial de enlace puede fomentar

© OIT Lord R.



una “cultura del cliente” ayudando a los clientes a comprender mejor las prestaciones del programa, y aliviar la carga impuesta a los proveedores de asistencia de salud de verificar si los pacientes cumplen las condiciones de elegibilidad. Tener un enlace del seguro dentro de los establecimientos de salud contratados conlleva un riesgo de fraude interno. Por ejemplo, Microcare en Uganda solía prever la rotación de las enfermeras que gestionaban la función de enlace en un proveedor de servicios de salud con el fin de limitar el potencial de fraude.

- **Exigir la autorización previa de los servicios y hospitalizaciones de alto costo.** Una función de protección para limitar la utilización de servicios médicos innecesarios reviste particular importancia cuando los proveedores reciben pagos por los servicios prestados. Por lo general, la persona asegurada debe solicitar una autorización del régimen de microseguro de salud para acceder a los servicios de asistencia médica. La puntualidad de la autorización es importante para asegurar que el régimen aporte valor a los clientes. La autorización previa sigue siendo problemática para la atención primaria de salud, debido a la mayor frecuencia de los servicios, y existen criterios menos claros disponibles para su utilización.
- **Proporcionar a los proveedores de servicios de salud listas exactas y actualizadas de los pacientes que cumplen las condiciones establecidas.** Esto es fundamental para los programas que utilizan el pago por capitación. Es más fácil en el caso de los programas de microseguro de salud que limitan la afiliación a períodos definidos, pero más complicado para los programas de microseguro de salud que mantienen una afiliación continua, como GRETSKY, cuyos procedimientos y plazos son más claros con objeto de asegurar que los datos relativos al cumplimiento de las condiciones de elegibilidad se proporcionan a principios de cada mes a los establecimientos de asistencia médica.



© OIT Crozet M.

GESTIONAR LA CALIDAD CON UN MECANISMO DE PAGO POR TERCEROS

La calidad de la asistencia médica puede definirse utilizando criterios objetivos y subjetivos, y puede evaluarse mediante indicadores clínicos y no clínicos, e indicadores de servicios. Los resultados clínicos, como las tasas de infección, son ejemplos de indicadores objetivos. Dado que los datos y puntos de referencia relativos a los resultados no suelen estar disponibles, se pueden utilizar otros criterios como siguiente mejor alternativa. Por ejemplo, las credenciales de los proveedores de asistencia médica se evalúan con frecuencia como factores que representan la calidad clínica. Algunas veces, los datos pueden menoscabarse para elaborar evaluaciones retroactivas de la calidad, utilizando profesionales de la asistencia médica para analizar las características del tratamiento. También puede evaluarse la calidad del servicio, definida por indicadores como las horas de operación o el alcance de los servicios prestados.

La calidad subjetiva de la asistencia médica, a la que algunas veces se hace referencia como la experiencia del paciente, suele reflejar la perspectiva del paciente de cómo valora la asistencia médica que le ha sido dispensada. Las opiniones subjetivas pueden evaluarse a través de estudios o grupos focales sobre una serie de temas, como la comodidad de los establecimientos, las actitudes percibidas de los proveedores de asistencia médica, la rentabilidad, etc.

Promover la calidad clínica a través de asesores médicos

Los estudios de caso muestran que los asesores médicos pueden desempeñar un papel clave al evaluar la calidad de la asistencia médica frente a niveles definidos, en particular en los casos en que un proveedor de asistencia médica no está directamente implicado en la gestión de las reclamaciones y de los servicios de salud. Un asesor médico evalúa la calidad de la atención de salud con los

proveedores de servicios médicos a través de las siguientes funciones principales:

- evaluar el grado en que los pacientes asegurados reciben servicios médicos apropiados de conformidad con el diagnóstico y con su estado de salud;
- los exámenes y las auditorías periódicas de la calidad general de los servicios de salud en los establecimientos de atención de salud contratados, y
- poner en práctica y controlar el cumplimiento de los protocolos de tratamiento normalizados.

Promover la calidad del servicio a través de oficiales de enlace

Todos los estudios de caso examinados confirman que los clientes pueden percibir una mayor calidad en un programa de microseguro de salud cuando un oficial de enlace les ayuda a acceder a los servicios médicos y a presentar siniestros. Los servicios de enlace pueden aumentar la percepción del valor y la calidad y, a su vez aumentar la confianza en el programa y fomentar las renovaciones, contribuyendo así a la sostenibilidad del programa. Sin embargo, tienen un costo, por lo que los programas de microseguro de salud deben evaluar cuándo y cómo prestar eficientemente dichos servicios. Puede alcanzarse un acuerdo óptimo si se proporciona un enlace en los establecimientos que tienen un número mínimo de clientes o de reclamaciones. Otra estrategia rentable puede ser que un oficial de enlace cubra varios establecimientos de manera rotativa, o sólo en horas punta. Avances en tecnología como la extensión de los teléfonos celulares también han estimulado el desarrollo de centros de atención al cliente que pueden prestar a distancia muchos de los servicios de enlace deseados, a un precio considerablemente más bajo.

Asegurar el pago puntual a los proveedores de servicios médicos

En un entorno en que los proveedores de servicios de salud luchan con frecuencia para mantener un flujo de efectivo suficiente para financiar las operaciones, muchos expertos entrevistados comentaron sobre la importancia de que los programas de microseguro de salud con mecanismos de pago por terceros realicen pagos puntuales a los proveedores de servicios de salud. En los contratos con los proveedores de asistencia médica se suelen estipular las condiciones de pago, incluido el tiempo máximo para el pago de la capitación o las reclamaciones. El incumplimiento por un mecanismo de pago por terceros de las condiciones contractuales puede conducir a que los proveedores de asistencia médica se nieguen a tratar a los pacientes o a solicitar un pago anticipado, lo que puede socavar la reputación del programa de microseguro de salud tanto entre los clientes como entre los proveedores de servicios de salud, y puede acabar traducándose en la terminación del contrato. Por lo tanto, gestionar la calidad en el marco de un mecanismo de pago por terceros incluye efectuar pagos puntuales a los proveedores de servicios de salud.



OBSERVACIONES FINALES

Diversas modalidades de pago tienen diferentes ventajas y desventajas al gestionar eficazmente los acuerdos de pago por terceros. Aquéllas que transfieren cierto riesgo financiero a los proveedores de asistencia médica, como las que se apoyan en el pago basado en cada caso, el pago por día o el pago por capitación, tienen un mayor potencial de contener los costos que las que se basan en el pago por servicio prestado, pero son más difíciles de negociar con los proveedores de servicios médicos. Lo que es más importante, establecer un mecanismo eficaz de pago por terceros

va más allá de la modalidad de pago. Los profesionales de los microseguros de salud subrayan que otros factores fundamentales son: asegurar el acceso a la asistencia médica, gestionar asociaciones a largo plazo con los proveedores, limitar el peligro moral y el fraude, y gestionar la calidad de la asistencia médica. En suma, los mecanismos de pago por terceros están concebidos para que todas las tres partes interesadas salgan beneficiadas, y las compañías de seguros no deberían olvidar que su propia eficiencia es tan importante como asegurar que son eficaces para los proveedores de asistencia médica y que permiten prestar un servicio valioso para los clientes de bajos ingresos.

Acogido por el Programa de Finanza Social de la Organización Internacional del Trabajo, el **Fondo para la Innovación en Microseguros** intenta aumentar la disponibilidad de seguros de calidad para las familias de bajos ingresos en el mundo en desarrollo con el fin de ayudarles a protegerse contra riesgos y superar la pobreza. El Fondo se inició en 2008 con el apoyo de una subvención de la Fundación Bill y Melinda Gates. Ver más en www.ilo.org/microinsurance



Oficina
Internacional
del Trabajo

microinsurance
innovation facility



microinsurance@ilo.org
www.ilo.org/microinsurance