

La financiación capitativa, palanca de integración asistencial

Hutchison B, Hurley J, Reid R, Dorland J, Birch S, Giacomini M, Pizzoferrato G.

Capitation formulae for integrated health systems: a policy synthesis, McMaster University Centre for Health Economics and Policy Analysis. Policy Commentary Series #C99-02, Junio 1999.

Objetivo

Revisar experiencias propias y foráneas de financiación capitativa que puedan ser útiles en una eventual evolución del sistema sanitario canadiense hacia una mayor integración asistencial. Esta integración se iniciaría con los servicios de atención primaria y se dirigiría a una población definida, con o sin base geográfica.

Método

Repaso, ni sistemático ni exhaustivo, de la experiencia con la financiación capitativa de las cuatro provincias canadienses que encargan el estudio (Ontario, Saskatchewan, Alberta y British Columbia), de Quebec, de Estados Unidos (sistema de ajuste de riesgos de Medicare), Reino Unido (cabeceras detentadores de presupuestos, grupos de atención primaria), Noruega, Holanda, Finlandia, Australia y Nueva Zelanda. Se revisa tanto la literatura académica como la gris y se entrevistan políticos e investigadores sobre servicios sanitarios implicados en las experiencias consideradas.

El grupo de McMaster explicita las características exigibles a un sistema de financiación sanitaria que permita asignar recursos en base a necesidad sanitaria: validez, aceptabilidad, resistencia a la manipulación, flexibilidad, evitadora de incentivos perversos, y factibilidad.

Recomendaciones importantes

1/ La capitación en Canadá ha de desarrollarse a través de un ajuste según necesidad (asegurar que la financiación responde a la necesidad relativa de las poblaciones) y no por medio de un ajuste de riesgos (garantizar que los pagos cubren gastos futuros previsibles de los asegurados). 2/ En el desarrollo de la fórmula capitativa hay que tener muy claros los objetivos de política sanitaria que se persiguen e implicar a todas las partes. 3/ Resulta preferible una fórmula genérica que varias fórmulas específicas según tipo de servicio o problema de salud ya que facilita una más ágil reasignación de recursos entre niveles asistenciales. 4/ No cabe recomendar con carácter general otros ajustes de necesidad distintos a edad y género. Dado que edad y género resultan insuficientes hay que desarrollar otros ajustes que resulten aceptables y explicativos de la necesidad. 5/ Las fórmulas de capitación deben recoger las diferencias geográficas en el coste de los factores de producción allá donde éstas tengan una cierta importancia. 6/ Los pacientes no han de soportar los costes de utilización de servicios sanitarios fuera de su demarcación; los cargos que resulten de esta asistencia –excluida la urgente– han de compartirse entre el proveedor responsable del paciente, el proveedor externo a la demarcación que lo atiende y el financiador público. 7/ Los sistemas de financiación capitativa deben diseñarse de forma que los proveedores de atención primaria no puedan beneficiarse financieramente ni de la contención del gasto ni de la disminución de las derivaciones.

Fuente de financiación: Canadian Health Services Research Foundation.

Dirección para correspondencia: Dr Brian Hutchison, hutchb@fhs.mcmaster.ca

COMENTARIO

En el mundo cambian la demografía, la morbilidad y la tecnología. Cambian, pues, los problemas sanitarios y la forma de abordarlos. Por otra parte el reparto de recursos asistenciales entre e intra niveles asistenciales (atención primaria, especializada, mental, sociosanitaria) presenta una considerable inercia en unos momentos en que aumentan las enfermedades crónicas y deviene cada vez más necesario proporcionar longitudinalidad en la asistencia a través de una mayor integración entre niveles asistenciales y una gestión por procesos. Todavía se estimula el ‘acicalar y largar’ (compensar y derivar) y la competencia entre niveles. Pasar de financiar servicios sanitarios a financiar atención sanitaria a una población constituye una palanca de fomento de la integración que se está utilizando de manera creciente en el mundo.

Los proveedores integrados pueden ser una empresa aseguradora (como en Estados Unidos), un seguro de enfermedad o una mutua (como en Holanda y Alemania), o una entidad que atiende a una zona geográfica (como en Suecia, Reino Unido y España).

Los problemas de la capitación difieren substancialmente entre proveedores con base geográfica (caso de España) y proveedores sin base geográfica. En estos últimos la preocupación fundamental pasa por evitar la selección de riesgos. Cuando existe base geográfica se trata de efectuar un ajuste que permita igual financiación para igual necesidad (Reino Unido) o igual subsidio público para igual necesidad (algunos países escandinavos). El mayor problema en el ajuste por necesidad es el de aislar la influencia de la oferta –la mayor condicionante de la utilización sanitaria– pues se trata de permitir que cada población reciba la respuesta promedio, del país, a su necesidad sanitaria.

La financiación capitativa resulta, en España, un instrumento coherente de control del gasto, que sirve a la finalidad pública de atender según necesidad sanitaria relativa y que estimula la expresión sanitaria de la eficiencia a través de la capacidad resolutive. Partimos de una situación muy rudimentaria, pero si vamos hacia una financiación capitativa habrá que empezar por mejorar el conocimiento de las bases poblacionales.

Vicente Ortún Rubio

Centre de Recerca en Economia i Salut (CRES)

Universitat Pompeu Fabra, Barcelona

Atención gestionada: mantiene resultados y baja precios

Cutler D, McClellan M, Newhouse J.

How does managed care do it? *Rand Journal of Economics* 2000; 31: 526-548.

Objetivo

Comparar la utilización sanitaria, costes y desenlaces de la atención sanitaria entre un esquema asegurador tradicional y otro de atención gestionada a través de una HMO ('Health Maintenance Organization').

Contexto

Durante las dos últimas décadas, y especialmente en la segunda mitad de los años noventa, se ha desarrollado extraordinariamente la atención sanitaria gestionada en Estados Unidos. De sólo una cuarta parte de la población asegurada bajo esquemas de atención gestionada se ha pasado a una amplia mayoría de la población en la actualidad. Se ha abandonado, pues, el esquema tradicional de aseguramiento de riesgos con libertad de acceso a cualquier proveedor, a quien se pagaba por acto, y donde únicamente se trataba de influir sobre la utilización a través de la demanda (copagos por ejemplo). La atención gestionada se caracteriza por la integración vertical entre aseguramiento y provisión de servicios, por restringir la elección del usuario a los proveedores que forman parte de una red, por recuperar el papel de filtro de la atención primaria, huir del pago por acto, emplear el poder de compra para rebajar precios, y actuar sobre la utilización a través de la oferta. En los planes de atención gestionada contemplados en el artículo, estos controles de utilización incluían pagos capitativos a proveedores –con cierta transferencia de riesgo a los mismos–, cartera de servicios definida, segundas opiniones y derivación a especialistas desde el médico de atención primaria.

Tipo de estudio

Comparación de servicios prestados y resultados obtenidos bajo el tradicional seguro de reembolso y el seguro con atención gestionada utilizando dos bases de datos: todas las hospitalizaciones de Massachusetts y la utilización de los empleados de una gran empresa cuyos empleados están divididos entre los dos tipos de cobertura aseguradora que interesan al objetivo del artículo. Dado que la población asegurada en esquemas de atención gestionada tiende a estar más sana, los autores ponen especial empeño en evitar la selección de riesgos. Escogen para ello dos enfermedades cardíacas muy prevalentes, que siempre reciben algún tipo de tratamiento (y algunos de ellos muy caros), y respecto a las cuales resulta muy difícil pronosticar su gravedad antes de que se produzcan. Son la enfermedad isquémica cardíaca y el infarto agudo de miocardio cuyos episodios son seguidos durante 90 días desde que se inician, registrando de los mismos desenlaces, utilización y gasto. Para evitar los problemas de selección de riesgos –más probables en pacientes crónicos– se incluyen en la muestra únicamente los nuevos casos de enfermedad isquémica cardíaca; concretamente los pacientes atendidos por un médico a raíz de un I.A.M., enfermedad isquémica cardíaca o fallo cardíaco congestivo y que no habían visto un médico por ninguna de estas tres condiciones durante todo el año anterior.

Resultados más importantes

Los desenlaces no presentan diferencias entre los dos tipos de aseguramiento. Se miden, en el IAM, por resultados adversos en términos de mor-

talidad hasta un año y reingresos con complicaciones; en la isquemia por hospitalizaciones hasta un año por enfermedad cardíaca grave.

Tampoco hubo diferencias en el tipo y cantidad de procedimientos, sino –con práctica exclusividad– en el precio pagado por cada procedimiento. Este precio es poco más de la mitad del precio pagado por el seguro tradicional.

Conclusiones

El mejor desempeño del aseguramiento a través de HMO, con atención gestionada, no se deriva ni de una menor utilización de procedimientos ni de una peor calidad de los mismos, sino de los precios substancialmente inferiores pagados por esos procedimientos, con su correspondiente reflejo en unas menores primas.

Fuente de financiación: Diversas públicas y privadas.

Dirección para correspondencia: dcutler@harvard.edu

COMENTARIO

Este artículo, que recibió el premio Arrow, edición 2001, de la International Health Economics Association, suministra un marco teórico al trabajo empírico que desarrolla y permite explicar la mayor eficiencia de la atención gestionada en términos de precios pagados por los procedimientos utilizados. Muy posiblemente los precios en atención gestionada serán bastante más de la mitad que en seguro tradicional para otros procedimientos no cardíacos: Cardiología y Cirugía Cardíaca son importantes centros de beneficios en muchos hospitales de Estados Unidos. No hay razón en cambio para suponer que los resultados en términos de utilización sanitaria y desenlaces no puedan generalizarse a otros episodios menos agudos que las isquemias cardíacas. En la depresión, por ejemplo, las variaciones en la práctica médica son mayores pero no desfavorables a la atención gestionada.

Finalmente, los resultados del artículo apoyan la explicación que atribuye a la atención gestionada el que el gasto sanitario subiera durante el período 1993-1997 de dos puntos a dos puntos y medio por debajo de lo registrado desde el final de la Segunda Guerra Mundial. Resulta más difícil esperar, no obstante, que las mejoras en la productividad (vía reducción de precios sin impacto en el bienestar) que ha supuesto la atención gestionada continúen teniendo efecto de manera duradera.

Vicente Ortún Rubio

Centre de Recerca en Economia i Salut (CRES)

Universitat Pompeu Fabra, Barcelona

La atención gestionada de Kaiser mejor que la del NHS

Feachem R, Sekhri N, White K.

Getting more for their dollar: a comparison of the NHS with California's Kaiser Permanente. *BMJ* 2002; 324: 135-143.

Objetivo

Comparar costes y comportamientos del National Health Service del Reino Unido con los de Kaiser, una HMO (Health Maintenance Organization) sin finalidad lucrativa.

Contexto

Un NHS que no necesita presentación y que pasa por uno de los sistemas sanitarios más eficientes del mundo. Por otro lado, Kaiser, una HMO fundada en 1945 –parecida antigüedad a la del NHS– que integra aseguramiento y provisión de servicios para 8.2 millones de afiliados, 6.1 millones de los cuales –los de California– son los considerados en el artículo. Los facultativos de Kaiser –tanto de atención primaria como de atención especializada– trabajan juntos, son socios de los grupos médicos responsables de la atención y cobran por salario. A diferencia del NHS, los especialistas de Kaiser no pueden trabajar fuera del sistema.

Tipo de estudio

Comparación de agregados en base a datos fundamentalmente públicos, tanto del NHS como de Kaiser. Ajustes mínimos y elementales.

Resultados más importantes

Los costes per cápita de los dos sistemas, ajustados por diferencias en

cartera de servicios, algunas características de la población y, expresados en paridades de poder adquisitivo, no diferían en más de un 10%. Para un ajuste tan influyente como el de la paridad de poder adquisitivo se opta por una de las muy diversas cifras posibles (1.52: significa que con un dólar se compran en el Reino Unido un 52% más de atención sanitaria que en California) sin considerar ni diferencias en calidad ni en horas semanales de trabajo y sin remediarlo con algún análisis de sensibilidad.

Los servicios de atención primaria de Kaiser se muestran más completos y accesibles que los del NHS, y el tiempo de espera para atención especializada o ingreso hospitalario resulta bastante menor en Kaiser que en el NHS. Las tasas de hospitalización de agudos de Kaiser, ajustadas por edad, representan únicamente la tercera parte de las tasas del NHS.

Conclusiones

Kaiser consigue una mejor articulación entre niveles asistenciales que el NHS y para un coste parecido proporciona una atención más accesible y de mejor calidad en los indicadores disponibles.

Fuente de financiación: No se indica; tampoco hace mucha falta.

Dirección para correspondencia: rfeachem@psg.ucsf.edu

COMENTARIO

La gestión sanitaria de Kaiser ya ha sido comentada en estas páginas, a propósito de su adecuada indicación y realización de cesáreas (1), como ejemplo de cómo cerrar la brecha entre la eficacia potencial y la efectividad real de la atención sanitaria.

El artículo que aquí se comenta aborda una cuestión tan difícil como la comparación entre países y lo hace, además, con un método tan frágil, aunque transparente, que no hubiera sido seleccionado por Gest Clin San de no salvarle: primero, el interés del tema subyacente (la integración asistencial); segundo, el revulsivo que los resultados suponen; tercero, la robustez y credibilidad que aporta una parte de los resultados: 270 (327 ajustadas por edad) estancias en hospitales de agudos por 1000 habitantes en un año para Kaiser frente a las 1000 estancias del NHS. Berwick, uno de los más destacados introductores de la calidad total en Medicina (2), lo destaca en su comentario al artículo: Las estancias hospitalarias son la prueba de fuego del grado de integración de un sistema sanitario y constituyen un excelente indicador centinela de hasta qué punto se configura la atención sanitaria en torno a las necesidades de los pacientes. Resulta fácil decirlo pero parece que puede hacerse: se trata de poner antes los bueyes clínicos y sanitarios de la gestión por procesos –enfermedades crónicas o episodios agudos– que el carro de las formas organizativas.

La lógica pide que reconozcamos las variables explicativas del mejor funcionamiento de un sistema sanitario: la necesaria longitudinalidad con las personas (la mitad de la población tendrá una o más enfermedades crónicas), la continuidad en los episodios, la atención compartida entre niveles..., lo que lleva a huir de gremialismos y visiones fragmentadas. Las estrategias médicas y sanitarias deben ocupar el centro del escenario para que las organizaciones y las formas de financiarlas (la capitación por ejemplo) se adapten en consonancia. En cuanto un profesional se plantea cómo puede mejorarse algo que no funciona y encuentra una modificación, la evalúa y trata de generalizarla si funciona. Mejorar la calidad de la atención sanitaria no puede dejarse a ‘los demás’ (incluidos gestores y políticos): La panoplia clínica y sanitaria disponible para la mejora de la calidad de la atención sanitaria es francamente amplia (3). Y además funciona.

Vicente Ortún Rubio

Centre de Recerca en Economia i Salut (CRESES)

Universitat Pompeu Fabra, Barcelona

(1) Ortún V. La tasa de cesáreas es vulnerable a una buena gestión. *Gest Clin San* 2001; 3(4): 136. Comentario sobre Spetz J et al. Physician incentives and the timing of cesarean sections: evidence from California. *Med Care* 2001; 39: 536-550.

(2) Berwick D. Continuous improvement as an ideal in health care. *N Engl J Med* 1989; 320: 53-56.

(3) Grol R. Improving the quality of medical care. Building bridges among professional pride, payer profit, and patient satisfaction. *JAMA* 2001; 286: 2578-2585.