

EL SISTEMA DE FINANCIACIÓN CAPITATIVO: POSIBILIDADES Y LIMITACIONES*

Vicente Ortún, Guillem López, Jaume Puig y Ramón Sabés
Departament d'Economia i Empresa
Centre de Recerca en Economia i Salut
Universitat Pompeu Fabra

Introducción

Los cambios en las organizaciones sanitarias, en España, provendrán en mayor medida de cambios en la regulación que favorezcan la competencia que de la propia competencia en sí misma destructiva, entre distintas formas organizativas

Los cambios organizativos vienen propiciados por las innovaciones tecnológicas y/o los cambios en las instituciones que marcan las reglas del juego.

En el mundo de las organizaciones públicas, y de organizaciones sometidas a una débil intensidad competitiva, no cabe una actitud darwinista (darwinista en el sentido de 'esperar' de un mercado apenas existente la evolución hacia formas organizativas 'más aptas'). La regulación, y la ejecución de esa regulación por la política sanitaria, han de propiciar los cambios a efectos de evitar que la competencia destructiva ponga en peligro la continuidad en el suministro de los servicios públicos.

La dependencia del pasado inmediato, por otra parte, restringe la capacidad de los cambios en la regulación para alterar la ingeniería organizativa de la Sanidad en consonancia con el conjunto de restricciones que a continuación se enumeran y que constituyen una necesaria -y siempre discutible- concreción de cómo aplicar los deseables criterios de eficiencia y equidad:

- ?? El traslado adecuado de riesgo financiero desde los financiadores públicos hacia las instituciones suministradoras de servicios
- ?? La involucración de los profesionales en la descentralización de objetivos sanitarios (plan de salud, plan de servicios sanitarios)
- ?? La generación de estímulos entre proveedores en términos de coste, alcance y calidad de los servicios.
- ?? La igualdad de oportunidad de acceso a los servicios sanitarios para una misma necesidad, distinguiendo entre valor de uso, públicamente financiado y valor de cambio (utilidad, confort), financiado con recursos privados con algunas tutelas.

* Este artículo recoge algunos aspectos de dos trabajos recientes realizados por el CRES. Uno, para el Consorcio Hospitalario de Catalunya, sobre assignació de recursos amb descentralització de la gestió de l'assegurament en base a les necessitats de la població, amb la participació de VO, RS i JP (coordinador). Otro, según convenio de colaboración con el Institut Català de la Salut, que ha investigado la asignación de recursos a equipos de Atención Primaria y en el que han participado GL, JP, RS y VO (coordinador).
Publicado en Fulls Econòmics del Sistema Sanitari n° 35, marzo 2001, páginas 8-16

El grado de equidad en la prestación de servicios sanitarios depende de cómo se financian éstos y de si se prestan de acuerdo con el criterio de necesidad que socialmente se adopte. El grado de eficiencia depende de cómo se gestionan, en sentido muy amplio, los servicios sanitarios: cómo se persigue la capacidad resolutoria -la mejor expresión sanitaria de la eficiencia- a través de mejoras en la coordinación (articulación entre niveles asistenciales) y de una evolución hacia unos incentivos -para todos los agentes- adecuados a la naturaleza de la prestación sanitaria.

Este artículo se centra en el instrumento de la financiación capitativa, de empleo cada vez más generalizado, y describe cómo se está utilizando, cuáles son sus posibilidades y limitaciones, y aborda la articulación entre niveles asistenciales que la capitación fomenta así como la descentralización, con la correspondiente transferencia de riesgos, que requiere la capitación para su puesta en práctica.

1. Financiación capitativa

A la hora de valorar las distintas alternativas de financiación conviene clarificar que más que de la financiación del sistema sanitario en sí mismo, en realidad se trata de financiar a los proveedores del sector. En principio, los enfoques posibles van desde basar la financiación en un concepto global de salud de las personas, hasta una simple compensación financiera por las tareas de los proveedores (inputs) pasando por la valoración intermedia sobre la base de los episodios de enfermedad. Estos tres sistemas son respectivamente:

- 1/ Financiación capitativa por actividad y/o necesidad esperada.
- 2/ Financiación retrospectiva y pago por acto a los proveedores.
- 3/ Reembolso de la actividad agrupada en episodios (diversos sistemas de clasificación de pacientes o de actos) a los que se aplica una tarifa preestablecida.

En la práctica, existe gran variabilidad en la forma de asignar los recursos que financian la sanidad en los países desarrollados pero, en general, se está huyendo del pago por acto y yendo hacia esquemas de financiación capitativa. En la **Tabla 1** puede obtenerse una panorámica acerca del empleo de la capitación en 16 países desarrollados.

<TABLA 1>

No obstante, un rasgo común a muchos países es el de devolver la responsabilidad sobre la organización de la asistencia sanitaria a algún tipo de '**plan**' (véase la posible evolución al respecto en las distintas funciones sanitarias en la **Tabla 2**).

<TABLA 2>

Este 'plan' puede ser una empresa aseguradora (como en Estados Unidos), un seguro de enfermedad o una mutua (como en Holanda y Alemania), o un ámbito territorial delimitado políticamente (como en Suecia, Reino Unido y España). Estos 'planes' tienen la responsabilidad de organizar la atención sanitaria que les ha sido delegada para una población. Varía, eso sí, la forma de definir esa población, dónde ésta se localiza: geográficamente en unos casos, por el tipo de trabajo que se realiza en otros, según el régimen profesional de encuadramiento (que obliga a una afiliación determinada en la Seguridad Social), o en función de una afiliación a una compañía de seguros.

Para permitir el control del gasto sanitario, los planes citados reciben un presupuesto para proporcionar atención sanitaria a la población definida. Esos presupuestos se establecen basándose en la **capitación**, entendida ésta como la cantidad de financiación sanitaria que se asigna para que una persona reciba la atención sanitaria especificada durante un período de tiempo determinado.

Se conoce como '**ajuste de riesgos**' el proceso por el cual se trata de adecuar la financiación capitativa a las características de cada persona. El ajuste de riesgos pretende obtener un estimador insesgado de cual sería el gasto sanitario esperado de un individuo durante un período de tiempo determinado si se diera una respuesta promedio a su necesidad sanitaria.

Los problemas de la capitación difieren substancialmente entre 'planes' de base geográfica (caso de España) y planes sin base geográfica. En estos últimos la preocupación fundamental pasa por evitar la selección de riesgos. En los 'planes' con base geográfica se trata de efectuar un ajuste de riesgos tal que permita igual financiación para igual necesidad (Reino Unido) o igual subsidio público para igual necesidad (algunos países escandinavos).

2. Capitación: experiencia internacional

La situación española en el sistema comparado. La observación de la experiencia sobre el uso de financiación con base capitativa en los sistemas sanitarios europeos pone de relieve la amplia difusión de dicho método de asignación de recursos aún con importantes diferencias. Estas se centran en el esfuerzo por incorporar indicadores de ajuste de riesgo con el fin de disponer de estimaciones no sesgadas del gasto esperado de un individuo en cada plan de salud. La **situación española**, en comparación con la mayoría de países de la Unión Europea, **revela una aplicación muy incipiente de asignaciones de base capitativa** y que, cuando éstas se emplean (caso de la financiación autonómica de la sanidad) suelen ser muy rudimentarias.

Dos modelos de capitación con objetivos diferentes. La revisión de la experiencia acerca de la operativa de métodos capitativos en el sistema comparado pone de relieve la existencia de dos tipos de sistemas, diferenciados básicamente por la naturaleza de los receptores y su finalidad. Estos dos sistemas son:

- a) aquel cuya finalidad es determinar el valor esperado del gasto de un potencial **asegurado** en un plan de salud, siendo el objetivo primordial de la capitación minimizar los incentivos a la **selección de riesgos**,
- b) aquel que asigna recursos intentando aproximar las necesidades de gasto de **poblaciones** predeterminadas (o "cautivas").

No hay fórmula de asignación capitativa que sea perfecta. Un aspecto crucial a la hora de establecer el valor de la financiación de base capitativa consiste en definir en qué costes debe basarse la asignación. En principio, deberían ser los costes ("estandarizados") de suministrar asistencia mediante aquellos servicios adecuados desde un punto de vista clínico y de forma coste-efectiva. En la práctica se emplean asignaciones basadas en los costes observados. Estos están influenciados por diversos

factores explicativos de las variaciones en el gasto sanitario de los individuos: **Tabla 3**.

<TABLA 3>

En general, resulta aceptable que las características del proveedor no constituyan un factor legítimo de diferenciación en las asignaciones capitativas. En cambio, la edad y el sexo así como el estado de salud acostumbran a considerarse, a la vez que se observan discrepancias respecto a los factores socioeconómicos. La inclusión o exclusión de factores socioeconómicos depende, en efecto, de juicios sociales acerca de la equidad, y muy específicamente de la opinión que la sociedad tenga acerca de qué diferencias en estado de salud son imputables a los individuos. Por ejemplo si se considera que una buena odontología preventiva y comunitaria permite dejar la responsabilidad de la atención dental a las personas adultas (como el Informe Dunning ya señaló) tiene sentido como acontece en Suecia que para la cofinanciación pública de implantes dentales se requiera de un nivel de estrepto**cocos** dentales indicativos de una higiene personal adecuada.¹

Ahora bien, incluso una vez se ha controlado el efecto de todos los anteriores factores que afectan el coste, es imprescindible recordar que todavía existirá una notable variación en el gasto sanitario individual debido a causas aleatorias. La implicación de ello es obvia: no hay fórmula perfecta y ninguna fórmula puede resolver todos los problemas relativos a la gestión del riesgo.

Métodos empleados para el cálculo de la asignación capitativa. Los principales métodos empleados para establecer el valor del gasto esperado para cada individuo son de tipo empírico y se basan en el análisis de la utilización observada de servicios². El tomar en consideración la utilización o el gasto observados implica aceptar la hipótesis de que no hay demanda insatisfecha (la fórmula empleada en Nueva Zelanda es de las pocas que toma en cuenta esta posibilidad de forma explícita), y que toda la demanda observada es adecuada (de ahí los intentos de la reforma de la RAWP de 1989 para "normar" o estandarizar, la utilización sanitaria).

En concreto, para calcular el valor de la asignación capitativa: bien puede seguirse un **enfoque matricial** (por ejemplo, en el caso del Condado de Estocolmo) o bien a través de índices sintéticos (por ejemplo, la fórmula británica del Resource Allocation Working Party, RAWP). La posibilidad de emplear el primero de estos enfoques viene limitada por la disponibilidad de información individual, a pesar de que es el método más indicado. El enfoque basado en los **índices** permite utilizar información agregada en el ámbito geográfico (normalmente valores medios) que se aplicarán para ponderar la población según el concepto de necesidad sanitaria utilizado. Esta ventaja se consigue al coste de que pueda aparecer la denominada 'falacia ecológica'. Es decir, de la identificación de un gasto a nivel agregado que resulte de un concepto de necesidad que no sea cierto o replicable para los individuos (precisamente el objetivo de la capitación).

Los determinantes de la variación en el gasto sanitario. Mientras que en algunos casos el ajuste se basa únicamente en variables demográficas, exógenas en buena medida a la mejor o peor gestión de los recursos, en otros la elección de las variables toma en consideración su propia capacidad predictiva aún a costa de aceptar variables que puedan relacionarse con la ineficiencia. Entre las primeras, es evidente que las variables edad y sexo constituyen las que, sin ninguna excepción, son candidatas a formar parte de la fórmula de ajuste de la población. Más allá de las variables demográficas, sin embargo, la inclusión de otras variables en la fórmula de asignación de recursos (como

predictivas de las variaciones en el gasto esperado) debe cumplir con las condiciones que especifica la **Tabla 4**.

<TABLA 4>

La influencia de la oferta en la utilización observada. Puesto que la selección de las variables se realiza a partir del gasto o de los niveles de utilización observados, resulta imprescindible que la construcción de la fórmula de asignación (cuando no se dispone de datos individuales) tenga en cuenta la simultaneidad de la oferta y la demanda en la determinación de la utilización (y gasto) así como su relación con la definición aceptada de necesidad de atención sanitaria. La revisión de la fórmula RAWP de 1994 y, especialmente, el método empleado en la propuesta de fórmula para asignar presupuestos de gasto farmacéutico en el Reino Unido son los mejores ejemplos a efectos de intentar aproximar una estimación correcta de las ponderaciones de la población desde el punto de vista metodológico. La revisión de la fórmula RAWP de 1994 emplea el concepto de utilización normativa definida como la utilización de servicios esperada en cada área geográfica si el grado de respuesta a las necesidades de la población fuera equivalente a la media nacional; en la práctica la estimación de esta utilización normativa requiere excluir aquella parte de la demanda atendida que es inducida por la oferta. De forma similar, en la propuesta para asignar presupuestos de farmacia se ha tratado de cuantificar variables explicativas de la prescripción, aislándolas de la influencia de la oferta³.

Conviene tener presente que los sistemas que han desarrollado ajustes de riesgos más correctos son los que intentan separar los factores no legítimos (no relacionados con el objetivo cuya financiación se postula) de los legítimos (relacionados con dicho objetivo) en las diferencias observadas en el gasto sanitario.

Problemas específicos de la capitación en áreas pequeñas (como las ABS). La experiencia en la aplicación de fórmulas de asignación capitativa para la atención primaria pone de relieve la importancia de algunos problemas que no aparecen (o lo hacen en menos intensidad) en la asignación regional (por ejemplo, a las regiones inglesas o a las CC.AA. españolas): pero sí para áreas geográficas inferiores: cuantificación de la población registrada, información limitada sobre los pacientes individuales, el problema de la atribución de las características del área geográfica a los pacientes individuales y la elevada varianza predecible cuando se trata de asignar recursos para una dimensión poblacional reducida (problema especialmente grave por debajo de los 100.000 habitantes).

Capitación e incentivos. Los sistemas capitativos ajustados por riesgo tratan de reflejar las necesidades relativas de gasto sanitario de una población integrada por individuos heterogéneos. En la medida en que dichas asignaciones reflejen adecuadamente las necesidades sanitarias, la asignación de recursos resultante representará una asignación equitativa desde el punto de vista de la igualdad de oportunidad de acceso a los servicios para una misma necesidad. Ahora bien, el empleo de fórmulas capitativas con carácter prospectivo requiere:

1) Evitar las tentaciones a la **reducción de la calidad** a través de la competencia en costes unitarios (y vía comparaciones relativas), La mejor forma de preocuparse por la calidad es tener que internalizar los costes (pérdida de usuarios, mala imagen...) que su falta origina.

2/ Favorecer la elaboración y difusión de información sobre calidad asistencial (empezando por la que ya existe) ajustando debidamente por las variables no imputables al proveedor.

3/ Capacidad de elección por parte del usuario para aquellos servicios sanitarios que reúnan suficientes rasgos de 'experiencia' e 'información': cirugía electiva, atención primaria...

4/ Énfasis en la calidad sistémica o global vía capacidad resolutoria (que se aborda más adelante).

3. Cuantificación de las necesidades sanitarias y cálculo de las asignaciones capitativas

Indicadores basados en la demanda (necesidad expresada). El problema fundamental que afecta a la evaluación de necesidades sanitarias es la imposibilidad de obtener medidas directas de la necesidad de atención de una determinada población otras que las que expresa la demanda observada. Una aproximación sería realizar reconocimientos médicos y diagnósticos a una muestra representativa de la población; pero, como resulta obvio, el coste que ello acarrearía la hace totalmente inviable. Por ello se recurre a **una medida indirecta de las necesidades sanitarias, como es la demanda de servicios de la población** tanto en tasas de utilización esperada (por ejemplo, hospitalizaciones) como el nivel de gasto esperado, por ser indicadores más cercanos. Sin embargo este tipo de indicadores adolece de ciertos problemas:

- a) **Dependencia del nivel de oferta existente.**- El grado de utilización de servicios en áreas con niveles altos de oferta sanitaria es superior al de áreas con menor oferta y morbilidad equivalente. Esto significa que el exceso de oferta da a lugar a que una parte de la demanda atendida sea inducida por la propia oferta, en lugar de reflejar la necesidad relativa de atención sanitaria de la población.
- b) Existen situaciones donde el volumen de la demanda realmente atendida está limitado por el nivel de oferta existente y por tanto no refleja fielmente las necesidades sanitarias de la población, sino que las infravalora.
- c) La utilización de la demanda atendida como indicador de necesidad tiene un problema derivado de la propia estructura jerárquica del sistema sanitario. Esto significa que las políticas de oferta de los diferentes “planes” pueden afectar las tasas de utilización de los servicios sanitarios independientemente del nivel de necesidades sanitarias de la población. Por ejemplo, una política de fomento de los centros de día para intervenciones menores tendría el efecto de disminuir las estancias hospitalarias. Y si se utilizase este indicador como variable de medida de la necesidad parecería que las necesidades hubiesen disminuido sin que realmente hubiera sido así.
- d) Por último, se plantea la cuestión de que si se debe emplear la utilización de servicios (o el gasto) de todos los planes sanitarios (por ejemplo, las tasas medias de utilización a nivel conjunto) o, por el contrario, si se considera que unos determinados “planes” están proporcionando la atención sanitaria de forma adecuada y eficiente, y por lo tanto se toman como referencia los datos de utilización (o gasto) relativos sólo a esos determinados planes. Esto último significa que el contexto (organizativo, demográfico,.....) en el cual operan estos planes se supone que es similar al de resto.

A pesar de estos problemas, la demanda atendida representa el concepto más cercano a las necesidades sanitarias del cual se tienen datos disponibles y a partir del que se puede construir fórmulas de asignación de recursos de base capitativa.

Peso relativo de cada variable. Identificadas las variables de necesidad, se han de calcular las ponderaciones que se aplicarán a cada variable, reflejando así su influencia relativa sobre el gasto. **Si se dispone de datos individuales** tanto de gasto sanitario como del resto de las variables, el proceso consiste en vincular el gasto sanitario promedio de un individuo con unos determinados valores de las variables (cálculo directo de las diferencias en el coste relativo según las características diferenciales de cada paciente). Sin embargo, puesto que la disponibilidad de fuentes de datos a nivel individual es muy limitada, en la mayoría de los casos **se utilizan datos agregados de población** y el cálculo de las ponderaciones se realiza a partir de los resultados de un **análisis de regresión**. Nótese que estas ponderaciones no serán iguales a las encontradas en el análisis que se realiza para determinar qué factores explican la demanda atendida por el hecho de que las variables de oferta no se incluyen en esta regresión, en la cual, como únicas variables explicativas de la demanda atendida se encuentran aquellas que se han determinado como variables de necesidad.

Métodos de cálculo del valor de la base capitativa. Una vez identificadas las variables de necesidad y sus ponderaciones, el sistema de cálculo de las asignaciones capitativas puede realizarse mediante una **matriz de asignaciones** o mediante un **índice de necesidades de gasto**.

En el primer caso, con las variables de necesidad relativa se crea una matriz donde el valor de cada celda es el gasto sanitario esperado para una persona con unos valores determinados dadas las variables consideradas. Para utilizar este método son necesarios datos a nivel individual que contengan tanto información de gasto (o utilización) sanitario como información sobre las variables que hemos determinado que tienen influencia sobre las necesidades sanitarias.

Puesto que la disponibilidad de datos a nivel individual en la mayoría de los sistemas sanitarios públicos es muy escasa, mientras que sí se disponen de datos agregados de la población a distintos niveles geográficos, se utiliza a menudo un índice sintético. Este se construye con los valores agregados para cada “plan” sanitario (por ejemplo, para cada demarcación en la que esté descentralizada la organización de los servicios sanitarios) de las variables aproximativas a la necesidad sanitaria elegidas (con la aplicación de las ponderaciones).

Variables más utilizadas en los ajustes o ponderaciones para el cálculo de las asignaciones capitativas. En la **Tabla 5** se enumeran algunas de las variables que más comúnmente se utilizan para realizar el ajuste de riesgos divididas en seis categorías. Se ha de puntualizar que en muchos casos la elección de estas variables se debe a que existen datos disponibles.

<TABLA 5>

4. Articulación entre niveles asistenciales

La integración vertical entre niveles asistenciales - entendida como red coordinada de servicios que proporcionan la continuidad asistencial a una población determinada sobre cuya salud se tiene responsabilidad, y cuyos consumos sanitarios implican un riesgo financiero- tiene, a priori, más ventajas sanitarias y económicas que inconvenientes⁴.

Si en lugar de comprar o presupuestar servicios sanitarios o episodios -con sus secuelas de duplicación, iatrogenia, falta de longitudinalidad asistencial, visión parcial de los pacientes...- se compra o presupuesta atención sanitaria a una población, se está alentando la búsqueda de la eficiencia en los proveedores a través de una correcta articulación entre niveles asistenciales siempre que exista una transferencia de riesgo efectiva. De este modo, el sentido de los cambios en la tecnología para prevenir y tratar problemas sanitarios varía. Las tendencias en demografía y morbilidad, implican tanto que deben reasignarse recursos entre niveles asistenciales como que debe propiciarse una relación más fluida entre los mismos. Cuando un proveedor es responsable de la atención sanitaria a una población determinada resulta más fácil acabar tanto con las retenciones como con las derivaciones indebidas: se 'descubre' que la atención debe proporcionarse en el nivel asistencial (primaria, especializada, sociosanitaria, mental...) que ofrezca mayor capacidad resolutive para un determinado problema de salud. Y la capacidad resolutive debe entenderse simplemente como una comparación entre las mejoras en desenlaces (síntomas paliados, casos evitados, recuperaciones conseguidas, años de vida ganados...) en relación con los costes asociados a cada alternativa. **La capacidad resolutive constituye la mejor expresión clínica de la eficiencia en Sanidad** y contribuye a los necesarios enfoques holísticos de la salud de los individuos y de las poblaciones.

En caso de conseguir una formulación apropiada a la naturaleza del servicio en cuestión, la financiación capítativa ajustada por riesgo constituye una de las palancas regulatorias más potentes para fomentar la integración de proveedores (y la articulación entre niveles asistenciales).

Dicha integración puede producirse o bien mediante la propiedad conjunta (proceso de absorciones y fusiones) o a través de acuerdos contractuales. En este último caso, la integración virtual puede paliar en mejor medida los inconvenientes derivados del mayor tamaño (atenuación de incentivos, peor adaptabilidad al cambio y mayores costes de influencia dentro de las organizaciones).

Debe señalarse, sin embargo, que una integración monopolizada por los hospitales de agudos puede retardar la innovación y la reasignación de recursos entre niveles asistenciales (que los cambios demográficos, tecnológicos y en morbilidad reclaman) por lo que debería prestarse particular atención a orientar el sistema sanitario hacia la atención primaria de salud. Ayudan a esta orientación las políticas de recomposición de la oferta de recursos humanos (frenar la sobreespecialización) y un reforzamiento del papel de la atención primaria, no tan sólo como puerta de entrada del sistema sino como gestor de la utilización sanitaria. Resulta para ello imprescindible interesar a todas las partes en dicha política, y en particular a la atención especializada, para que se superen resistencias al cambio. De ahí la potencial contribución de la financiación capítativa para una oferta integrada de servicios.

La integración, real o virtual, puede mitigar la actual falta de continuidad entre AP (Asistencia Primaria) y AE (Atención Especializada) pero, en última instancia, el que cada problema sea tratado en el lugar más adecuado -el más resolutivo- y que no se retengan casos ni se derive innecesariamente constituye un problema clínico. No habrá buena Medicina sin continuidad y eficiencia en la atención sanitaria, sin objetivos comunes, sin conocimiento mutuo AP/AE y sin el establecimiento conjunto de pautas de actuación.

5. Descentralización

Cuando el conocimiento gana importancia como factor productivo y la demanda se sofisticada, aumenta la necesidad organizativa de situar la capacidad decisoria allí donde está la información específica y costosa de transmitir: Aumenta la necesidad de descentralización.

La dificultad de medir el producto está en la base, junto a otros factores, de la persistencia de organizaciones burocráticas, no descentralizadas. Si se utiliza un criterio equivocado para medir el desempeño los resultados pueden ser peores que si no se establecieran incentivos explícitos. Peor todavía que tratar igual a los desiguales es tratar desigualmente sobre bases equivocadas.

¿Qué se descentraliza?

No se descentralizan aquellos servicios sanitarios con tremendas economías de escala y que afectan por igual a todos los ciudadanos, aquellos que al ser generadores de externalidades (positivas o negativas) requieren un elevado grado de coordinación (con altos costes de transacción si no se gestionan unificadamente), así como, por sensatez política, el tipo de servicios que pueden dejarse de prestar sin que se note a corto plazo (prevención primaria, Salud Pública...).

La tarea de **financiar públicamente** no se descentraliza: Parece claro que debe mantenerse la obligatoriedad del aseguramiento. En todo caso, cabe considerar, en algún momento, la descentralización de algunos aspectos de la gestión del aseguramiento público.

La tarea de **financiar privadamente** mediante pagos directos y primas voluntarias para prestaciones suplementarias a la cartera pública de servicios parece, en principio, más descentralizable, aunque razones de equilibrios, controles y garantías públicas pueden hacer aconsejable cierto tipo de regulación (indirecta, más ex -post, que amortigua los efectos no deseados socialmente, más que 'prohibir' sus orígenes).

La descentralización de la **compra** en una aseguradora privada no parece indicada en estos momentos vista la estructura y capacidad organizativa del sector asegurador privado en la actualidad, y la carencia de la regulación pública apropiada al respecto. La desconcentración (manteniendo la posibilidad de 'advocación' a requerimiento de quien es titular de la función) de la función de compra constituye una alternativa más plausible. No obstante, la intensa necesidad de coordinación que se produce en el sector sanitario, la pérdida de capacidad negociadora en una compra excesivamente desconcentrada y el aumento de los costes de transacción que se pueda originar, se ha de contraponer a la alternativa: las ineficiencias del comprador único que se rige por

criterios políticos (repercute a impuestos sus ineficiencias en la compra) y del que más rentas pueden extraer los grupos de presión presentes (dado que centraliza todo el presupuesto). ¿Se gestionará así, acaso mejor la factura farmacéutica? (hospitales que ven el crecimiento de su financiación restringida al 2%, habiendo de encajar residualmente crecimientos del gasto en medicamentos de dos dígitos). En todo caso, ésta es una cuestión a dirimir empíricamente.

- Cabe descentralizar la **producción** con una efectiva transferencia de riesgos (de lo contrario se trataría de una simple distribución de rentas con abdicación de responsabilidad pública) en un entorno de competencia pública que revele información sobre actividad y costes y permita mejorar la eficiencia.

La **diferencia anteriormente comentada entre descentralización y desconcentración, medida -en sentido económico- por el grado en que tiene lugar una transferencia efectiva de riesgos**, resulta también aplicable a la única descentralización que, de momento, parece más simple: la de la producción. En efecto, un pago prospectivo en el entorno de competencia pública mencionado permite una transferencia efectiva de riesgos; esto es, una auténtica descentralización. Queda sin embargo por resolver la cuestión de vincular compra de servicios con un envoltente poblacional que limite los excesos de actividad y reintroduzca los incentivos virtuosos de la financiación capitativa.

¿En quién se descentraliza?

En unos proveedores financiados capitativamente, integrados- real o virtualmente- y que, en la actualidad, pertenecen mayoritariamente al modelo 'combinado' (en el sentido de que admiten tanto financiación pública como privada).

Desde un punto de vista social (de bienestar social) se trata de aumentar la financiación privada (copagos, seguros complementarios...) pero sin que sufra el nivel de salud poblacional, buscando un criterio operativo de necesidad como guía para la asignación de recursos sanitarios. No plantean problemas los lujos suplementarios (a banda de señalar a los pacientes mejor situados, lo que no es poco) de tipo no sanitario, para los cuales el criterio de disponibilidad a pagar resulta muy adecuado.

6. La capitación y su papel instrumental para la descentralización

La forma de aplicación de las asignaciones capitativas.

La aplicación de las asignaciones en el sistema comparado se ha llevado a cabo, en general, con mucha cautela. Se observa una importante **resistencia a aceptar cambios demasiado rápidos** desde los niveles observados de gasto hacia los esperados como resultado de la aplicación de las fórmulas capitativas. Es por ello que todos los sistemas sanitarios han evitado los cambios demasiado bruscos en las asignaciones. Resulta un punto fundamental observar que la aplicación de un mecanismo de asignación prospectiva de tipo capitativo no constituye nunca un instrumento aislado del modelo de gestión de riesgos que pretende establecer el sistema sanitario. Es necesario reducir las expectativas de la introducción de sistemas capitativos. El cálculo y el establecimiento del valor esperado del gasto en el ámbito individual (asignación capiativa) no pueden ser el único instrumento de gestión del riesgo por muchas razones. Una de las más evidentes es la necesidad de reconocer las limitaciones en su capacidad predictiva. Por ello, no resulta extraño observar que los sistemas sanitarios con sistemas capitativos

utilizan, en mayor o menor medida, instrumentos para reducir el riesgo que podrían sufrir los destinatarios de la financiación por variaciones del gasto que escapan a su control: límites al gasto máximo soportable, costes compartidos, no aplicación del sistema a los pacientes de mayor riesgo, o financiación separada del gasto ocasionado por ciertos servicios. En otros casos se ha observado la aplicación de formas de asignación capitativa muy simples, pero en contrapartida, el receptor de la financiación capitativa soporta un nivel de riesgo muy reducido. En efecto, la necesidad de que la asignación utilice ajustes de riesgo muy precisos depende también del nivel de riesgo que se quiera transferir. Es necesario examinar adecuadamente el riesgo al que se somete a los receptores de las asignaciones capitativas y determinar la necesidad de aplicación de instrumentos correctores en el marco global de la gestión del riesgo en el sistema sanitario.

En general, en servicios de salud como el nuestro, la situación suele estar muy marcada por la presión sobre la financiación corriente del gasto sanitario para proteger intereses corto-placistas de los proveedores sanitarios. En esta situación, resulta relativamente sencillo generar coaliciones políticas y de grupos de opinión para postergar el interés público general a favor de intereses particulares corporativos (las listas de espera se pueden entender en parte bajo este prisma). En este sentido, puede que la amenaza real para nuestro sistema de salud sea hoy precisamente la ausencia de fiscalización social y responsabilidad individual en la utilización de los servicios sanitarios, empujados en buena manera por la inercia y los intereses corporativos. A este respecto, la ineficiencia sistémica resultante no sólo genera inflación de costes, sino también utilización inadecuada (tanto utilización excesiva como utilización insuficiente) y falta de flexibilidad para ajustar el dispositivo asistencial a las nuevas necesidades: áreas para las que las nuevas tecnologías pueden añadir valor al objetivo salud. Como ya se ha dicho: Valor de uso, públicamente financiado; valor de cambio (utilidad, confort), financiado con recursos privados con algunas tutelas.

En sus aspectos más inmediatos la eventual aplicación a Cataluña de una financiación capitativa requerirá facturar flujos (titularidades diferentes y no todas con la misma tradición facturadora lo que se traduce asimismo en capacidad para conseguir una mayor complejidad de casuística a igualdad de casos allá donde se ha desarrollado una mayor experiencia), ajustar por demandas opcionales (oferta "just in case"), considerar más explícitamente los gastos de enseñanza e investigación así como sus externalidades en los gastos asistenciales, ajustar por diferencias en capacidad de gestión y servidumbres inevitables...y, en general, comportarse con una prudencia proporcional a las limitaciones existentes; particularmente, la del desconocimiento efectivo de la población atendida.

Tendrá interés, en cualquier caso, emprender la vía de la financiación capitativa, instrumento coherente con el control del gasto, la finalidad pública de atender según necesidad sanitaria relativa y la expresión sanitaria de la eficiencia a través de la capacidad resolutoria. Partimos de una situación muy rudimentaria, pero fijarse el destino de la financiación capitativa, indicado en principio, obligará a construir camino.

Referencias bibliográficas

Ortún V, López-Casasnovas G. Financiación capitativa, articulación entre niveles asistenciales y descentralización de las organizaciones sanitarias. Madrid: Fundación BBVA, 2002. Número 3 de la serie Documentos de Trabajo que puede consultarse en <http://www.fbbva.es>

Rice N, Smith P. Approaches to capitation and risk adjustment in health care: an international survey. York: Center for Health Economics University of York, 1999.

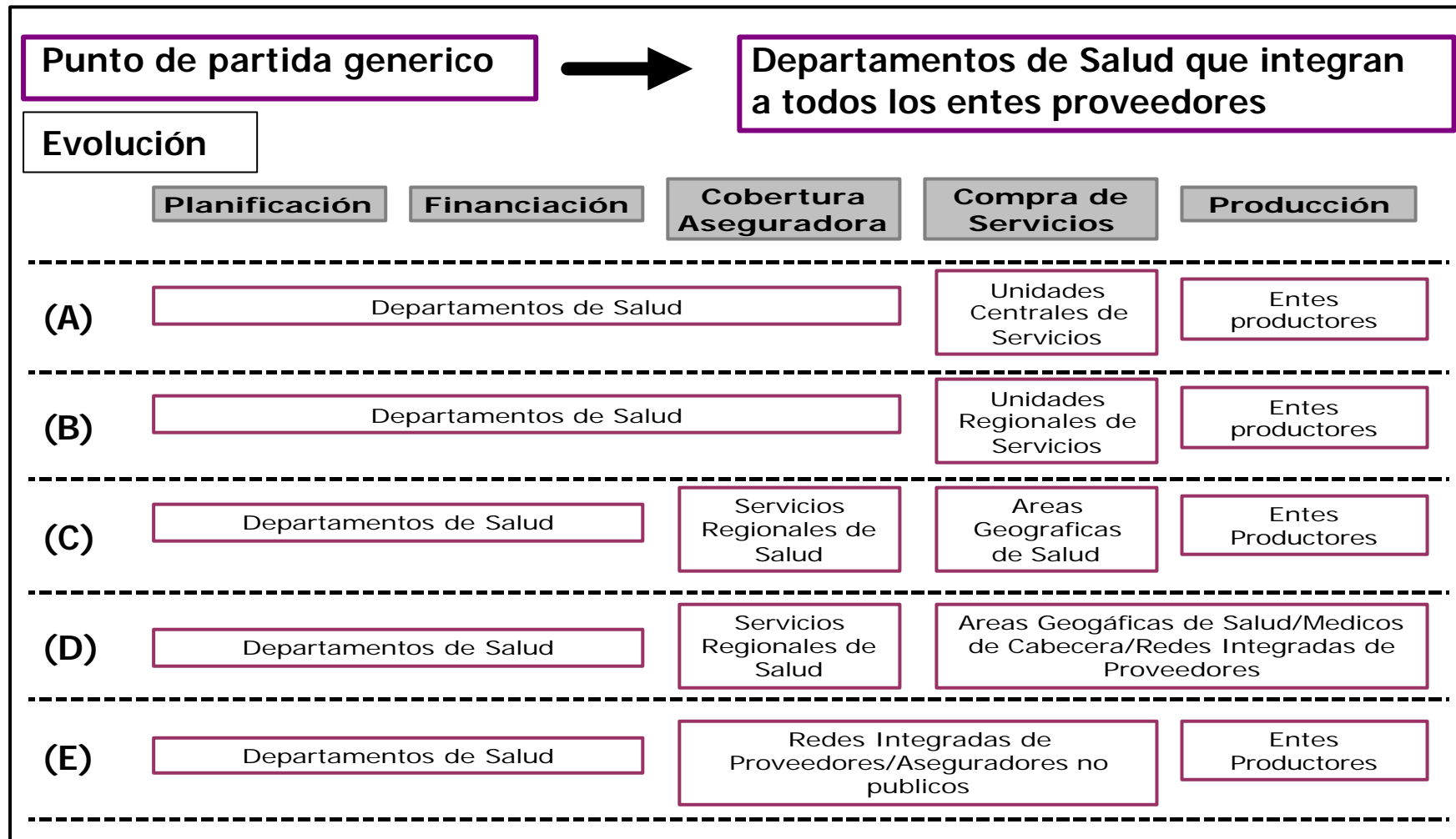
van de Ven W, Ellis R. Risk adjustment in competitive health plan markets. En Culyer A, Newhouse J (eds): Handbook of Health Economics. Amsterdam: North-Holland, 2000, p 755-845.

Tabla 1: Empleo de formulas capitativas en el contexto internacional

PAIS	Plan Sanitario	Factores de ajuste de riesgo utilizados		
		Nivel Individual	Nivel de plan sanitario	Otros factores
ALEMANIA	Seguros de enfermedad (de carácter laboral y competitivos)	Edad, sexo		Renta media individuos del seguro
AUSTRALIA	17 Areas sanitarias (definidas geográficamente)	Edad, sexo, minoría étnica, "sin techo"	Mortalidad, Nivel educativo, ruralidad	Utilización sanidad privada, flujos de desplazados, variaciones de costes
BÉLGICA	100 seguros de enfermedad (entorno competitivo)		Edad, sexo, desempleo, invalidez, mortalidad, urbanización	
CANADÁ	17 Servicios Sanitarios regionales	Edad, sexo, minoría étnica, renta	Dispersión de la población	Flujos de desplazados, variaciones de costes
ESCOCIA	15 Consejos Sanitarios	Edad, sexo	Mortalidad	Costes de ruralidad
ESTADOS UNIDOS	Medicare	Edad, Sexo, invalidez, renta, Diagnósticos hospitalarios previos, Condado de residencia	Mortalidad, ancianos viviendo solos, renta, nacimientos con bajo peso	Costes laborales
ESTADOS UNIDOS	Veteranos	Nivel de Dependencia	Mortalidad, ancianos viviendo solos, estado civil	
FINLANDIA	452 municipios	Edad, invalidez	Archipiélago, lejanía	Base fiscal de los individuos del municipio
FRANCIA	25 regiones	Edad		En fase de implementación
HOLANDA	26 seguros de enfermedad (competitivos)	Edad, sexo, situación laboral (incluyendo grados de invalidez)	Urbanización	Renta media individuos del seguro
INGLATERRA	100 Regiones Sanitarias	Edad	Mortalidad, morbilidad, desempleo, ancianos viviendo solos, minorías étnicas, estatus socioeconómico	Variaciones de costes
IRLANDA DEL NORTE	4 consejos Sanitarios (definidos geográficamente)	Edad, sexo	Mortalidad, ancianos viviendo solos medidas de pobreza, bebés nacidos con bajo peso	Ajustes por costes en zonas rurales
ITALIA	21 gobiernos regionales	Edad, sexo		
NORUEGA	19 condados (gobiernos regionales)	Edad, sexo	Mortalidad, ancianos viviendo solos, estado civil	Base fiscal
NUEVA ZELANDA	4 Regiones	Edad, sexo, minoría étnica, renta	Ruralidad	
PAÍS DE GALES	5 Autoridades Sanitarias regionales	Edad, sexo	Mortalidad	Ajuste por coste de la dispersión
SUIZA	200 fondos de enfermedad	Edad, sexo, región		Renta media individuos del fondo

Fuente: Rice N, Smith P. Approaches to capitation and risk adjustment in health care: an international survey. York: Center for Health Economics, occasional paper, 1999

Tabla 2: Posible evolución de los contextos de provisión sanitaria



Fuente: Ortún V, López Casasnovas G. Financiación capítativa, articulación entre niveles asistenciales y descentralización de las organizaciones sanitarias. Madrid: Fundación BBV, en prensa.

Tabla 3: Factores explicativos de las variaciones en el gasto sanitario de los individuos.

↘↘ La edad y el sexo.
↘↘ El estado de salud.
↘↘ Las características socioeconómicas (estilo de vida, renta...)
↘↘ Las características del proveedor (estilo de práctica, nivel de oferta de servicios, eficiencia...)
↘↘ El precio de los recursos utilizados.

Tabla 4: Condiciones que idealmente debe reunir una variable para ser incluida como ajuste en una fórmula de asignación de recursos

Útil	→	factor de riesgo
Fiable	→	no sujeta a errores importantes, esto es, replicable
Factible	→	disponible con facilidad y con un coste de obtención bajo
Universal	→	disponible para toda la población
Objetiva	→	la definición no puede ser subjetiva
no generadora de incentivos perversos	→	la utilización y el gasto previos, siendo buenos predictores, caen de lleno en este tipo de problemas

Tabla 5: Variables utilizadas en el caso de las asignaciones capitativas

- 1. Variables demográficas.** La estructura demográfica de los diferentes planes se toma en cuenta a la hora de realizar el ajuste de riesgos mediante la división de la población en cohortes de edad y sexo.
- 2. Colectivos 'objetivo'.** Grupos de población (%) perteneciente a colectivos considerados en situación de desventaja sanitaria cuya corrección se pretende conseguir a través de la asignación considerada.
- 3. Situación laboral.** Información sobre el número de personas con invalidez laboral o con bajas temporales de enfermedad, por ejemplo. Las ventajas de estos datos son que se actualizan regularmente y que son universales. Sin embargo, el hecho de que no estén diseñados específicamente para consideraciones sanitarias y que sean vulnerables a manipulaciones, representan los principales inconvenientes de su uso.
- 4. Situación geográfica.** La densidad poblacional del plan sanitario (de base territorial) suele ser tomada en cuenta a la hora de realizar el ajuste de riesgos. Los motivos principales se deben a dos razones; primero, al hecho de que la diferencia en el grado de urbanización de una población dé lugar a necesidades sanitarias relativas diferentes; y segundo a la diferencia en costes de proveer ciertos servicios sanitarios (por ejemplo, servicios de ambulancia o logísticos en general).
- 5. Morbilidad y mortalidad.** Las tasas de mortalidad aparecen como un elemento común a algunos sistemas de ajuste de riesgos que actualmente se aplican por ser la variable "proxy" más fiable que se tiene de la morbilidad. Normalmente se suelen utilizar tasas estandarizadas y en muchos casos se opta por no incluir las tasas de mortalidad para los grupos de edades más avanzadas, puesto que sus tasas de mortalidad pueden dominar la tasa global de mortalidad del 'plan', haciendo que ésta no refleje adecuadamente el nivel de necesidad relativa de la población total del plan sanitario. Respecto a las variables de morbilidad, la falta de datos universales ha hecho que su aplicación a efectos de ajuste de riesgos no sea común, utilizándose, en algunos casos, datos sobre el número de personas con algún tipo de invalidez permanente o datos de encuesta sobre autopercepción del estado de salud.
- 6. Variables socioeconómicas.** Mediante la inclusión de estas variables se trata de incorporar en el ajuste de riesgos las mayores necesidades sanitarias que se producen como consecuencia de situaciones de privación y/o marginación social. Algunas de las variables utilizadas son: tasas de desempleo, estructura familiar, calidad de la vivienda, clases sociales y renta.

Notas de pie de página (*situadas al final del texto*)

¹ Comunicación personal d'Emili Cuenca.

² El empleo de las tasas de mortalidad sin ninguna relación con la utilización en Italia, representa una excepción.

³ Rice N, Dixon P, Lloyd D, Roberts D. Derivation of a needs based capitation formula for allocating prescribing budgets to health authorities and primary care groups in England: regression analysis. *BMJ* 2000; 320: 284-8.

⁴ Estas ventajas económicas y sanitarias de la integración vertical han sido analizadas, respectivamente, en dos publicaciones de uno de los autores de este artículo (VO). 1/ Los contornos de las organizaciones sanitarias. En P Ibern (de). *Incentivos y contratos en los servicios de salud*. Barcelona: Springer-Verlag, 1999, p 1-18. 2/ La articulación entre niveles asistenciales. En DelLlano J, Ortún V, Martín JM, Millán J, Gené J. *Gestión Sanitaria. Innovaciones y desafíos*. Barcelona: Masson, 1998, p 348-357.

El número 34 de *Fulls Econòmics* contiene unos artículos muy documentados de Ana Rico i Reinhard Busse, por una parte, y de José Ramón Rodríguez, por otra, que desarrollan estas cuestiones.