

Sistemas de Pago Prospectivo*

Definición:

Se define como un sistema en el cual las tasas de reembolso son definidas por un determinado período de tiempo, previamente a las situaciones que determinaron la demanda. Se refieren en general a los sistemas de capitación.

A) Resumen de artículos

La búsqueda bibliográfica ha identificado un total de 76 artículos que abordan temas sobre el impacto de los sistemas de pago prospectivo en el control de costos, la calidad, de atención y su influencia en los sistemas de servicios hospitalarios, ambulatorios y cuidados del hogar.

En relación al control de los costos, en un artículo (8) se plantea que la expansión del sistema de pago prospectivo utilizado por Medicare, combinado con descuentos de precios e incentivos a los consumidores para utilizar a proveedores que realizan descuentos, puede ser la base de un sistema competitivo de pago prospectivo que reduzca los costos y complemente las iniciativas de control de los mismos. A pesar de la reducción en el número de admisiones y la disminución del tiempo de permanencia de los pacientes en el hospital, los gastos del Medicare por paciente hospitalizado siguen en aumento (69).

Para entender la tendencia antes descrita, se analizaron los formularios de los aliados al Programa en un período de cuatro años, residentes en un grupo de Estados de los Estados Unidos. Debido a que el sistema de pago prospectivo estimula el uso de servicios ambulatorios, se tomó como período de estudio desde los siete días antes de admisión hasta 30 días posterior al alta, los resultados fueron analizados de acuerdo la clasificación de Grupos de pacientes con Diagnósticos Afines (GDA) y al incremento del uso de cirugía, se actualizaron los honorarios del Medicare de acuerdo precio por área geográfica. Se encontró que el gasto por episodio había aumentado 27% en el período del estudio, pero en la información desagregada el rango de aumento iba de 2 a 56%. El autor menciona que el factor más importante para aumentar los gastos es el número de médicos que participan en la atención del paciente, como factores secundarios menciona las ca-

racterísticas del médico y del hospital. El estudio concluye señalando que el control del uso de tecnología y el número de médicos que participan en la atención son críticos para controlar la tasa de incremento de los gastos.

Se analizaron (22) dos sistemas de pago prospectivo que trabajan concurrentemente en un área geográfica. Los resultados muestran que el pago prospectivo, induce a los hospitales a controlar no sólo los costos directos de las múltiples dimensiones de la atención médica del paciente, sino el costo directo por cuidados de enfermería. Para tratar de contener el aumento de los costos médicos (63) se están proponiendo nuevas reglas de reembolso para los gastos del Programa Medicare

Se define como un sistema en el cual las tasas de reembolso son definidas por un determinado período de tiempo, previamente a las situaciones que determinaron la demanda. Se refieren en general a los sistemas de capitación.

que reemplazaran al sistema basado en costos; otras estrategias (61) consideran el cierre de camas hospitalarias.

Un artículo (41) analiza el impacto de las leyes de eficiencia y control de costos en un período de 24 años. Se tomaron cuatro variables de control de costos y tres variables de eficiencia. Los resultados indican que las leyes no tuvieron impacto en las políticas de control de costos pero sí hubo impacto significativo en la eficiencia de las operaciones de los hospitales. El sistema de pago prospectivo del Medicare, depende de una exacta identificación y codificación de los diagnósticos y procedimientos aplicados a los pacientes. En dos estudios (30, 50), se seleccionaron muestras nacionales de hospitales, encontrándose que una proporción significativa de las facturas de estos servicios conte-

nían errores en la codificación y de ese total, más del 60% de los errores habrían conllevado un pago innecesario por montos considerables, esta situación motivo que se tomaran medidas de control, entre las cuales estuvo justificar la solicitud. En una nueva evaluación, se encontró que hubo una disminución importante en los errores, concluyéndose que no existe un sobre reembolso significativo para los hospitales. Se presentan (16) los resultados de una encuesta a los administradores de hospitales de una provincia canadiense acerca de las debilidades y fortalezas de un nuevo sistema de financiamiento.

Un grupo de artículos, trata sobre los sistemas de pago total y parcial. El análisis (24) sugiere que los sistemas de pago total no sólo controlan los costos con mayor efectividad, sino que tienen características inherentes que limitan el costo cambiante y el financiamiento no compensado de los cuidados de salud. Desde la perspectiva de los pagadores, proveedores y pacientes, los sistemas de pago total son más equitativos que los sistemas de pago parcial. Se examina (64) el sistema de tasas regulatorias para los pagadores totales y se comparan los efectos de determinadas características de las tasas diseñadas para promover el control de costos. Los resultados indican que la extensión del tiempo de cobertura y la extensión de las prohibiciones afectan significativamente el crecimiento de los costos. Se hace mención (62) a la aparición de dos sistemas de pago para los médicos que trabajan en el área de laboratorio.

El impacto del sistema de pago prospectivo en la calidad de atención para afiliados al Programa Medicare es analizado en dos artículos (53, 65). Se midió la calidad de la atención antes y después de la implementación de un sistema de pago prospectivo; metodológicamente, se desarrollaron instrumentos para evaluar la calidad de la atención en pacientes hospitalizados con diagnóstico de infarto agudo al miocardio, insuficiencia cardíaca congestiva, neumonía, accidente cerebro-vascular y fractura de cadera. La pobre calidad de atención fue asociada con un incremento de la tasa de mortalidad en los siguientes 30 días después de la admisión. Los resultados indican que excepto para el proceso de planificación de altas, la calidad de la atención ha mejorado luego de

la implementación de un sistema de pago prospectivo. En el segundo estudio, se compararon los resultados de la calidad de atención para una muestra nacional de pacientes hospitalizados, antes y después de la introducción de la clasificación de grupos de pacientes con diagnósticos afines, base del sistema de pago prospectivo. Se encontró que el tiempo de permanencia en el hospital y la mortalidad disminuyeron significativamente. La introducción del sistema de pago prospectivo no se relacionó con un empeoramiento de la calidad de atención. El estudio recomienda un monitoreo clínico para asegurar que los cambios producidos por el sistema de pago prospectivo no afectarán negativamente los resultados de la atención a los pacientes. Similares hallazgos (44) se encontraron al analizar la utilización, de parte de pacientes crónicos y no crónicos, de servicios de internamiento psiquiátrico en un hospital de veteranos en Estados Unidos que implementó un sistema de pago prospectivo. En un artículo (66) se define y discute la calidad de cuidados de salud y sus indicadores, además se presentan los efectos del control de costos en el acceso a cuidados de salud, programas de abuso de sustancias, mejoramiento de la atención, cuidados alternativos y programas de revisión de la utilización. Finalmente, un artículo (68) presenta la experiencia de una institución que está haciendo grandes esfuerzos por mejorar su calidad de atención y la calidad de sus revisiones, desde que implementó el sistema de pago prospectivo.

Un grupo de artículos analiza el impacto de los sistemas de pago prospectivo del Medicare en los hospitales. La mayor parte de las propuestas del sistema de pago prospectivo se han llevado a cabo (6), sin embargo, persisten interrogantes sobre la efectividad y equidad de la administración del precio como herramienta política en el control de costos, algunos autores (11) consideran que este sistema de pago ha puesto a la industria hospitalaria en riesgo de caer en insuficiencia financiera. Se presenta (3) la experiencia de un hospital no lucrativo que respondió al sistema de pago prospectivo con dos estrategias: la primera fue tratar de lograr control efectivo, mejorando la eficiencia de los resultados intermedios y finales, para esto se puso especial atención en pagar las actividades del coordinador de Grupos de pacientes con diagnósticos Afines, del Comité revisor de actividades y de las enfermeras administradoras; la segunda estrategia fue al principio, incrementar los ingresos y luego reforzar la posición del hospital en el mercado local de salud. Respecto a la política y

estructura organizacional del hospital, se observaron los siguientes cambios: crecimiento importante de la administración estratégica, mayor integración entre el médico y el hospital, y desarrollo de un adecuado sistema de registro médico e información. Las evaluaciones iniciales del sistema de pago prospectivo han demostrado su utilidad en reducir la utilización del hospital.

Se diseñó un estudio (14) para determinar si los cambios producidos por el sistema de pago prospectivo mantienen su efectividad a través de la primera década; se aplicó un modelo con componentes de intervención a series nacionales de admisión a hospitalización en una edad específica, promedio de permanencia, y días de hospitalización. Al parecer, existe reducción en las admisiones hospitalarias, en el promedio de hospitalización y en los días de hospitalización pero conforme transcurre el tiempo, estas reducciones se vuelven menos pronunciadas. Un estudio (23) analiza cómo la variación de la presión fiscal del sistema de pago prospectivo afecta los gastos y comportamiento de los hospitales involucrados en este programa, para esto se tomó la información de los dos primeros años fiscales de los hospitales involucrados en el programa. Se observó que durante el primer año hubieron grandes cambios, pero en el segundo año los cambios fueron pequeños. Las evidencias muestran que las variaciones de la presión fiscal, reflejan factores en relación a la eficiencia de los hospitales y quizás puedan debilitar más que promover un apropiado control de costos, motivo por el cual los autores recomiendan revisar la metodología del sistema de pago prospectivo. Aunque la creación de este sistema en el Medicare fue para proporcionar incentivos financieros a los proveedores y así controlar los costos, también significa un riesgo para ellos, esto ha disminuido la efectividad de los servicios de psiquiatría, en particular los relacionados a hospitalización (18). Un artículo presenta varios sistemas de pago que han sido propuestos para incorporar este tipo de servicios al sistema de pago prospectivo.

Respecto al pago prospectivo para servicios de cirugía ambulatoria (12), éste ofrece la oportunidad de alcanzar una eficiencia operacional en el sistema de atención de salud, porque incorporan incentivos a los médicos y establecimientos para reorganizar la atención. Un artículo (39), analiza el rápido crecimiento de los gastos en pacientes ambulatorios y el mandato del Congreso de los Estados Unidos para organizar un siste-

ma de pago prospectivo para este tipo de pacientes. Se discuten esquemas de clasificación de pacientes y opciones para definir una unidad de pago estableciendo ponderaciones y tasas.

Se evalúan (15) los efectos de un sistema de pago prospectivo sobre los costos y acceso a cuidados en el hogar. El diseño del estudio consistió en un análisis longitudinal, que compara períodos antes y después de la implementación de un sistema de pago prospectivo. Se utilizaron modelos de análisis estadística para probar los efectos del pago prospectivo y otros factores, como características del establecimiento, factores relacionados al mercado de enfermeras del hogar, conveniencia del caso-asociado, y calidad de la atención en el costo de los cuidados de enfermería en el hogar. Los hallazgos son consistentes con resultados de otros estudios, que han demostrado la efectividad del sistema de pago prospectivo para contener los costos de la atención de enfermería a domicilio. Potenciales políticas de intercambio entre control de costos, acceso y monitoreo de la calidad, necesitan mayor atención de parte de investigadores y ejecutores de políticas. Se identifican (51) los efectos del control de costos del Medicaid en los sistemas de pago diario para enfermeras del hogar. Se presentan estimaciones reales de las tasas de pago, en función de clasificaciones de sistemas de pago y variables económicas y demográficas, también se discute la necesidad de futuras investigaciones sobre los efectos del control de costos. Se utilizó un sistema de análisis de información para estimar la eficiencia relativa de las enfermeras del hogar (60), comparando períodos antes y después de la implementación de un sistema de pago prospectivo. Los hallazgos indican que la eficiencia de las enfermeras bajó luego de la implementación del sistema de pago prospectivo. El estudio concluye que las altas tasas de ocupación están asociadas con baja eficiencia y que los controles producen severos efectos negativos en la eficiencia.

Un artículo presenta una entrevista a los inventores de los Grupos de pacientes con Diagnósticos Afines, quienes comentan que su propuesta no ha resultado como ellos lo esperaban (35). Los administradores de registros médicos han documentado una serie de problemas éticos como resultado de la implementación de los GDA, se argumentó que estos problemas están relacionados con el desbalance de poder entre los administradores de registros médicos y otras profesiones de salud (1). Se presentan consejos de cuándo y cómo hacer las revisiones de GDA

En relación a la clasificación de enfermedades, se presenta la experiencia de un hospital que modificó sus métodos de clasificar diagnósticos para promover un sistema de selección de diagnósticos secundarios, con el cual de manera eficiente pueden monitorear la calidad de la información a la admisión (42). Un estudio analiza una categoría de clasificación mediante un muestreo de información (32).

Se describen (33, 34) los principios del mejoramiento continuo de la calidad, aplicados al proceso de codificación. Los autores reconocen que muchas instituciones consideran que tienen limitaciones para emprender un trabajo de estas características, se sugiere el uso de sistemas automatizados como una forma de facilitar el trabajo. El uso (43, 57) de la clasificación de GDA en la elaboración de presupuestos de hospitales, pago, evaluación y actividades de monitoreo de la calidad, requiere de sistemas de información confiables y flexibles. Se comparan los diagnósticos de heridas y scores de severidad generados por tres métodos de codificación y recolección de información examinándose las necesidades de tiempo y costos asociados. Un artículo (54) revisa las investigaciones sobre fuentes de codificación errónea y resume sus hallazgos. Se presenta un modelo de investigación experimental que mide los factores que afectan a las fuentes de codificación errónea y el potencial impacto que han tenido en la calidad de la codificación y subsecuente nivel de reembolso.

Existe gran interés por aplicar Grupos de pacientes con Diagnósticos Afines a la atención ambulatoria. Al respecto se presenta una nueva metodología de caso-asociado aplicable a la atención ambulatoria (28,49).

Es conceptualmente simple, estadísticamente válida y clínicamente relevante, siendo útil para medir productivamente la utilización de servicios ambulatorios en un grupo poblacional particular. Se basa en las características demográficas de una persona y sus patrones de utilización de servicios, no necesita de datos especiales. El artículo explora la aplicabilidad de este sistema en el pago de proveedores, monitoreo de la calidad y revisiones de utilización e investigación.

Al analizar las admisiones al hospital (21, 27) se ha encontrado que exis-

te una gran proporción de admisiones no esenciales en psiquiatría, medicina y abuso de sustancias. En cirugía fue la especialidad donde se encontró el menor número de admisiones no esenciales. La revisión de las admisiones anteriores, ayuda a disminuir los casos innecesarios. En un estudio (52) se analizó un grupo de pacientes que necesitaron readmisión por cirugía, estratificándose los pacientes por número de readmisiones. Se encontró que aquellos que necesitaron tres o más admisiones tuvieron la más grande utilización de recursos del hospital, riesgo financiero con el sistema de pago basado en Grupos de pacientes con Diagnósticos Afines y mortalidad, en comparación con otras readmisiones quirúrgicas.

Se compara (10) la eficiencia hospitalaria utilizando una múltiple perspectiva de entrada y salida en dos direcciones: la primera, usa como resultados una precisa contabilidad de días de hospitalización y los servicios ambulatorios brindados; la segunda, usa como resultado una contabilidad de caso-asociado de servicios de hospitalización y cuidados ambulatorios. Se hace referencia (9) a dos tipos de financiamiento, global y por caso-asociado, para éste último, se considera que establece más incentivos a los hospitales para controlar la utilización de recursos sin reducir el volumen de los servicios, además, representa un instrumento de política más preciso porque sus incentivos pueden ser más fácilmente incorporados a los servicios. Otro artículo (31) revisa los efectos del uso de GDA. Como la base del mecanismo de financiamiento de los hospitales, dentro de un mecanismo de presupuestación global. Se están usando los GDA dentro de un sistema global de presupuestación, prestando atención a los costos promedios, sin considerar si tales costos representan eficiencia en la práctica clínica ésta se determine mejor usando presupuestación clínica y análisis costo-efectividad.

Desde la implementación de los reembolsos del Programa Medicare basados en GDA y la extensión de la gerencia en atención de salud (13, 55), los hospitales están revisando sus costos por paciente y grupos de pacientes, analizando el comportamiento por departamentos individuales e implementando estrategias de contención de costos. Los hospitales han estado limitados en estos esfuerzos por sistemas de contabilidad de costos. Para enfrentar el desafío, los hospitales necesitan pasar cuatro etapas: mejorar los sistemas de contabilidad de costos; separar costos variables de costos fijos; identificar los factores que manejan los costos y

las formas de controlar estos factores y redefinir departamentos como lucrativos o centros responsables de costos y reconfigurar sistemas administrativos que corten las líneas tradicionales de organización. En un hospital de España (47), se ha trabajado un modelo de costo de pacientes que proporciona información descriptiva y analítica de la variabilidad de los GDA y las relaciones entre costo y tiempo de permanencia, de esa forma se trata de superar las limitaciones que significa la determinación de costos totales por grupos de pacientes. Los sistemas de administración por caso-asociado (56), proporcionan elementos de juicio sobre planes de tratamiento costo-efectivo, también permite a la gerencia del hospital identificar prácticas que elevan innecesariamente los costos. Se desarrolló una técnica de despistaje (58) para facilitar el monitoreo de la calidad de los resultados médicos la cual corrige información específica para caso-asociado, usando tasas promedio de resultados de una base de datos, a fin de establecer normas para grupos de pacientes con riesgo uniforme. Una encuesta entre los jefes ejecutivos de los hospitales (67), acerca de su percepción en la implementación de los Grupos de pacientes con Diagnósticos Afines, muestra que los ejecutivos consideran que este sistema es una imposición fiscal y que esta provocando disminución en el uso de recursos y servicios disponibles en hospitalización. Algunos autores consideran que la creciente presión por controlar los costos de la atención de salud, afectará también a los hospitales militares, en los cuales se implantará el sistema de Grupo de pacientes con Diagnósticos Afines (4).

Se revisa (36, 45) la predictabilidad y costo de la atención médica y psiquiátrica, específicamente en los GDA y las medidas de severidad de enfermedad. El financiamiento de la interconsulta de psiquiatría mantiene obstáculos para su implementación y práctica, se han descritos varios métodos alternativos pero no se ha logrado encontrar un mecanismo que permita utilizar eficientemente este tipo de servicio. Los autores consideran que sería importante desarrollar GDA específicos para este tipo de servicios, sobretodo cuando los problemas psiquiátricos coexisten con otro tipo de morbilidad. Se hizo un estudio (20) de todos los Grupos de pacientes con Diagnósticos Afines a trauma en un período. Se comparó la revisión de códigos que hizo un especialista con los diagnósticos asignados por el hospital, encontrándose que hubo una correlación positiva, esto mejoró los reembolsos al hospital. Una auditoría prospectiva ha sido

llevada adelante para evaluar las tendencias en caso-asociado y manejo inicial de pacientes referidos por cirugía vascular a un hospital general (5).

En Europa (17, 19, 48), se están utilizando los GDA adaptándolos a su realidad. En una revisión de la reforma del financiamiento de los servicios hospitalarios, se encontró que el objetivo común, en relación a la utilización de recursos, era lograr una estructura estandarizada de los casos-asociados. La mayoría de los países estaban a favor de una estructura global para el presupuesto de los hospitales. A través de un proyecto, los países europeos están tratando de definir estándares de información y una metodología para medir recursos y costos a nivel institucional e interinstitucional. Una base de datos ha sido instalada para probar la información disponible y validar modelos a través de macrocomparaciones usando Grupos de pacientes con Diagnósticos Afines, y microcomparaciones usando tres enfermedades seleccionadas.

Un grupo de artículos trata diversos temas sobre los GDA y casos-asociados. Se han creado (25) instituciones para verificar las facturas que se emiten en base a GDA y que deben ser pagadas por el Medicare. Para la revisión se utilizan técnicas de muestreo doble ciego. Se propone (26) un sistema para obtener información exacta en perspectiva de elaborar presupuestos y mejorar la oferta competitiva de servicios en Inglaterra. Se estima el impacto de las intervenciones educativas de bajo costo, en el cambio de comportamiento de los médicos en relación a la utilización de los servicios de medicina general. Los resultados muestran una significativa disminución en el promedio de días de hospitalización y en ahorro, la calidad de la atención no se modificó. Se examina (40) el impacto de los Grupos de pacientes con Diagnósticos Afines en el ambiente laboral y la práctica diaria de trabajador social, se sugieren estrategias para mejorar los servicios psicosociales dentro de un clima de control de costos. La información (59) sobre los pacientes que cruzan la frontera de los Estados Unidos y sus patrones de utilización de servicios, están teniendo creciente importancia para los gerentes de los hospitales, se presenta un sistema que proporciona los perfiles clínicos y de costo, la importancia de este sistema reside en que determina el impacto de las asignaciones presupuestarias y anticipa el impacto de nuevos servicios.

En muchos países el concepto de capitación para aseguradores de cuidados de salud está ganando importancia creciente (2). En un medio competitiva, este sistema debe

inducir a las aseguradoras a enfatizar en acciones de control de costos antes que ser benévolo en el riesgo de selección. El monto de los premios debería considerar variaciones anuales predecibles de gasto por atención de salud por persona. Varios estudios han demostrado que las tasas crudas de capitación basadas en edad, sexo y lugar de residencia no reflejan con exactitud los costos esperados, y esto puede llevar a caídas súbitas en las ganancias o pérdidas. El artículo estima otras alternativas de capitación basadas en utilidades previas de servicios de salud. Se presenta (73) un modelo teórico de contrato por capitación. El consumidor elige un plan médico que es diseñado en base a flexibles presunciones acerca de las decisiones proveedor-paciente. El plan médico óp-

En relación a la clasificación de enfermedades, se presenta la experiencia de un hospital que modificó sus métodos de clasificar diagnósticos para promover un sistema de selección de diagnósticos secundarios, con el cual de manera eficiente pueden monitorear la calidad de la información a la admisión.

timo combina las modalidades de pago por capitación y reembolso parcial

Un grupo de artículos aborda el tema de capitación en el área de salud mental. Los ejecutores de políticas están otorgando creciente importancia al financiamiento por capitación de los servicios públicos de salud mental (76), la mayoría de las iniciativas son de planificación o se encuentran en etapas tempranas de implementación. Se discute (71) la evolución racionalidad e implicaciones de un sistema de capitación en servicios públicos de salud mental que unificara estructuras administrativas, clínicas y fiscales de proveedores estatales y comunitarios. Se presenta la experiencia de una ciudad (74, 75) que recibió recursos para mejorar la calidad y costo-eficiencia de la atención de servicios públicos de salud mental, con énfasis en la atención a pacientes crónicos. Se analiza los beneficios y riesgos de la reorganización del sistema de servicios con la modalidades de capitación. En relación a enfermedades men-

tales específicas (46), se hace referencia a una metodología para presupuestar el costo del tratamiento de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia a través de tasas de capitación ajustadas al riesgo, incrementando la flexibilidad particularmente en los servicios ambulatorios y de las intervenciones tempranas, se trata de mejorar la atención de los pacientes.

El uso de la capitación para controlar los costos de la prescripción se está incrementando (70), bajo este sistema, el riesgo se traslada a un farmacéutico o un grupo de farmacéuticos. El autor examina la naturaleza de ese riesgo, los factores que deben ser considerados en la elaboración de tasas de capitación y los caminos para controlar riesgos en un sistema de capacitación. En Alemania (72) la modalidad de pago a los médicos de atención ambulatoria, se basa en un pago por honorarios, pero usando una escala de referencia a nivel nacional y un sistema regional de ingresos basado en capitación como una forma de controlar los gastos, las tasas de capitación se determinan en negociaciones entre las asociaciones de médicos y las compañías de seguros.

Se describe (37) el proyecto de una gran industria americana que ha desarrollado un sistema de revisión de la calidad y mecanismos de pago al hospital, e incluyen incentivos para mejorar la calidad de atención brindada a los empleados. Se analizan (38) las dos mayores Áreas de interés de la propuesta de introducir el sistema de pago por caso en Australia. La primera área de interés está relacionada con el potencial impacto negativo en el presupuesto del gobierno, y la segunda con los incentivos que son inherentes a esta modalidad de pago y que pueden amenazar la calidad de atención.

□

* Organización Panamericana para la Salud. *Nuevas Modalidades de Organización de los Sistemas y Servicios de Salud en el Contexto de la Reforma Sectorial, la Atención Gerenciada. Bibliografía Anotada.* Washington D.C. 1995.