



CLINICAS DE CHILE A.G.  
Clínicas y Centros de Salud

# Temas de Coyuntura

Número 46  
DICIEMBRE 2011

## **¿UN MODELO DE FINANCIAMIENTO PUEDE INCENTIVAR LA EFICIENCIA?**

*El gasto del gobierno canadiense en su sistema de salud es el más alto de toda la historia, impulsado por la innovación tecnológica, el envejecimiento de la población, la inflación y otros factores. A futuro se prevé que siga aumentando, causando preocupación sobre la sostenibilidad del financiamiento del sistema público de salud.*

Un dato importante de considerar al analizar el gasto público de salud en Canada es que 28% del total lo consumen los hospitales, financiados mediante presupuestos globales. Aunque este porcentaje ha disminuido considerablemente en las últimas décadas, los hospitales siguen representando el mayor componente de los gastos sanitarios.

Los mecanismos de financiamiento de los hospitales pueden influir en la calidad y el volumen de las atenciones prestadas, habitualmente la principal fuente de ingresos de los hospitales canadienses es a través de presupuestos globales. Un presupuesto global significa que un monto fijo de fondos es distribuido a cada hospital para pagar por todas sus atenciones realizadas en un periodo de tiempo (comúnmente un año). En muchas regiones el presupuesto global está basado en gastos históricos ajustados por inflación más que en el tipo y volumen de las atenciones provistas.

Aparentemente esta forma de traspaso de costos permite a la autoridad predecir el nivel de gasto que tendrá cada establecimiento, lo que podría asociarse con un mejor control de los recursos. Sin embargo si se entiende eficiencia como la obtención del mejor valor por el dinero gastado, los presupuestos globales entregan pocos incentivos a los hospitales para focalizarse en eficiencia, innovación, mejoras de acceso, coordinación de la atención y mejora de la calidad. Más aun, genera un fuerte riesgo de perpetuar ineficiencias históricas.

La “Fundación Canadiense para la Investigación de los Servicios de Salud” (CHRSF) ha publicado análisis que muestran que la eficiencia en el gasto difiere entre diferentes regiones del país. Si se considera que el principal mecanismo de financiamiento de los hospitales es el presupuesto global, a la luz de los antecedentes, esta modalidad de traspaso de fondos puede no ser la óptima. Frente a esto, hay una clara oportunidad de mejora al explorar mecanismos de financiamiento alternativos.

## **MECANISMOS ALTERNATIVOS DE FINANCIAMIENTO HOSPITALARIO.**

Diferentes mecanismos alternativos a los presupuestos globales para financiar hospitales han sido ampliamente usados en otros países por lo que es posible poder analizar las principales ventajas y debilidades de diferentes mecanismos con el objetivo de encontrar el sistema óptimo para la realidad local:

### **1- Financiamiento basado en el nivel de actividad (FBA).**

El financiamiento de los hospitales en función del volumen de las prestaciones prestadas así como de las características de los pacientes tratados es una forma de financiamiento bastante más compleja que el “presupuesto global” ya que requiere dos características fundamentales:

- 1.- El desarrollo de un sistema de clasificación de pacientes por complejidad, tal como “grupos relacionados de diagnóstico” (GRD), el cual relaciona tipos de pacientes tratados con los recursos usados en tratarlos.
- 2.- La determinación de un monto a pagar por cada GRD.

Muchos países que usan este mecanismo de pago han desarrollado su propio sistema de GRD que refleja patrones de tratamientos locales y sus costos. En Canadá el “Instituto Canadiense para la Información de Salud” mantiene un sistema conocido como “Case mix Group plus (CMG+), el cual puede ser usado como un punto de inicio para desarrollar un sistema de pago basado en la actividad.

El principal beneficio de FBA es su fuerte incentivo a los hospitales para ser costo-eficiente ya que les permite retener cualquier excedente de sus costos. La evidencia internacional muestra que el promedio de días de estada, los tiempos de espera y los costos por egresos tienden a decrecer, mientras que el volumen de pacientes tratados y de esta forma los gastos totales del hospital tienden a aumentar comparados con mecanismos de financiamiento diferentes. Indicadores de calidad tales como tasa de mortalidad, readmisiones, infecciones hospitalarias no muestran mayores cambios.

En relación a aspectos negativos, este modelo de financiamiento ha sido asociado a “selección de riesgos”, ya que incentiva a los hospitales a preferir tratar ciertos grupos de pacientes donde los costos son relativamente bajos y con poca varianza en desmedro de pacientes más complejos y costosos. En Noruega hay preocupación de que el FBA esté asociado con sobre-provisión de algunos servicios hospitalarios y en Estados Unidos hay evidencia que indica que los hospitales limitan acceso a los pacientes más riesgosos. Sin embargo, la selección de riesgos en Canadá es fácil de controlar ya que los hospitales locales habitualmente son los únicos proveedores de su comunidad y están obligados a aceptar a todos los pacientes.



## **2- Modelo Mixto, Global-FBA.**

Este modelo aparentemente permite equilibrar las fallas de cada método porque el FBA tiende a aumentar el gasto hospitalario total mientras que los presupuestos globales lo contienen. Esto ha impulsado a que muchos países funcionen con una mezcla de los dos enfoques.

La proporción de fondos hospitalarios cubiertos por FBA ha variado entre los países que han tomado este enfoque. Los argumentos teóricos indican que los costos fijos de los hospitales deberían cubrirse con presupuesto global y los costos variables con FBA. En la práctica la proporción del financiamiento cubierta por FBA generalmente refleja elementos de política y negociación entre el financiador y los hospitales.

Este enfoque mixto alinea los incentivos para lograr un acceso oportuno y equitativo, volúmenes de atenciones apropiados, y calidad de atención, mientras controla los gastos totales hospitalarios. Comparado con el sistema puro FBA puede ayudar a reducir riesgos en la selección de pacientes ya que el asegurar un presupuesto global fijo le da una base al hospital que le permite enfrentar situaciones inesperadas cuando los costos del paciente son más altos que lo esperado.

## **3- Financiamiento basado en Población.**

Esta aproximación se sirve de características de la población (edad, género, condición socioeconómica, etc.) para determinar el monto que se asigna a cada región. El gobierno regional decide la distribución de estos recursos entre sus centros hospitalarios, utilizando los criterios que considere más oportunos. Este mecanismo de traspaso de fondos regionales se considera un complemento de FBA, ya que se dirige a un aspecto diferente del financiamiento y ayuda a abordar desigualdades entre regiones mediante el reconocimiento de diferencias potenciales en la demanda entre poblaciones y a través del tiempo.

Sin embargo no provee un incentivo a los hospitales para lograr objetivos orientados a la eficiencia del gasto mejoras en los accesos, mejora en la calidad ni mejoras en la coordinación de las atenciones entre diferentes áreas ya que apunta a la forma que se traspasan fondos del nivel central al nivel regional, sin definir los mecanismos que deben usarse en cada región para financiar sus establecimientos hospitalarios.

## **4- Financiamiento basado en Episodios**

Modelo muy similar al FBA, sólo que en este caso la asignación de fondos se extiende del “caso hospitalario” al conjunto del “proceso asistencial” (desde la pre-admisión a los cuidados tras el alta, contemplando el pago a los médicos implicados). A pesar de que en teoría este mecanismo ofrecer condiciones óptimas, la implementación de este modelo exige un sistema de salud altamente estructurado e información detallada del proceso.



CLINICAS DE CHILE A.G.  
Clínicas y Centros de Salud

Este enfoque genera incentivos para una red de derivación costo-eficiente recompensando la coordinación y la colaboración de las atenciones dentro de la red y entre costos clínicos y costos de honorarios médicos. Más aun, elimina riesgos de que los costos se traspasen entre diferentes áreas y potencialmente mejora las medidas de calidad.

Aunque este mecanismo de pago puede ser una interesante opción en el largo plazo, es mucho más complicado de implementar que el FBA. Dada la amplia variabilidad de los tratamientos, implica un arduo trabajo asociar y valorizar episodios hospitalarios, honorarios médicos y cuidados post-agudo.

También al implementar este modelo se pueden enfrentar barreras de tipo regulatorio que impidan al establecimiento libre negociación de honorarios con los médicos.

Existe poco conocimiento de los efectos finales de este mecanismo de pago sobre la selección de riesgo y los gastos totales hospitalarios.

#### **5.- Pago por desempeño (P4P)**

Esto puede ser un mecanismo suplementario a cualquier política de financiamiento hospitalario ya que busca recompensar apropiadamente las atenciones de alta calidad. En la práctica, este modelo plantea “premiar” a los hospitales con pagos suplementarios por sus procesos eficientes, (tales como la pertinencia de una atención) o sus resultados (tales como reducir tasa de mortalidad, readmisiones no planificadas e infecciones hospitalarias). Este mecanismo de pago para compensar a los médicos ha sido ampliamente introducida entre los países OECD aunque el impacto sobre la calidad y los costos finales no está claro.

La experiencia internacional sugiere que el P4P posiblemente aumenta la calidad y eficiencia en intervenciones de salud pública, tales como screening de cáncer y mejora el manejo de condiciones crónicas tales como diabetes y enfermedades cardiovasculares. Iniciativas en el sistema Medicare de Estados Unidos han asociado indicadores de calidad al pago de GRD, por ejemplo los hospitales no reciben pagos por GRD más complejos cuando los pacientes son diagnosticados por una condición adquirida en el hospital.

La implementación de programas P4P puede ser compleja y enfrenta a Canadá a desafíos importantes, tales como establecer medidas de calidad, recolectar información y monitorear la información de desempeño. El cuidadoso diseño de los programas P4P es esencial para evitar consecuencias no deseadas tales como dejar de lado algunas prácticas para favorecer otras que son establecidas como objetivos por el incentivo al desempeño o recompensar prácticas que ya se hacían bien.

## CONSIDERACIONES PARA POLÍTICAS DE SALUD.

El gobierno Canadiense tiene la oportunidad de aprender de reformas de salud implementadas con éxito en otros países. La teoría y la evidencia práctica demuestra que los presupuestos globales no son la mejor herramienta para incentivar naturalmente una atención eficiente y que hay un amplio rango de alternativas disponibles para los hacedores de políticas, para hacer frente a sus objetivos políticos.

En el contexto Canadiense algunos expertos sugieren que a nivel regional se use un método de financiamiento basado en población, lo cual permitiría reducir iniquidades al reconocer diferencias entre poblaciones, regiones y a través del tiempo. Además proponen que los gobiernos regionales implanten FBA en conjunto con presupuestos globales a nivel de los hospitales. Aun cuando los programas P4P llaman enormemente la atención, hay poco conocimiento acerca de indicadores objetivos de desempeño hospitalario, lo que sugiere que debe hacerse más investigación antes de adoptar un mecanismo de este tipo.

Nota: Este documento se basa en el Informe de Investigación de Canadian Health Services Research Foundation: “Are Hospital Funding Mechanisms in Canada Designd to Provide Efficient Care”. 2011.

*Clínicas de Chile A.G. es una asociación gremial que reúne a los principales prestadores y establecimientos de salud privados de Chile en el proyecto común de entregar un mejor servicio de salud al país. Su objetivo es fomentar el desarrollo y perfeccionamiento de las instituciones prestadoras privadas, promoviendo el diseño de políticas públicas que permitan a todas las personas aprovechar la capacidad de gestión eficiente, la experiencia y las competencias del sector privado, para ampliar la cobertura y las opciones de atención en salud.*