

HACIA MODELOS DE RELACIÓN EFICIENTES EN LOS SISTEMAS DE SALUD

La búsqueda simultánea de reducción de los costos y mejoría de la calidad de las atenciones de la salud en el mundo ha impulsado una serie de reformas. Uno de los temas que ha concentrado atención es la modificación de los modelos de atención y los mecanismos de pago para incentivar la eficiencia, respecto de los cuales se han implementado y evaluado diferentes estrategias de operación. Estos modelos se han desarrollado y probado fundamentalmente por iniciativas gubernamentales, pero al mismo tiempo las aseguradoras, hospitales, médicos en el sector privado se han estado desplazando en un camino paralelo.

El tema del gasto en salud es una de las preocupaciones permanentes de la mayoría de los países en el mundo y es una de las áreas donde se espera una mayor tasa de crecimiento futuro. Dentro de los países de la OCDE, salud es el segundo ítem de gasto de los gobiernos y Chile es uno de los países que muestra actualmente una de las mayores tasas de crecimiento.

Es importante destacar que este crecimiento del gasto ha ido acompañado de grandes ventajas para las personas en términos de expectativas y calidad de vida, por lo que no es factible plantear como objetivo revertir el crecimiento sin afectar a las personas. A lo que se debe apuntar es a tomar medidas que permitan hacerlo más eficiente.

Si uno toma como ejemplo casos exitosos o bien encaminados al respecto en el mundo, que han definido un nuevo status, involucrando aseguradores y prestadores públicos y privados, tiene que considerar que el proceso suele ser bastante largo de implementar y como pilar fundamental considera cambios en los mecanismos de pago por atenciones de salud, pasando del pago por atenciones independientes a sistemas de retribución que involucren en forma más directa a aseguradores y prestadores de salud.

ORGANIZÁNDOSE PARA INNOVAR

Un ejemplo bastante interesante de analizar es el proceso de innovaciones que está promoviendo el gobierno en Estados Unidos para sus programas de salud Medicare y Medicaid, que involucran la relación con prestadores públicos y privados y uno de los temas que ha concentrado atención es la modificación de los mecanismos de pago para incentivar la eficiencia.

En USA se partió de la premisa que el proceso de generar ideas de Innovación, testearlas y diseminarlas no es fácil y requiere una organización estructurada que permita llevar adelante este proceso.

En la tarea de desarrollar y probar nuevos mecanismos de pago en USA para los programas de salud del Gobierno (Medicare y Medicaid), el Centro de Servicios de Medicare y Medicaid (**CMS (1)**) tiene la mayor responsabilidad y para estos efectos concentra este tema en un Área especializada en Innovación. Este Centro de Innovación de Medicare y Medicaid (**CMS Innovation Center**) se creó en el año 2010 y se estableció que su objetivo general sería "poner a prueba innovadores modelos de pago y de entrega de servicios para reducir los gastos de los programas, conservando o mejorando la calidad de la atención."

En otras palabras, el Centro de Innovación de CMS no sólo se encarga de desarrollar y poner a prueba los modelos de prestación de servicios innovadores y de pago, sino también se concentra en la búsqueda de estrategias para lograr que los modelos que funcionan se pongan en práctica cuanto antes. Para estos fines cuenta con un presupuesto de US\$10 billones para un periodo de 10 años.

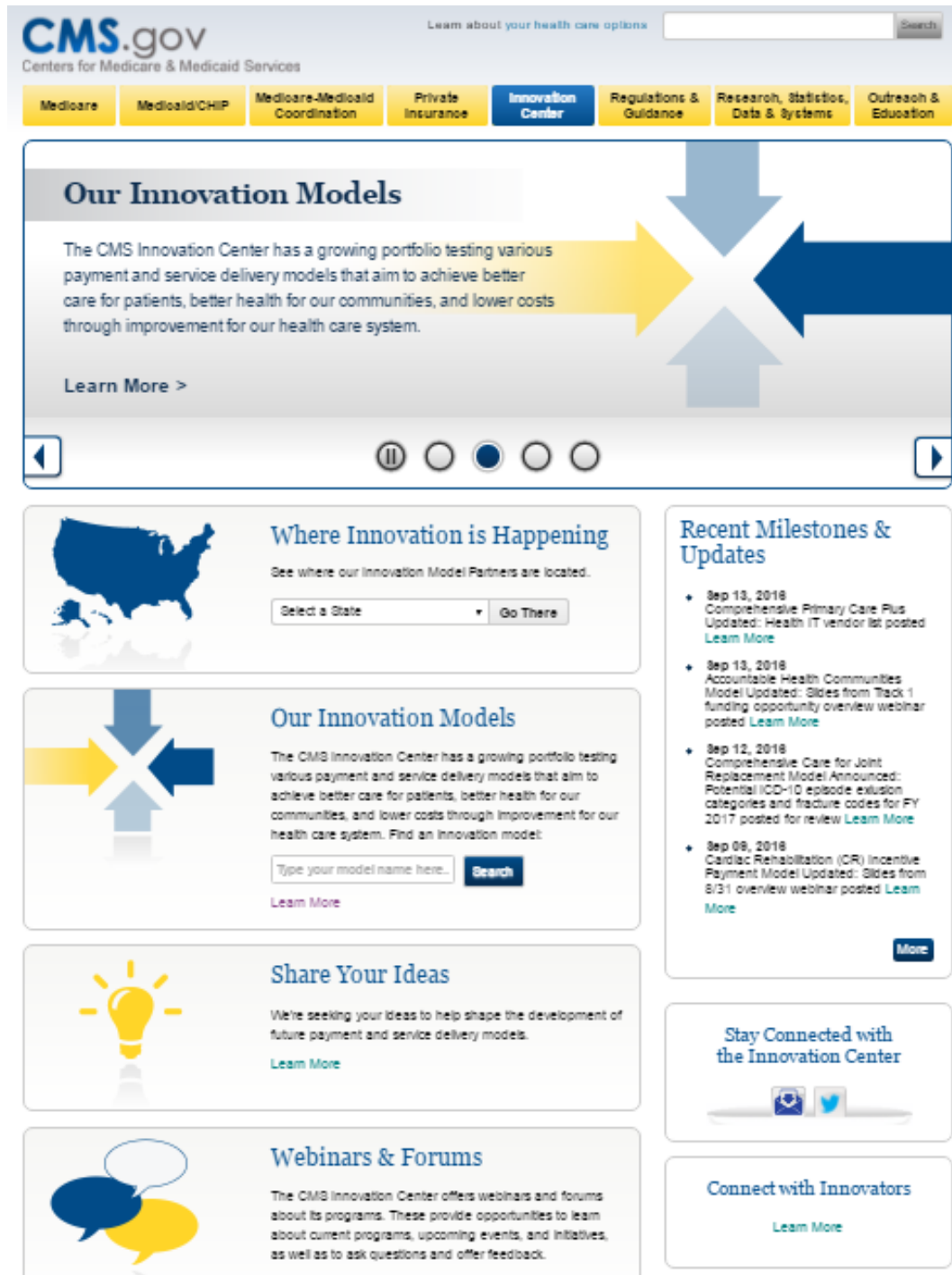
Para el desarrollo de nuevos modelos de atención de salud y pago el Centro de Innovación se basa en las ideas recibidas de las partes interesadas (gobiernos estatales, prestadores, aseguradores, pacientes, entre otros) y la consulta a expertos clínicos y económicos, así como con representantes de las agencias federales pertinentes. Con el objeto de testear nuevas iniciativas, se lleva a cabo un proceso de selección de organizaciones para participar en los pilotos a través de procesos abiertos y competitivos.

Posteriormente lleva a cabo una evaluación de la eficiencia de cada nuevo modelo de atención y pago probado, incluyendo un análisis de la calidad de la atención entregada. Además de la evaluación rigurosa del impacto de cada modelo, se proporciona retroalimentación frecuente a los prestadores que participan en cada prueba, con el fin de apoyar la mejora continua de la calidad, con el entendimiento de que el aprendizaje y la adaptación son esenciales para permitir a los prestadores y los sistemas de salud lograr la mayor eficiencia y mejoras posibles.

Cada prueba de un nuevo modelo de atención de salud o de pago desarrollado por el Centro de Innovación también incluye un plan de acción para asegurar que las lecciones aprendidas y las mejores prácticas identificadas durante la prueba pueden propagarse tan amplia y eficazmente como sea posible para apoyar la mejora del sistema de salud en general.

- (1) El Centro de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS), anteriormente conocida como la Health Care Financing Administration (HCFA), es una agencia federal dentro del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) de Estados Unidos, que fundamentalmente administra el programa de Medicare y trabaja en asociación con gobiernos de los estados para administrar Medicaid, el Programa de seguro Médico para Niños (SCHIP), y las normas de portabilidad de seguro de salud. También tiene un rol determinante en la definición de estándares de calidad de atenciones de salud. <https://innovation.cms.gov/>

Otro rol importante de este Centro es el acercamiento y coordinación de una amplia gama de “partes interesadas” de todo el país. Desde su formación, el Centro de Innovación ha celebrado numerosas reuniones regionales y "sesiones de escucha", llegando a miles de innovadores de todo el país. Además, cientos de ideas para mejorar la atención de la salud se han compartido a través de su sitio web:



The screenshot shows the CMS.gov website with the following sections:

- Header:** CMS.gov logo, navigation menu (Medicare, Medicaid/CHIP, Medicare-Medicaid Coordination, Private Insurance, Innovation Center, Regulations & Guidance, Research, Statistics, Data & Systems, Outreach & Education), and a search bar.
- Our Innovation Models:** A large banner with a central graphic of four arrows pointing towards a center. Text: "The CMS Innovation Center has a growing portfolio testing various payment and service delivery models that aim to achieve better care for patients, better health for our communities, and lower costs through improvement for our health care system." Includes a "Learn More >" link.
- Where Innovation is Happening:** A section with a map of the United States and a "Select a State" dropdown menu.
- Our Innovation Models (Search):** A section with a search bar labeled "Type your model name here..." and a "Search" button.
- Share Your Ideas:** A section with a lightbulb icon and text: "We're seeking your ideas to help shape the development of future payment and service delivery models." Includes a "Learn More" link.
- Webinars & Forums:** A section with a speech bubble icon and text: "The CMS Innovation Center offers webinars and forums about its programs. These provide opportunities to learn about current programs, upcoming events, and initiatives, as well as to ask questions and offer feedback." Includes a "Learn More" link.
- Recent Milestones & Updates:** A list of updates:
 - Sep 13, 2018 Comprehensive Primary Care Plus Updated: Health IT vendor list posted [Learn More](#)
 - Sep 13, 2018 Accountable Health Communities Model Updated: Slides from Track 1 funding opportunity overview webinar posted [Learn More](#)
 - Sep 12, 2018 Comprehensive Care for Joint Replacement Model Announced: Potential ICD-10 episode exclusion categories and fracture codes for FY 2017 posted for review [Learn More](#)
 - Sep 09, 2018 Cardiac Rehabilitation (CR) Incentive Payment Model Updated: Slides from 8/31 overview webinar posted [Learn More](#)
- Stay Connected with the Innovation Center:** A section with social media icons for Facebook and Twitter.
- Connect with Innovators:** A section with a "Learn More" link.

NUEVOS MODELOS DE ATENCIÓN Y PAGO

El Centro de Innovación CMS tiene un amplio portfolio de pruebas de nuevos modelos de prestación de servicios de salud y de pago, que tienen como objetivo lograr una mejor atención a los pacientes, mejorar la salud de la población y reducir los costos.

Los modelos de innovación en desarrollo se han organizados en 7 categorías:

1. Responsabilidad de la atención de salud:

En esta área se busca desarrollar modelos de atención innovadores con el objeto de incentivar a los prestadores a asumir la responsabilidad por la salud una población beneficiaria, invirtiendo en infraestructura y rediseñando procesos para proveer atenciones coordinadas y de calidad. Las ACO (organizaciones responsables de la atención y el cuidado) y otros modelos similares están diseñados para incentivar a los proveedores de atención de la salud.

Específicamente, las ACO son entidades formadas por múltiples prestadores de salud que operan en red, compartiendo riesgos financieros e incentivos, los que colectivamente son responsables por un grupo de pacientes. Múltiples formas de ACO son posibles, incluyendo grandes redes integradas, organizaciones de médicos y de hospitales, grupos de médicos de diferentes especialidades, con o sin la relación directa con el hospital, asociaciones de práctica independientes y redes virtuales interdependientes de profesionales en salud.

2. Iniciativas de pago basadas en “eventos médicos”:

Bajo este esquema, los prestadores de salud asumen el costo y son responsables de la calidad de la atención que recibe un paciente en un “evento médico”, el cual se inicia por ejemplo con una hospitalización o un ciclo de quimioterapia y se extiende por un periodo de tiempo posterior al término de la atención aguda.

3. Transformación de la Atención Primaria:

Los prestadores de atención primaria son un factor clave de contacto para pacientes con necesidades de salud. Fortalecer y extender el acceso a este tipo de atención es fundamental para promover la salud y reducir los costos generales de atención. Las prácticas de atención primaria avanzada utilizan un enfoque basado en equipos de trabajo, haciendo hincapié en la prevención, las tecnologías de información de salud, coordinación de la atención y la toma de decisiones compartida entre los pacientes y sus prestadores.

4. Iniciativas focalizadas en Medicaid y el programa de Seguro de salud de menores de edad (CHIP):

Estos dos programas son administrados por los Estados, pero son financiados conjuntamente por el gobierno federal y los estados. Las iniciativas en esta categoría son administradas por los estados participantes.

5. Iniciativas centradas en las personas inscritas simultáneamente en Medicare-Medicaid:

Los programas de Medicare y Medicaid fueron diseñados con fines distintos, pero hoy en día hay más de 10,7 millones de personas que tienen acceso a ambos programas simultáneamente (duplicidad de inscripción). Estas personas representan una parte muy importante de los gastos de estos programas. Un sistema totalmente integrado, centrado en la atención de la persona, que garantice que se cumplen todas sus necesidades, podría servir mejor a esta población, con una alta calidad y de manera más rentable.

6. Iniciativas para acelerar el desarrollo y prueba de nuevos modelos de atención y pago:

Muchas innovaciones necesarias para mejorar el sistema de salud deben venir de las comunidades locales y líderes del sector de todo el país. Al asociarse con estos actores locales y regionales, los CMS pueden ayudar a acelerar el ensayo de modelos que pueden significar grandes soluciones para el futuro.

7. Iniciativas para acelerar la adopción de mejores prácticas:

Estudios recientes indican que demora casi 17 años en promedio antes que “mejores prácticas”, respaldadas seriamente por investigaciones, se incorporen y se generalicen en los procesos de atención, e incluso entonces la aplicación del conocimiento es muy desigual. El Centro de Innovación se ha asociado con una amplia gama de prestadores de salud, Asociaciones profesionales y otros expertos y partes interesadas para poner a prueba nuevos modelos para la difusión de las mejores prácticas basadas en la evidencia y aumentar significativamente la velocidad de su adopción.

CONCENTRÁNDONOS EN NUEVOS MODELOS DE PAGO

El proceso de cambio en los mecanismos de pago apunta a generar en los prestadores un nivel de involucramiento diferente al actual. Al ofrecerles a estos prestadores pagos más integrales, en conjunto por ejemplo un episodio de atención médica o una población a cargo, los hace conjuntamente responsables por la atención del paciente. También les permite a los prestadores lograr ahorros basados en el manejo efectivo de los recursos cuando brindan tratamiento eficiente.

De las múltiples iniciativas de innovación relacionadas con modelos de pago que está impulsando el CIMM, es interesante destacar dos iniciativas:

- **Organizaciones de pago responsable (ACO)**
- **Pagos conjuntos o paquetizados (Bundled Payments)**

Organizaciones Responsables de la Atención (ACO)

Estas nuevas entidades están diseñadas para compartir riesgos financieros e incentivos de múltiples prestadores de servicios de salud, los que colectivamente son responsables por un grupo de pacientes. Las organizaciones (ACO) invierten en infraestructura y rediseñan procesos de atención que buscan ofrecer atención coordinada de alta calidad y prestación de servicios eficientes.

Desde marzo de 2013, 250 organizaciones responsables de servicios de salud de Medicare (ACO) se habían formado en 47 estados y territorios y estuvieron atendiendo a más de 4 millones de beneficiarios a cambio de un honorario por servicios.

Medicare ofrece varias alternativas de programas ACO:

- Programa de ahorros compartidos,
- el Modelo de pago anticipado de ACO para determinados prestadores “elegibles” (generalmente con experiencia previa en el programa de ahorros compartidos)
- Modelo Pionero de ACO para las organizaciones de salud y prestadores ya experimentados en la atención coordinada de pacientes a través de los establecimientos de atención.

CMMI anunció a 32 participantes en la demostración de un “Modelo Pionero ACO” diciembre de 2011. El periodo de prueba empezó el 1º de enero de 2012. En los dos primeros años, el modelo probó un acuerdo de pagos de ahorros compartidos y de pérdidas compartidas, con mayores niveles de recompensas y riesgos que en los programas de ahorros compartidos. Estos ahorros compartidos se determinan mediante comparaciones contra una referencia de ACO, basada en los gastos previos de CMS por un grupo de pacientes. En el tercer año del programa, aquellos Pioneros ACO que habían mostrado ahorros en los primeros dos años serían elegibles para desplazarse a un modelo de pago basado en población. El pago basado en la población es un pago por beneficiario por mes y el importe del pago mensual pretende sustituir parte o la totalidad de los pagos por prestación con un pago mensual anticipado.

Los análisis de evaluación preliminares de este modelo han mostrado menores incrementos de costos que los observados en modelos basados en pago por prestación. También, todas las organizaciones ACO Pioneras mostraron comparativamente mejores indicadores de calidad. Por ejemplo, tuvieron menores readmisiones a los hospitales y también controlaron mejor la población diabética.

Pagos Conjuntos o Paquetizados (Bundled Payments)

Actualmente el Medicare procesa pagos separados para distintos prestadores por los servicios que ellos prestan a un mismo beneficiario por una cierta enfermedad o por el curso del tratamiento (un episodio de atención médica). Un pago en conjunto, conocido como bundled payments. Es la nueva modalidad que se está testeando para pago de hospitalizaciones en Medicare.

En enero de 2013, CMS anunció que más de 500 organizaciones participarán en una prueba de “pagos conjuntos” durante tres años, llamada **iniciativa de Pagos en Conjunto para las Mejoras de la Atención (BPCI- Bundled Payments for Care Improvement)**, donde básicamente se establecen acuerdos de pagos que incluyen responsabilidades financieras y de ejecución por “episodios de atención médica”.

Hay varias formas en que las organizaciones pueden participar en BPCI, distinguiéndose aquellos que asumen riesgo directamente, que inician un episodio o sirven como un administrador o convocante.

La prueba piloto testeará cuatro modelos de pago

Modelo 1: Pago por estadía hospitalaria

Define el episodio de atención como la internación en un hospital de agudos. Medicare paga al hospital un monto pre- establecido, en el marco del sistema de pago prospectivo para pacientes hospitalizados. Medicare sigue pagando a los médicos sus servicios por separado en el marco del Plan de tarifas de Medicare para Médicos. El primer grupo prueba en este modelo se inició en abril de 2013 y concluyó el 31 de marzo de 2016. El siguiente grupo concluirá su participación el 31 de diciembre de 2016. Los participantes pueden elegir episodios clínicos de la totalidad de los DGR definidos.

Modelo 2 : Pago por hospitalización y cuidados post-hospitalarios

Implica un acuerdo de pago retrospectivo en que los gastos reales se cotejan con un precio objetivo para un episodio de atención. En este modelo, el episodio de atención incluye la estancia hospitalaria de un beneficiario de Medicare en el hospital y cuidados post-hospitalización, considerando todos los servicios relacionados durante el episodio de atención, es decir, hasta 30, 60, o 90 días después del alta hospitalaria. Los prestadores participantes pueden elegir de un máximo de 48 episodios clínicos diferentes para probar en el modelo, establecidos en una lista de “diagnósticos elegibles”.

Este modelo es el que cuenta con mayor cantidad de participantes, que en promedio están testeando 5 episodios clínicos cada uno.

Modelo 3: Pago por cuidados post-hospitalarios

Implica un acuerdo de pago retrospectivo en que los gastos reales se cotejan con un precio objetivo para un episodio de atención. En este Modelo, el episodio de atención se desencadena por una hospitalización de un beneficiario de Medicare y comienza cuando parten los servicios de atención post-agudos con un centro de enfermería especializada participante, centro de rehabilitación para pacientes hospitalizados, hospital de atención a largo plazo o en un hogar de asistencia. Los servicios de atención post-agudos incluidos en el episodio de atención deben comenzar dentro de los 30 días del alta de la hospitalización y poner fin a los 30, 60, o 90 días después del inicio del episodio de atención. Los participantes pueden seleccionar hasta 48 diferentes episodios clínicos para probar el modelo.

En el Modelo 4: Pago prospectivo único por hospitalización de agudos

En este modelo el CMS hace un pago único paquetizado al hospital, determinado de forma prospectiva, que abarca todos los servicios prestados por el hospital, los médicos y otros profesionales durante el episodio de atención, que dura toda la estadía en el hospital. Reingresos relacionados, hasta 30 días después del alta hospitalaria, se incluyen en el importe del pago incluido. Los participantes pueden seleccionar hasta 48 diferentes episodios clínicos para probar el modelo.

En el sector privado, las aseguradoras comerciales y empleadores también están adoptando iniciativas de pagos en conjunto. PepsiCo, por ejemplo, a fines de 2011 empezó a renunciar a los **deducibles** para los empleados cuando ellos eligen ciertos prestadores con los que hay acuerdo de pagos paquetizados. Walmart también empezó desde el año 2013 con pagos paquetizados para procedimientos cardíacos y de la columna, incluyendo consultas y atención médica para los beneficiarios de su plan de salud.

LA MIRADA POLÍTICA AL TEMA

Las autoridades de salud del gobierno de Obama argumentan que las reformas ya han contribuido a la reducción, en estos pocos últimos años, de la tasa de crecimiento de los gastos per cápita de **Medicare**. Los pacientes están reingresando al hospital a un ritmo decreciente después de haber sido dados de alta. La tasa de readmisión cayó a 17.8 por ciento en el último trimestre de 2012, luego de situarse entre el 18.5 y el 19.5 por ciento durante los cinco años previos.

Hay un respaldo general para desplazarse en la dirección de la atención médica coordinada y pagar por servicios de mayor calidad, pero siguen existiendo diferencias que dificultan el progreso. Algunos legisladores han expresado sus inquietudes de que CMMI esté probando demasiados tipos de modelos al mismo tiempo. Ellos plantean que sería más exitoso si se eligieran unas pocas iniciativas – tales como los pagos en conjunto de ACO - y se dedicara más tiempo para cerciorarse de que ellos tengan el efecto deseado de reducir costos e incrementar la calidad y la eficiencia.

ALGUNAS ASPECTOS INTERESANTES DE CONSIDERAR EN CHILE

Es interesante darse el tiempo para ver que está pasando en el mundo, analizar estos procesos y sacar conclusiones para nuestro país:

- La primera idea que surge es que el objetivo de estas reformas es optimizar el sistema de salud como un todo, dando espacio a iniciativas que surgen del ámbito público y privado.

- Un segundo aspecto a destacar es que la complementariedad público privada a nivel de aseguramiento y prestación es un dato. Ya no se discute ese punto y la discusión es como hacer más eficiente el sistema de salud, donde están todos involucrados.
- Para que un cambio se realice debe haber real voluntad política, un consenso social que permite institucionalizar el proceso. Avanzar en el desarrollo de mecanismos que hagan más eficientes los sistemas de pago entre aseguradores y prestadores de salud requiere de un liderazgo y coordinación institucional, con participación de todos los involucrados y objetivos de largo plazo. Entendiendo que son procesos largos de testear e implementar con éxito.
- En Chile sentimos que hemos avanzado poco en estas materias y más aún, la mayor parte de los esfuerzos realizados, han sido iniciativas aisladas impulsadas por personas visionarias, pero no realmente insertas en una política explícita al respecto con continuidad en el tiempo e independiente de los gobiernos de turno.
- En ese ámbito destacamos los PAD de FONASA y recientes iniciativas innovadoras impulsadas por FONASA para comprar atenciones de salud a los prestadores privados basados en pago por “soluciones de salud” por ejemplo.
- Los prestadores privados de Chile queremos impulsar esta discusión y queremos sumarnos para generar propuestas y adherir a iniciativas en esta línea, pero que importante sería que pudiéramos ver en ellas decisiones de largo plazo, que nos permitan a nosotros también invertir en las adaptaciones necesarias que requieren estas innovaciones, sin temor que al cabo de 2 o 3 años se eliminen sólo por razones ideológicas, independiente de sus resultados.

Este documento está basado fundamentalmente en la información disponible en la página web del Centro de innovación del Medicare y Medicaid, <https://innovation.cms.gov/>.

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.