Ediciones Especiales 5

Guía para la capitación prospectiva con ejemplos de América Latina

Alexander Telyukov, Ph.D.
Abt Associates Inc.

Marzo del 2001

Esta publicación fue producida por Partnerships for Health Reform (Colaboración para la Reforma de la Salud), un proyecto financiado por USAID bajo el contrato No. HRN-C-00-95-00024, en colaboración con la Iniciativa Regional de Reforma del Sector de la Salud, financiada por USAID bajo el contrato No. HRN-5974-C00-5024-00. Las opiniones vertidas en este documento pertenecen al autor y no reflejan necesariamente la opinión de USAID.

Índice

Siglas iii
Agradecimientos iv

Introducción y conceptos básicos 1
Capitación parcial y total 2

Temas de la puesta en práctica de la capitación 4
Asignación del presupuesto capitado 4
Determinación del pago capitado 5
Ajuste con respecto al riesgo 7
Estrategias clínicas y organizacionales 9

Cómo establecer un sistema de salud integral basado en la capitación 12

Estudios de casos por país 14
Revisión regional 14
Colombia 16
Costa Rica 16
Perú 17
México 18

Conclusión 20

Bibliografía 22

Recuadros

Recuadro 1. Elementos de capitación 1
Recuadro 2. Fórmulas para calcular el pago capitado 5
Recuadro 3. Consejos prácticos sobre cómo establecer un sistema integral de salud de capitación prospectiva 13

Cuadros

Cuadro 1. Capitación ajustada según el riesgo en Perú 18

Figuras

Figura 1. Asignación de presupuesto de capitación a través de un administrador de fondos 4
Figura 2. Determinación del pago capitado usada con base en el requisito mínimo de ingresos 6
Figura 3. Tres métodos para determinar la capitación 7

Siglas

ALC	América Latina y el Caribe (países, región)
ARS	Administraciones del Régimen Subsidiado (Colombia)
CP	Capitación prospectiva
EBAIS	Equipo Básico de Atención Integral de Salud (Costa Rica)
EPS	Entidades Promotoras de Salud (Colombia)
EPS	Entidades Proveedoras de Salud (Perú)
GRD	Grupos relacionados por diagnóstico
HMO	Organización de mantenimiento de la salud (U.S.-Health Maintenance Organization)
IAMC	Instituciones Médicas Colectivas (Uruguay)
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social
IPS	Instituciones Proveedoras de Servicios (Colombia)
ISAPRE	Institución de Salud Previsional (Chile)
MCO	Organizaciones de atención controlada (U.S.-Managed Care Organizations)
MGO	Organizaciones de grupos médicos, Brasil
MINSA	Ministerio de Salud
OS	Obras Dociales (Argentina)
PC	Presupuesto capitado
PMPM	por mes por miembro (tarifa de pago)
POS	Plan Obligatorio de Salud (Colombia)
POSS	Plan Obligatorio de Salud Subsidiado (Colombia)
SIS	Sistema integral de salud
UPC	Unidad de pago per cápita (Colombia)

Agradecimientos

Esta *Guía para la Capitación Prospectiva con ejemplos de América Latina* es parte de una serie de tres publicaciones en que se tratan los conceptos de los mecanismos de pago a proveedores con ejemplos de América Latina y el Caribe. Deseo expresar mis sinceros agradecimientos a Christopher Bross y Kathleen Novak por sus útiles sugerencias y perspicaz edición, que permitieron la publicación de estos documentos.

Introducción y conceptos básicos

La capitación prospectiva es un método de financiamiento mediante el cual los proveedores de atención de salud reciben un pago predeterminado por cada paciente que se registra con ellos. A su vez, los proveedores acuerdan entregar servicios específicos a cada miembro de la población definida, según se requiera, durante un período estipulado contractualmente.

La capitación prospectiva expone a los proveedores de atención a los riesgos y consecuencias de gastar más que el presupuesto predefinido y pagado por anticipado. Para manejar estos riesgos, los proveedores que reciben pago mediante este mecanismo buscan las formas clínicamente eficaces y eficientes en función de los costos de entregar sus servicios fortaleciendo la prevención y otras atenciones primarias, favoreciendo estrategias clínicas que reemplacen el hospital, limitando la referencia a niveles superiores de atención y controlando la utilización de recursos por parte de los proveedores subcontratistas.

En los últimos 15 a 20 años, ha aumentado el reconocimiento internacional de la capitación prospectiva. Actualmente, se usa en sistemas de atención de salud que varían desde aquellos que dependen del mercado, como el sistema estadounidense, hasta los controlados por el gobierno, como el del Reino Unido. Bajo las reformas en los pagos a los proveedores en estos sistemas de salud que establecen tendencias, la capitación prospectiva ha producido importantes efectos sistémicos, como el aumento del énfasis en la prevención y la continuidad de la atención, la disminución de las tasas de admisión y del tiempo de permanencia en el hospital. Puesto que se han documentado extensamente las experiencias positivas y las negativas, la capitación prospectiva ha pasado a ser una opción accesible para aplicaciones de prueba en los países de América Latina y el Caribe.

Recuadro 1. Elementos de capitación

La capitación contiene tres elementos fundamentales:

1) El pago está ligado a una población definida de pacientes, es decir, el dinero sigue al paciente;
2) La atención se paga por anticipado a una tarifa predeterminada, por tanto, la capitación es un método de reembolso previsto del proveedor;
3) El beneficiario de los pagos de capitación podría enfrentar riesgo financiero si los gastos exceden los pagos y, por consiguiente, está influenciado por un incentivo para manejar la atención en forma eficaz en función de los costos.

La capitación prospectiva apoya firmemente los siguientes objetivos de política de salud:

- Aumentar la participación de los médicos generales en la determinación de estrategias clínicas, patrones de referencia y asignación de recursos entre los niveles de atención;
- Mejorar la coordinación de servicios entre los niveles primario, secundario y terciario;
- Ampliar el acceso a atención y liberalizar la elección de proveedor por parte del usuario, restringiendo al mismo tiempo el "cambio indiscriminado de médicos", lo que provoca un gran número de visitas la consulta, exámenes y prescripciones;
- Mejorar la satisfacción profesional y económica de los proveedores de atención de salud;
- Aumentar la eficiencia en función de los costos en el sector de atención de salud.

Capitación parcial y total

Se distingue entre capitación parcial y completa (total) según ésta se aplique como método de financiamiento a algunos tipos de servicio o a todos.

Capitación parcial significa que las tarifas y presupuesto determinados por capitación en forma prospectiva sólo se aplican a algunos servicios entregados por un establecimiento médico o una red de establecimientos contratados. Todos los demás servicios se reembolsan fuera del presupuesto de capitación, aun cuando sus tarifas no se hayan acordado por anticipado. Desde 1990, en el Reino Unido el 45% de los servicios proporcionados por los médicos generales se ha reembolsado mediante capitación. Esta proporción ha aumentado desde entonces.

> Según la Regulación del Servicio Nacional de Salud del Reino Unido de 1992, los médicos generales reciben un pago de capitación por paciente afiliado, complementado con "honorarios por servicio" que se aplican a los servicios de anticoncepción y maternidad, inmunizaciones, citología cervical y cirugías menores.

Dado que la capitación parcial incluye elementos de reembolso de capitación y de reembolso por atención prestada, surgen dos conjuntos de incentivos divergentes. Al manejar servicios de capitación, el proveedor tiende a limitar los costos en dos formas. En primer lugar, el proveedor intenta controlar sus costos unitarios, es decir, por unidad de servicios para asegurarse de que los costos no excedan un precio predeterminado con el cual se incluye el servicio en el pago capitado. En segundo lugar, el proveedor intenta evitar la utilización excesiva de ese servicio, puesto que el componente del presupuesto de capitación relacionado con un servicio específico se financia según una tasa de uso predefinida. El exceso de utilización provocará dificultades financieras.

Al manejar servicios que no corresponden a capitación, los proveedores seguirán esforzándose por controlar los costos unitarios para mantenerse dentro de las tarifas de reembolso por atención establecidas en el contrato entre el comprador y el proveedor. Al mismo tiempo, el incentivo para evitar el exceso de utilización aquí se revierte, puesto que los ingresos son directamente proporcionales al número de unidades de servicios prestados.

Un cotizante prudente aplicaría un enfoque variable con respecto a la limitación de costos, combinando capitación prospectiva con pago por servicio. La mayor parte de la atención médica se reembolsaría por capitación, motivando así en gran medida a que un proveedor adoptara estrategias costo-eficientes para mantener la salud de los pacientes. Sin embargo, los proveedores pueden verse tentados a realizar ahorros limitando el acceso de los pacientes a los servicios, sacrificando, entre otros, los servicios de alta relevancia para la salud pública, en lugar de intentar estrategias creativas para limitar los costos. Para minimizar este riesgo, un comprador prudente estimulará la producción de servicios que reflejen las prioridades de salud pública con el reembolso por atención prestada.

Capitación completa (total) significa que el pago por capitación cubre todo el paquete de servicios negociado entre un comprador y un proveedor. Estos paquetes pueden ser lo suficientemente integrales como para incluir hospitalizaciones de emergencia, hospitalización planificada, hospitales de atención diurna, incluyendo procedimientos quirúrgicos menores, consultas de pacientes ambulatorios y visitas domiciliarias, inmunizaciones, planificación familiar y promoción de salud, prescripciones de medicamentos y atención dental.

> La atención dental es un componente relativamente poco frecuente del financiamiento por capitación. Desde 1993, los dentistas del R.U. han recibido un pago basado en la capitación por entregar gran parte de la atención en consulta a menores de 18 años. También reciben un pago mensual de capitación por la atención continúa de adultos, incluidos servicios de emergencia y reemplazo de prótesis que fallaron antes de un año. Además de estos pagos, los médicos pueden cobrar a los pacientes honorarios reglamentados.

En la práctica, los compradores pueden utilizar paralelamente los métodos de pago de capitación total y parcial. Por ejemplo, todos los servicios de medicina general se podrían financiar mediante capitación prospectiva, mientras que los proveedores de atención secundaria y terciaria que funcionan por contrato de la misma agencia compradora se reembolsarían según un sistema de reembolso por atención prestada o por paciente egresado. Si el comprador organiza a todos los proveedores del contrato en una sola red de referencia, esta red de proveedores va a cubrir todos los niveles de atención, formando así un sistema integral de salud. Los recursos de este tipo de sistema se planificarían o asignarían

según el sistema totalmente capitado; es decir la demanda total de recursos es el producto del gasto en salud per cápita anual y el número de afiliados o residentes locales. Desde el punto de vista de planificación financiera, un sistema integral de salud es un sistema de capitación total. En el caso de la atención primaria, los fondos se utilizan según un sistema de capitación total, mientras que se emplean otros métodos de desembolso de fondos para proveedores secundarios y terciarios. Desde la perspectiva de asignación de fondos y ejecución de presupuesto, el sistema presenta las características de una red de proveedores de capitación parcial.

Temas de la puesta en práctica de la capitación

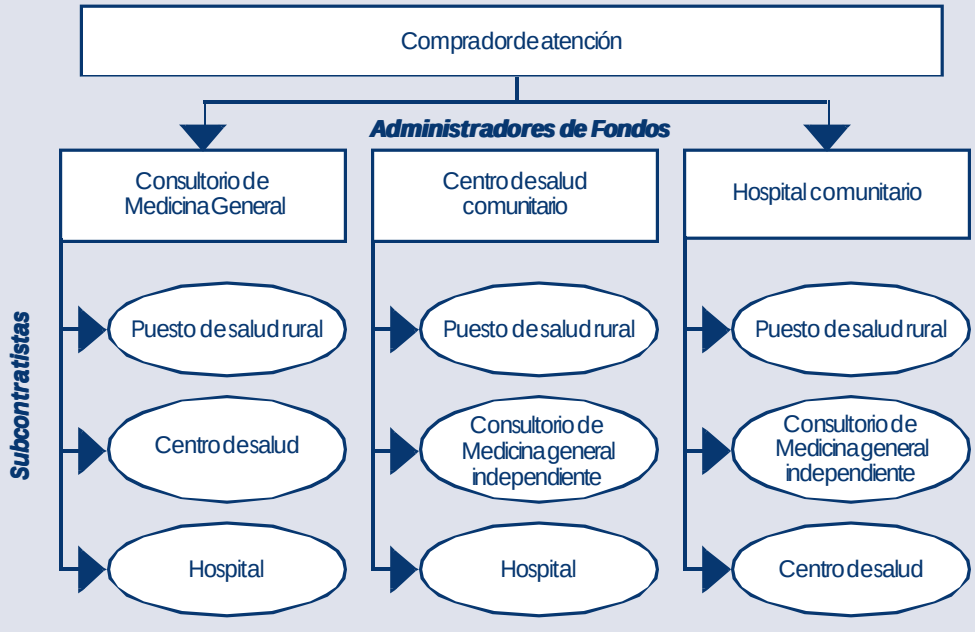
Asignación del presupuesto capitado

Se podría asignar un presupuesto de capitación total a los siguientes grupos de proveedores:

- Un consultorio de medicina general, con uno o varios médicos de atención primaria (por ejemplo, un internista, un pediatra y/o un médico familiar), enfermeras y personal auxiliar que atienda a afiliados inscritos formalmente o residentes en su área geográfica;
- Un centro de salud que funcione como un establecimiento de salud de múltiples especialidades, incluidos componentes de atención primaria y especializada de atención de pacientes ambulatorios;
- Una red local que atienda una área geográfica específica e incluye un hospital general, centros y puestos de salud.

El aspecto clave de este sistema es la presencia de un proveedor que administre los fondos (es decir, un consultorio médico, centro de salud u hospital) que reciba el

Figura 1.
Asignación de presupuesto de capitación a través de un administrador de fondos



presupuesto de capitación como un pago en bloque y lo use para financiar sus propias actividades clínicas y pagar los servicios de los proveedores de referencia. En relación con el comprador de atención, el administrador de los fondos cumple la función de contratista principal, mientras que los proveedores de referencia se desempeñan como subcontratistas.

Por otra parte, un comprador puede optar por contratar a cada proveedor independientemente. En este caso, el cotizante asignará los fondos directamente a cada uno de sus contratistas, definiendo así la parte correspondiente a ese proveedor del presupuesto por capitación de toda la red asistencial.

El grado de autonomía del proveedor dentro de una red capitada podría variar ampliamente, incluidas: las relaciones contractuales entre consultorios y otros establecimientos asistenciales totalmente independientes, diversas formas de asociaciones y sociedades entre proveedores o adquisición de algunos proveedores participantes por parte de otros. El entorno clínico, financiero y gerencial define la forma en que los proveedores crean alianzas entre sí. Dado que se realiza capitación del presupuesto al nivel del sistema integral de salud, todos los proveedores participantes pasan a depender del comportamiento y los resultados clínicos y financieros de cada uno de ellos. Deben coordinar estrategias clínicas entre los niveles de atención, planear la utilización de servicios y las tasas de referencia para asistencias de alto volumen y especialmente costosas, y controlar la calidad de los servicios en todo el sistema, con el objeto de garantizar que se planifiquen y asignen a cada proveedor los fondos del presupuesto fijo en forma justa y previsible. Todos los proveedores que participen podrían verse financieramente afectados como resultado de una mala administración o ineficiencia por parte de alguno de ellos.

Determinación del pago capitado

El pago capitado se puede determinar usando un método ascendente o uno descendente.

El método *ascendente* se centra en cada tipo de servicio incluido en la capitación prospectiva. Se estima el costo de servicio *n* por miembro al mes ($PMPM_n$) multiplicando la utilización per cápita proyectada de ese servicio (Uso_n) por el costo unitario del mismo servicio ($Costo_n$). Las tarifas PMPM de los servicios específicos se agregan en la tarifa PMPM ($PMPM_t$) total. Esta tarifa se multiplica por el número de población adscrita (Población), con lo que se obtiene un presupuesto de capitación mensual basado en los costos (*PC*).

Recuadro 2. Fórmulas para calcular el pago capitado

$$
\begin{array}{rl}
 & PMPM_1 = Costo_1 \times Uso_1 \\
 & PMPM_2 = Costo_2 \times Uso_2 \\
+ & PMPM_n = Costo_n \times Uso_n \\
\hline
 & PMPM_t = Costo_t \times Uso_t
\end{array}
$$

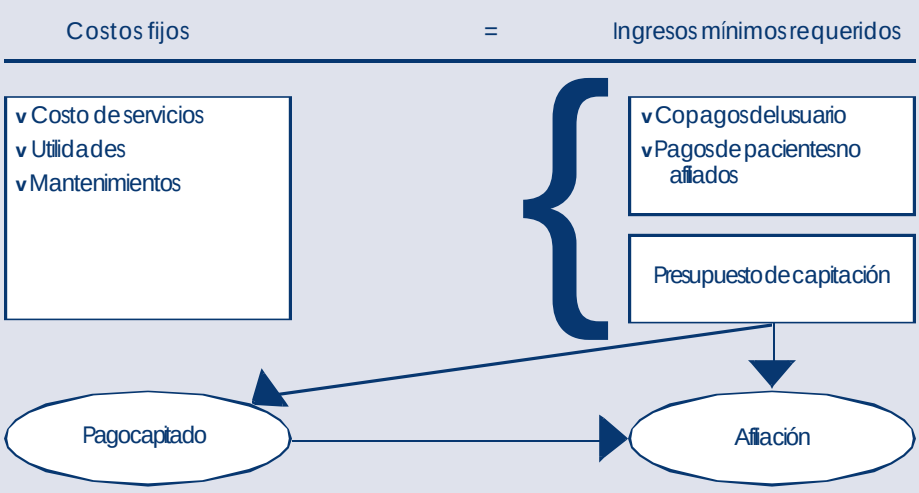
$$PC = PMPM_t \times \text{Población}$$

$$PMPM_t = PC / \text{Población}$$

El *método descendente* proporciona un atajo metodológico fácil si no se dispone de datos por servicio sobre costo y utilización. Se puede dividir un presupuesto mensual histórico por la población atendida para obtener una estimación bastante precisa del gasto per cápita y, por lo tanto, una tarifa PMPM.

Se puede obtener más información acerca de la determinación del pago capitado prospectivo examinando el vínculo entre los ingresos y la sostenibilidad financiera de un establecimiento asistencial. Para evitar la insolvencia, un proveedor de atención de salud debe recuperar sus costos fijos, como mano de obra, servicios/utilidades, mantenimiento de instalaciones, equipos, suministros y gastos generales de administración. Los costos fijos a nivel de establecimiento o red pasan a ser el *requisito mínimo de ingresos* para una operación sostenible. Parte de estos ingresos se generará fuera del presupuesto de capitación; por ejemplo, de los copagos de los afiliados y de los pagos de pacientes no adscritos o fuera de la área. Bajo la capitación prospectiva, los proveedores obtendrían el monto restante. Al dividir esa cantidad restante por el número de afiliados (o residentes de la área cubierta), se obtiene como resultado la estimación del pago capitado. Si el control administrativo o la presión competitiva afecta en forma significativa los precios, probablemente no será fácil aumentar el pago capitado para compensar la falta de afiliados. Por lo tanto, mantener y aumentar la base de afiliados se vuelve una estrategia de particular importancia para asegurar los ingresos al proveedor y cumplir con los requisitos mínimos de ingresos.

Figura 2.
Determinación del pago capitado usada con base en el requisito mínimo de ingresos



Las estimaciones basadas en los métodos antes mencionados (descendente, ascendente y requisitos mínimos de ingresos) deben interactuar para garantizar un enfoque exacto y flexible con respecto a la determinación de tarifas de capitación. La estimación podría comenzar con el cálculo descendente más simple para evaluar el gasto histórico per cápita en servicios de salud personales en la región. Luego, el pago capitado resultante se comparará con el cálculo ascendente del gasto per cápita (un agregado de todas las tarifas de servicios específicos). Podría surgir una posible divergencia entre las dos estimaciones debido a diferencias de muestreo. La estimación descendente se basa en una área o región específica, mientras que la estimación ascendente se basa en los costos de servicio y las tasas de utilización correspondientes a un proveedor o red de proveedores en particular. Se podrían usar los cálculos de ingresos mínimos requeridos para conciliar los dos primeros métodos.

Se deben usar las tres tarifas de capitación estimadas para asegurarse de que ocurra lo siguiente al cambiar un sistema integral de salud o establecimiento médico a capitación prospectiva.

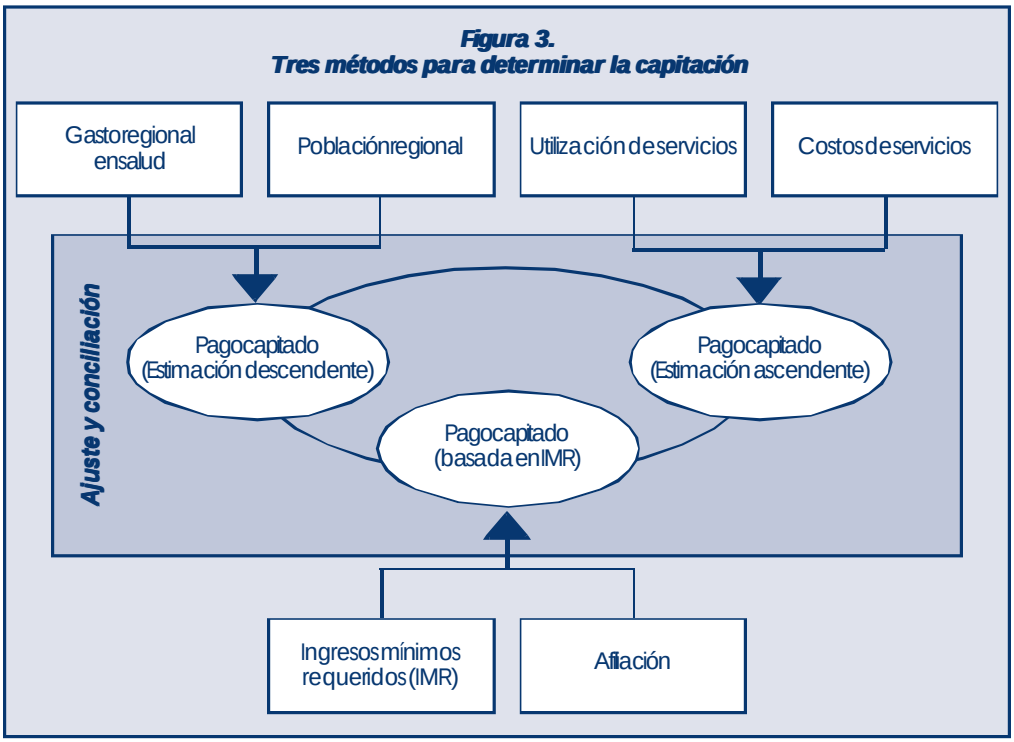


Figura 3.
Tres métodos para determinar la capitación

1) Cada proveedor recibe el financiamiento suficiente en su presupuesto de capitación para asegurar la provisión de un paquete de servicios contratado a todos sus afiliados;
2) Se entregan servicios en forma eficiente; es decir, a tarifas competitivas y/o asequibles según los recursos de salud disponibles,
3) La cantidad de afiliados es suficiente como para permitir que la red o un establecimiento asistencial capitado recuperen sus costos, mientras se mantengan las tasas de capitación a un nivel competitivo o exigido en un marco regulatorio específico.

Ajuste con respecto al riesgo

En el marco de capitación prospectiva, la medida en la cual se debe ajustar el pago capitado con respecto a la variación de los riesgos de salud dentro de las poblaciones regionales y específicas del proveedor se convierte en una cuestión importante. Mantener las tarifas de capitación uniformes gravaría en forma indebida a los proveedores que necesitan más recursos porque enfrentan a poblaciones relativamente poco sanas. Por otra parte, si se distinguen demasiados grupos de riesgo, el ajuste con respecto al riesgo se convierte en un asunto complejo que requiere una enorme cantidad de información para mantener y actualizar una escala muy diferenciada de tarifas de capitación.

Un enfoque que se recomienda comúnmente para ajuste con respecto al riesgo sugiere diferenciar el pago capitado sobre la base de un número limitado de variables. Se seleccionarán según su capacidad de explicar los riesgos de salud, confiabilidad, simplicidad administrativa y resistencia a la manipulación por parte de los proveedores. Además, la diferenciación no debe fomentar cambios contraproducentes en el comportamiento de los proveedores.

En una revisión de varios estudios sobre ajuste con respecto al riesgo, se distinguen las siguientes tres juegos de variables, clasificadas según su importancia:

El modelo del costo promedio ajustado per cápita usado por el programa *Medicare* de Estados Unidos calcula el pago capitado incorporando un nivel proyectado de reembolsos per cápita, al promedio nacional, un ajuste por variación de precios según el distrito y un ajuste por la variación porcentual entre cinco grupos de afiliados definidos en función de edad, bienestar y estado institucional.

En Inglaterra, las consultas de medicina general se pagan con un pago capitado ajustado según el número de pacientes mayores, niños con derecho a servicios de supervisión de salud infantil y pacientes que viven en áreas de privación socio-económica.

En un "sistema de clasificación comunitaria", las tarifas de pago por servicios de salud se podrían determinar por persona o por familia y deben ser equivalentes para todos los individuos y familias de composición similar. Se pueden establecer diferenciales nominales de tarifas que reflejen distintos costos administrativos en el cobro de pagos en beneficio de las siguientes categorías de miembros: (i) miembros individuales y sus familias; (ii) grupos pequeños de miembros (menos de 100 personas); (iii) grandes grupos de miembros.

1) Los factores sociodemográficos, como la edad, género, lugar de residencia, ingreso, nivel de educación, tamaño de la familia, nivel de empleo, representan cerca del 20% de la variación en los gastos en salud entre los individuos.
2) Los gastos históricos en salud como un valor sustitutivo de la utilización previa explican aproximadamente el 60% de la variación no aleatoria en los costos.
3) La condición de enfermedad crónica explica un 15% adicional de la variación.

Es importante que la metodología de ajuste con respecto al riesgo no tenga uno excesivo hacia la utilización y gastos históricos de salud porque perpetuará el financiamiento insuficiente en las áreas y redes de salud desfavorecidos. Si no se incorporan otros factores en forma suficiente a la metodología, las decisiones de asignación se alejarán cada vez más de las decisiones basadas en la demanda de la atención y beneficiarán indiscriminadamente a los proveedores con mejor acceso a la tecnología.

Una metodología recomendada para el ajuste con respecto al riesgo podría incluir la diferenciación de el pago capitado por grupos de edad/sexo basada en el nivel funcional y de invalidez como valores sustitutivos del nivel de salud y la tasa de hospitalización del año anterior, uso y costos de recursos ambulatorios como los valores sustitutivos de la utilización y gasto anteriores.

La mejor forma de contabilizar estas variables es por medio de la codificación de la información necesaria en el expediente de cada paciente. Esta codificación se debe realizar en forma continua y debe incluir el sexo, fecha de nacimiento, existencia de invalidez y/u otro daño funcional, fechas de admisión en el hospital, diagnósticos de admisión, fechas de consultas externas y diagnósticos del paciente. Como un paso importante en la metodología del ajuste con respecto al riesgo, se deben asociar los datos sociodemográficos y clínicos a la información sobre costos de servicios por concepto de los grupos de la mezcla de casos hospitalarios y un episodio de atenciones ambulatorias. Por ejemplo, las personas inválidas y funcionalmente impedidas parecen tener aproximadamente el doble de costos en atención de salud que los funcionalmente sanos.

Con el cambio a un sistema de capitación prospectiva, la falta de datos sociodemográficos y clínicos puede impedir que funcione el ajuste nacional con respecto al riesgo. Para eliminar este vacío de información, los datos faltantes inicialmente se pueden importar de otros países. De otra forma, el ajuste con respecto al riesgo se podría postergar hasta que se recopile la información requerida de fuentes nacionales usando estudios basados en muestras y/o información clínica y de pacientes habitualmente reportada.

Como asunto de política de salud nacional, la aplicación del ajuste con respecto al riesgo se debe limitar al reembolso de proveedores por parte de terceros. Los riesgos de salud más altos no deben originar pagos más elevados para los usuarios, sean éstos en forma de

cotizaciones de eguro o cobros al usuario en el punto de servicio. Cuando se calcula como una cotización en el seguro social de salud, la capitación debe ser igual para todos los individuos, según el principio de *cotización comunitaria*. La diferenciación de los pagos de usuarios que siguen la variación de los riesgos de salud significa *cotización según experiencia*: un sesgo contra poblaciones menos sanas. La cotización comunitaria versus la cotización según experiencia representa la mayor diferencia entre seguro social de salud y seguro comercial de salud, entre *solidaridad social*, donde todos los riesgos individuales se nivelan y parte del ingreso por cotización de los individuos sanos se destina a subsidiar la atención de los enfermos y *discriminación social*.

Estrategias clínicas y organizacionales

Para controlar los riesgos y aprovecharse de los beneficios potenciales de la capitación prospectiva, los proveedores de atención deben ser disciplinados en su comportamiento clínico y financiero. El objetivo primordial para los proveedores con capitación es mantenerse financieramente viables; es decir evitar gastar por sobre un presupuesto capitado fijo y mantener su base de afiliados. Para lograr estos objetivos, los proveedores deben limitar los costos, asegurar la satisfacción del usuario y atraer a más clientes. Las siguientes estrategias contribuyen a los objetivos antes mencionados:

Integración de la atención. Para mejorar la calidad, continuidad y eficiencia en función de los costos de la atención de salud en su comunidad, los médicos locales, centros de salud y hospitales podrían crear un sistema integral de salud: una organización de proveedores afiliados formada para ofrecer un conjunto completo de servicios según términos y condiciones acordados por sus participantes. Un sistema de salud integrado permite a los hospitales y a los proveedores de servicio ambulatorio integrar legalmente sus operaciones, crear incentivos económicos coordinados para todos los establecimientos participantes y abordar los asuntos de la planificación comunitaria de la salud, con énfasis en la prevención y el tratamiento eficaz en función de los costos.

> Sinónimos de los Sistemas Integrales de Salud son los Sistemas Integrales de Prestaciones, Organizaciones de Atención de Salud Integral, Organizaciones Médico-Hospitalarias de Estados Unidos; Organizaciones de Servicio de Salud y Organizaciones de Salud Integral en Canadá.

Estandarización de la atención. Puesto que el entorno financiero de la capitación prospectiva se ve abrumado por el riesgo del gasto excesivo, los proveedores de servicios buscan las estrategias clínicas más eficaces basadas en intervenciones con resultados y costos previsibles. Una vez identificadas, estas estrategias se registran en directrices clínicas y se recomiendan a los proveedores como estándares de la industria. Muchos sistemas integrales de salud y proveedores independientes de capitación prospectiva adoptan estos estándares en una seria preferencia por la eficacia en función de los costos y/o en respuesta a las necesidades de los cotizantes con respecto a la entrega de atención. Las directrices clínicas desempeñan un importante papel para promover la medicina basada en evidencias. Aunque las directrices se basan en el conocimiento científico, los médicos en ejercicio probablemente no las apliquen ni acepten a menos que se elaboren en forma participativa y que sean comprensibles.

> En 1997, 75 organizaciones de Estados Unidos habían emitido 1.800 juegos de directrices médicas. Tres de cada cuatro HMO usan directrices escritas formalmente.

Funciones del administrador de fondos. El administrador de fondos en el sistema capitado de atención de salud asume el principal riesgo financiero asociado a la capitación prospectiva y, al mismo tiempo, tiene suficiente autoridad como para decidir las estrategias clínicas y organizacionales que podrían moderar ese riesgo. Entre las respuestas adecuadas del administrador de fondos ante las dificultades de la capitación prospectiva, se incluyen las siguientes:

El experimento con la capitación prospectiva en 3 regiones de Rusia a fines de los ochenta tomó por sorpresa a los proveedores de servicios. Los policlínicos se transformaron en administradores de fondos y recibieron todo el presupuesto de salud para sus áreas de servicios. Puesto que no estaban preparados para la administración clínica y financiera en todos los niveles de atención, decidieron controlar los costos limitando indiscriminadamente la referencia al internamiento hospitalario de casos remitidos. Se informó de un aumento de la invalidez y de las muertes debido a la negación o la postergación de la hospitalización..

- someter a los subcontratistas a las restricciones financieras enfrentadas por el plan de capitación prospectiva;
- incorporar a los médicos y personal de la salud de todos los establecimientos participantes en la gerencia de la atención y el control de su calidad;
- fortalecer la planificación de salud y ampliar las responsabilidades clínicas de los médicos primarios;
- reducir las tasas de hospitalización y la estancia y trasladar una parte de la atención hospitalaria a entornos ambulatorios.

Restringir el acceso a la atención sería una respuesta inadecuada ante los riesgos financieros siempre y cuando se afecten la calidad y los resultados de los servicios de salud.

Restricción de la opción del paciente. El comportamiento predecible del paciente es un determinante decisivo de la capacidad de predicción del costo de atención y gastos. Los siguientes comportamientos se esperan del paciente 'ideal': evitar las autoreferencias a niveles superiores de atención, abstenerse de buscar atención fuera de la red de proveedores contratados bajo el plan de capitación y seguir en forma meticulosa las prescripciones médicas.

En Estados Unidos, los planes de la atención administrada permiten atención fuera de la red para sus miembros, pero imponen deducibles anuales, tasas más altas de coseguro y facturación al usuario de los costos excesivos de esa atención (por ejemplo, más del 80% de los costos acostumbrados dentro de la red).

Mantener la satisfacción del usuario. Se debe lograr un equilibrio sutil entre la restricción de la opción del usuario y el crecimiento de la insatisfacción de éste. Demasiada insatisfacción podría provocar descontento público con respecto a los principios y a la práctica de la capitación prospectiva y en un marco competitivo, la reducción de afiliados. Conscientes del posible peligro de un comportamiento del usuario manejado en exceso, los compradores de atención ofrecen cada vez más opciones múltiples a los beneficiarios, por ejemplo, acceso más integral a los servicios para miembros que usan proveedores contratados y acceso más selectivo y con costos compartidos a través de proveedores no participantes.

Subcapitación. El financiamiento fijo y pagado por anticipado inherente a la capitación prospectiva traslada los riesgos financieros del comprador al proveedor administrador de los fondos de atención. Este último a su vez pretende traspasar los riesgos asignando subconjuntos de servicios capitados y las partes correspondientes del presupuesto de capitación a proveedores específicos subcontratados. Un especialista que ve a un nuevo paciente, referido por un médico primario, recibe una cantidad de dinero relacionada con el diagnóstico en cuotas mensuales para que atienda a ese paciente durante 12 meses a partir de la primera cita. Las relaciones médico/paciente a largo plazo promueven la elaboración de estrategias de atención que son eficaces en función de los costos para el tratamiento de enfermedades crónicas potencialmente costosas. A menos que exista un motivo claro y reconocido por el médico primario, el paciente no debería cambiarse de un especialista a otro. Si se produce la transferencia a otro especialista, el financiamiento de capitación anualizado seguirá al paciente al nuevo proveedor.

De forma similar, parte del presupuesto de capitación se podría asignar en forma prospectiva a un hospital. El *presupuesto global* de un hospital está definido por su carga de trabajo. Según el presupuesto global, el hospital acepta la responsabilidad de atender un número finito de casos de cierta complejidad clínica promedio. Esto elimina el incentivo del

hospital a aumentar su proporción de recursos admitiendo a más pacientes y mantenerlos por más tiempo. Si no existe un administrador de fondos dentro de un sistema de salud de capitación, el comprador podría utilizar la subcapitación para asignar fondos directamente a cada proveedor o grupo de proveedores contratado.

Un fondo común para compartir los riesgos y la bonificación. Los médicos generales, los especialistas ambulatorios y los hospitales forman equipos clínicos y de administración que diseñan e implementan formas más eficaces y eficientes para tratar las condiciones patológicas de alto volumen. Estos equipos utilizan el conocimiento científico y la medicina basada en las evidencias para analizar el problema clínico y disponer su administración a largo plazo. Los proveedores de distintos niveles de atención asignan una parte de los recursos que históricamente usaban para tratar esta enfermedad en un fondo común. Luego deciden acerca de dónde y cómo se manejará esta enfermedad para ahorrar recursos en todo el sistema. Para lograr el ahorro, se diseñan y financian actividades de recursos compartidos. Por lo general, la estrategia de ahorro se centra en fortalecer la prevención, trasladar el tratamiento a atención ambulatoria, orientar a los pacientes hacia el cuidado de sí mismos y desarrollar la supervisión y control a domicilio. Los fondos compartidos se pueden emplear en medicamentos modernos, equipos de diagnóstico, dispositivos de control, educación familiar, capacitación adicional de médicos primarios, tiempo de médicos del hospital para consultas de pacientes ambulatorios e instrucción de especialistas ambulatorios sobre nuevos tratamientos y técnicas de manejo de casos. Estos gastos finalmente permiten ahorrar porque originan una menor incidencia de enfermedades y una reducción en la frecuencia y tiempo de hospitalización. Los ahorros netos anualizados se distribuyen en forma periódica a todos los contribuyentes hasta que el presupuesto de capitación se reduce gradualmente y refleja una reducción en los gastos.

Restricción de las prescripciones de medicamentos. Los costos farmacéuticos varían en forma considerable según los patrones de prescripción de los médicos. Las redes capitadas de atención de salud promueven el uso de medicamentos genéricos manteniendo *formularios de medicamentos* positivos y negativos (listas de medicamentos incluidos y excluidos del reembolso), compensando la restricción personal del paciente con copagos más bajos y sancionando la prescripción excesiva.

Control de costos internos. Se pueden usar diversas estrategias para controlar los costos internos. Estas incluyen: controlar el uso de recursos médicos por parte de cada médico, retener un porcentaje (por ejemplo 5%) o monto predeterminado del reembolso de un proveedor y hacer que su pago dependa del logro de los objetivos de utilización o de costo; establecer sistemas de información gerencial que puedan averiguar cuáles fueron los resultados clínicos de atención a un paciente así como la utilización y los costos de los servicios prestados, y compensar a los médicos por su desempeño eficiente, agregando parte de los ahorros a su compensación normal.

Cómo establecer un sistema de salud integral basado en la capitación

Para desencadenar el cambio positivo esperado en el financiamiento y entrega de servicios de atención de salud, la capitación prospectiva se deben establecer en cierta estructura institucional y entorno operacional. La herramienta funciona mejor cuando el cotizante suscribe un contrato u otro acuerdo legal con una red de proveedores, como un sistema integral de salud. Si se considera la diversidad de configuraciones legales, organizacionales y financieras de un sistema integral de salud, el diseño siempre incluye los siguientes componentes de trabajo preparatorio.

Diseño legal. Esto consiste en dos fases: (1) evaluar las leyes existentes relacionadas con el asunto de capitación prospectiva e integración de proveedores y (2) elaboración de una estructura legal y relaciones contractuales consecuentes con las exigencias reglamentarias. Las actividades incluyen análisis legal de las disposiciones habilitadoras y restrictivas actualmente vigentes; determinar la estructura legal y la situación tributaria de un sistema integral de salud; diseñar los ajustes conciliatorios adecuados para reducir las restricciones legales existentes; redactar estatutos y otros reglamentos, preparar y negociar contratos entre el comprador y el proveedor y subcontratos con proveedores de referencia; elaborar términos y condiciones de afiliación y registrar el sistema integral de salud.

Diseño de la entrega de servicios de salud. Este componente incluye actividades destinadas a identificar o actualizar necesidades prioritarias de salud de la comunidad local; establecer un objetivo para el sistema integral de salud que refleje las necesidades de salud de la comunidad local; proyectar la proporción de afiliados y la utilización de servicios per cápita; diseñar la configuración preliminar de proveedores y establecer las necesidades clínicas y de recursos para cada participante en el sistema; seleccionar instalaciones de atención de salud que satisfagan esas necesidades; elaborar programas de garantía de calidad y de control de utilización e introducir la información clínica y de pacientes.

Diseño organizacional y de administración. Esto incluye el diseño de los siguientes elementos de operación del sistema: estructura organizacional y administrativa; apoyo comunitario; propuesta de la composición del Directorio y participación en la conducción; mecanismos para equilibrar la rigidez administrativa con las exigencias de cambio y crecimiento; un plan estratégico para reemplazar las estrategias de los proveedores de servicios participantes por las del sistema integral de salud; necesidades de tecnología y recursos para la información de administración y entrega de datos; normas y procedimientos internos y necesidades generales del personal administrativo (recursos humanos, espacio y lugar, procesamiento de datos y sistema de registro de datos, etc.).

Diseño financiero incluye evaluación preliminar de costos y proyección de pago capitado; elaboración de planes financieros a corto y largo plazo que aborden las necesidades generales de financiamiento del sistema; preparación de un presupuesto consolidado y presupuestos específicos del proveedor; diseño de sistemas contables, de facturación y cobro; establecimiento de mecanismos para adquisiciones y control de activos y de inventario y elaborar normas y procedimientos de cumplimiento del presupuesto y auditoría financiera.

Recuadro 3. Consejos prácticos sobre cómo establecer un sistema integral de salud de capitación prospectiva

- La situación legal adecuada para un sistema integral de salud es una organización sin fines de lucro y exenta de impuestos que presta servicios médicos.
- Puesto que el enfoque de la prestación de atención de salud en un sistema integral de salud de capitación se trasladará del hospital a los consultorios para pacientes ambulatorios y consultas de medicina general, las regulaciones deben permitir la transferencia de activos entre los proveedores participantes.
- El número de personas y médicos "financieramente interesados" que podrían desempeñarse en el Directorio del sistema puede tener limitaciones.
- La mejor forma de hacer que los médicos participen en la administración del sistema puede ser establecer comités encargados de operaciones específicas, por ejemplo, servicios clínicos y calidad de la atención.
- Elaborar sistemas de compensación laboral que aborden las realidades de la capitación prospectiva y recompensen la eficiencia.
- Elaborar una estrategia de comercialización que presente el sistema como un importante paso hacia la (re)integración de la atención médica a la comunidad.

Las actividades de *desarrollo de comercialización* se centran en analizar las condiciones demográficas, económicas y de mercado de la área local; determinar el paquete de beneficios, ubicación de las instalaciones y estrategia promocional con atención específica a la organización y administración de la campaña de afiliación y la atención de las quejas de los usuarios.

Todas estas actividades se interrelacionan estrechamente y se deben llevar a cabo en forma simultánea. La elaboración de un sistema integral de salud es un proceso políticamente sensible. Si no se invita a participar a algunos proveedores, podrían provocar una oposición abrumadora al sistema por parte de la comunidad. Por lo tanto, aquellos que deseen implementar la capitación prospectiva se deberán asegurar de que además de obtener el apoyo de los grupos principales del sistema, el público deberá comprender las razones y los beneficios de un sistema integral de salud para la prestación de servicios de atención de salud centrada en la comunidad y en el paciente. El proceso de elaborar un sistema integral de salud debe ser transparente y participativo.

Estudios de casos por país

Revisión regional

En los sectores de atención de salud de múltiples niveles de algunos países de América Latina y el Caribe, como Brasil, Chile, Argentina, Uruguay, Colombia y Perú, la competencia se limita en gran parte al sistema de seguro de salud. Este sistema consiste en organizaciones que se asemejan a *organizaciones de atención controlada (MCO-Manage Care Organization).* Estos incluyen funciones pagadoras y proveedoras. Cada organización combina las actividades de un asegurador (emisor de pólizas de seguro colectivas o individuales) y las correspondientes a un plan de prestación de servicios integral. Como asegurador, una MCO cobra primas a los empleadores y sus empleados que han seleccionado su plan. Durante los últimos diez años, muchos países de América Latina y el Caribe han promulgado leyes sobre seguro de salud que crean un mecanismo de marginación que le da a los empleadores la opción de las MCO privadas como una extensión del seguro médico social y como alternativa a los proveedores públicos de servicios.

La competencia entre las diversas MCO, los planes públicos de seguro y las entidades de proveedores crea una presión para limitar las tarifas de primas. Para mantener las tarifas bajas, las MCO emplean dos estrategias básicas: (1) evitar los clientes potencialmente costosos mediante la clasificación según experiencia; y (2) gastar considerando los costos en atención médica. Los siguientes párrafos se refieren brevemente a la forma en que se aplican las estrategias y la forma en que la creciente importancia de la limitación de costos crea las condiciones favorables para implementar la capitación prospectiva.

Aunque el rechazo directo de solicitantes en general se ha vuelto una práctica obsoleta, los planes de atención controlada siguen empleando diversas técnicas para desalentar la participación de afiliados poco convenientes, como la exclusión de condiciones médicas preexistentes del paquete de beneficios o la diferenciación de tarifas de primas de modo que se discriminen los riesgos *serios*. Los planes de atención controlada usan cada vez con mayor frecuencia la clasificación comunitaria para reducir la insatisfacción del público, cumplir con las exigencias reglamentarias y maximizar la participación en el mercado. Esto origina tarifas relativamente uniformes en las cuales se distribuyen los riesgos individuales en los grupos más amplios de asegurados, con lo que se establece un subsidio cruzado desde los relativamente sanos a los relativamente enfermos. Aunque extender la cobertura a grupos adicionales de población es un resultado social positivo, las MCO son cautelosas con respecto al efecto potencialmente negativo en sus finanzas de la selección adversa. Para apuntalar sus desempeños financieros, las MCO compensan la cobertura más liberal del seguro restringiendo la disciplina del gasto en atención de salud. La capitación prospectiva puede desempeñar un papel importante en los sectores de atención de salud de los países de América Latina, precisamente porque es un método poderoso de limitación de costos.

Dado que los beneficiarios pagan por anticipado las primas de seguro, la mayoría de las MCO que combinan seguro con funciones de prestación se pueden considerar sistemas de capitación 'natural'. Sin embargo, la forma en que se asignan los ingresos por primas entre los

proveedores de servicios participantes se debe investigar aún más. Se podría intensificar el principio de capitación poniendo los fondos en forma de capitación total a disposición de un consultorio de atención primaria que administrara los fondos o como un presupuesto de capitación parcial para servicios ambulatorios combinado con el reembolso por atención prestada, pagos diarios o pagos vinculados a los grupos relacionados por diagnóstico (GRD) a los hospitales. Como alternativa, las primas per cápita cobradas por las MCO podrían distribuirse a los proveedores principalmente en un marco de reembolso por atención prestada. Para que estas asignaciones sean previsibles y cumplan con las restricciones presupuestarias, las MCO negocian la escala tarifaria y el volumen de servicios con los proveedores de servicios antes de fijarlas en los contratos.

Las evidencias documentadas y empíricas sugieren que la práctica general en la región de América Latina y el Caribe cada vez utiliza con mayor frecuencia el reembolso por atención prestada negociado en forma previa en el sector ambulatorio y las asignaciones históricas a los hospitales relacionadas principalmente con su base de producción. Como herramienta de pago al proveedor, la capitación prospectiva está recién comenzando a obtener aceptación.

Según se informa, en Chile, las *Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE)*, que compiten como MCO privadas, pagan a los puestos de salud primaria una tarifa anualizada por afiliado.

En Uruguay, las *Instituciones Asistenciales Médicas Colectivas (IAMC)*, son el principal instrumento de seguro médico dependiente del empleador y son financiadas por una combinación de pagos anticipados mensuales per cápita y cargos a los usuarios.

En Argentina, *Obras Sociales* (OS), una red de aproximadamente 300 fondos legales para enfermedad dependientes del empleador funciona en forma de planes integrales de seguro/prestación, similares a las organizaciones de proveedores de preferencia en los Estados Unidos. De la comparación de los informes sobre financiamiento de la atención de salud se obtienen resultados contradictorios. Algunos aseguran que las OS se han alejado del sistema de reembolso por atención prestada y se han acercado a la capitación. Aparentemente, este cambio se produjo en los noventa. Los montos del gasto per cápita y los paquetes de beneficios varían ampliamente según la OS. A menudo estas variaciones indican una ineficiencia operacional de las OS debido a su reducido tamaño y poca capacidad de generación de ingresos por prima en ciertos sectores económicos y áreas geográficas. Es posible que se requiera un mecanismo de transferencias de ajuste al riesgo y consolidación en el mercado para garantizar que el funcionamiento de las OS sea equitativo y eficiente. En algunos informes se afirma que el método predominante de reembolso a los proveedores sigue siendo el reembolso por atención prestada. La escala tarifaria nacional o "nomenclador nacional" indica los procedimientos ambulatorios y los principales procedimientos para pacientes hospitalizados y es utilizado como lista de precios de referencia por las OS, los médicos independientes y las instalaciones de salud. Después de la desregulación, las partes negociantes mantienen discreción acerca de la fijación de tarifas de reembolso.

En Brasil, las Organizaciones de Grupos Médicos funcionan de forma similar a las Organizaciones de Mantenimiento de la Salud de Estados Unidos. Al mismo tiempo, se comportan como cooperativas médicas privadas y se asemejan a las organizaciones de proveedores de preferencia estadounidenses. Ambos tipos de instituciones funcionan en un marco de pagos anticipados y obtienen sus ingresos de primas de capitación. A mediados de los noventa, el sector de salud pública de Brasil comenzó a experimentar con las innovaciones en el pago a los proveedores. Por ejemplo, en 1995 se introdujo en São Paulo el Plan de Acción de Salud. Los servicios municipales de la ciudad, como hospitales y servicios básicos de salud se organizaron en cooperativas que competían por los afiliados. Se recomendó a los residentes que seleccionaran una cooperativa según sus necesidades. Luego el gobierno municipal efectuaría un pago anual a cada cooperativa según una tarifa preestablecida por afiliado.

Las siguientes subsecciones revisan las experiencias de Colombia, Perú, México y Costa Rica.

Colombia

Las reformas regulatorias de la salud de 1993 ordenaron un sistema de dos niveles de seguro médico social compuesto de regímenes subsidiados y de aportes. Los impuestos salariales financian el régimen de aportes y cubren a las poblaciones del sector formal de empleos. El régimen subsidiado, diseñado para beneficiarios de bajos ingresos, se financia mediante transferencias presupuestarias que se complementan con contribuciones solidarias del régimen de aportes. Varias entidades que obtienen ingresos por primas de los empleadores, empleados y el gobierno administran los regímenes subsidiados y de aportes. Estas entidades administrativas se denominan *Entidades Promotoras de Salud* (EPS) e *Instituciones Proveedoras de Servicios* (IPS), en el régimen de aportes y *Administraciones del Régimen Subsidiado* (ARS), en el régimen subsidiado. Tanto las EPS como las IPS pueden operar en los regímenes de aportes subsidiados con lo que pasan a ser una ARS. Cada vez con mayor frecuencia, los fondos se asignan en forma prospectiva a las EPS, IPS y ARS en forma de *unidad de pago por capitación* (UPC): un monto anual que se emplea en servicios médicos por cada persona de la población afiliada, ajustado según sexo, edad y ubicación geográfica. Las tarifas de las UPC se determinan para un paquete de beneficios sujeto a la cobertura obligatoria dentro del seguro médico social. En el régimen de aportes, este paquete se denomina *Plan Obligatorio de Salud* (POS). En el régimen subsidiado, se denomina *Plan Obligatorio de Salud Subsidiado* (POSS). Actualmente el valor monetario per cápita del POS es el doble del correspondiente al POSS. Esta diferencia se eliminará en 2001 como resultado de la aceleración del crecimiento en el financiamiento per cápita dentro del POSS.

Se puede calcular el presupuesto básico de una EPS, IPS o ARS multiplicando la UPC por el número de afiliados. Según un estudio reciente, los pagos por capitación representan el 44% de los contratos de IPS. La capitación se complementa con cargos de reembolso por atención prestada cobrados a los compradores institucionales de atención y/o pacientes. Puesto que constituyen un plan de seguro/prestación, cada EPS, IPS y ARS usa su propia base clínica para proporcionar servicios a los afiliados o contrata servicios externos a médicos independientes, policlínicos y hospitales. Las instalaciones participantes son reembolsadas principalmente con el método de reembolso por atención prestada. Los paquetes de honorarios, similares a la subcapitación, sólo se usan en forma limitada.

Según la Ley 100, adoptada en 1993, se debe distribuir parte del financiamiento basada en UPC para constituir un fondo de reaseguro auspiciado por el gobierno con el fin de proteger a las EPS de ocho enfermedades catastróficas, como nacimiento prematuro y afecciones neonatales relacionadas, SIDA, traumas, cáncer, enfermedades renales, enfermedades cardíacas y accidente vascular encefálico.

Costa Rica

A mediados de los noventa, se propuso una agenda de reformas en Costa Rica para proporcionar acceso universal y equitativo a la atención básica para toda la población del país. Se eligió al gobierno para que cumpliera este objetivo dividiendo el territorio nacional en 90 Areas de Salud y estableciendo 800 Equipos Básicos de Atención Integral de Salud. Entre 1995 y 1997, se establecieron 427 equipos básicos en 52 áreas de salud, principalmente, en comunidades rurales y marginadas. Cada equipo representa un consultorio de atención primaria dotada de un médico general, una enfermera y un técnico. Varios equipos básicos comparten un equipo de apoyo compuesto de un médico familiar, una enfermera especializada en atención primaria, un dentista, un farmacéutico, un microbiólogo, un asistente social y un especialista en nutrición. Todos los equipos básicos y de apoyo ubicados en la misma área de salud constituyen un equipo de salud. La atención secundaria y terciaria proporcionada por instalaciones locales especializadas y regionales refuerza a cada equipo de salud.

Los equipos básicos se crearon para que fueran el centro de las actividades de salud pública y de atención primaria en cinco entornos: familiar, comunitario, educacional, laboral y médico. Sin embargo, los documentos de la reforma no especificaban cómo se debían financiar estas actividades. Se podrían suponer diversos métodos dadas sus ramificaciones institucionales y administrativas considerablemente distintas. Debido a que la prevención social y médica, al igual que la atención curativa proporcionada en los entornos familiar, comunitario y médico están orientadas a las poblaciones residentes, la capitación prospectiva, incluidos los elementos de administración de fondos, sería una opción de financiamiento conveniente. Este método podría reforzar los incentivos del proveedor para resolver los siguientes problemas identificados en la encuesta de Equipos Básicos de 1996 y por analistas locales de política: falta de motivación entre la comunidad y personal de salud; preferencia del usuario por servicios curativos sobre servicios preventivos; demanda excesiva de consultas médicas; patrones de referencia inclinados hacia niveles superiores de atención; falta de coordinación entre los niveles de atención; y remuneraciones laborales en el sector de atención de salud no basadas en la productividad.

En 1996 se comenzó a probar la contratación competitiva (Compromisos de Gestión) en cinco áreas de salud. Dada la extensión planificada a otras 14 áreas en 1998, estas actividades proporcionan un entorno favorable para demostrar las oportunidades y desafíos de la capitación prospectiva en el ámbito de las reformas rápidas de la atención primaria en Costa Rica.

Perú

Las Directrices de Política de Salud del Ministerio de Salud para 1995-2000 identificaron las siguientes pautas fundamentales para la reforma de atención de salud en Perú: "llevar a cabo una reestructuración sectorial que promueva la eficacia y la eficiencia, permita extender la cobertura y aumente la calidad de los servicios de salud, promoviendo la competencia entre las unidades productoras de servicios, la organización de redes pluralistas de servicios y el desarrollo progresivo del financiamiento a través de la demanda". Como resultado, los proyectos de asistencia técnica afiliados y del MINSA han realizado un esfuerzo constante por crear sistemas integrales de atención de salud para cada área, denominados "redes plurales de prestadores de servicio" o simplemente redes locales.

El Ministerio de Salud define una red local como una "alianza de entidades públicas y privadas que proporcionan atención de salud de diferentes niveles de complejidad, varios contenidos clínicos, asociadas a diversos niveles de costos operativos e integradas por una red de caminos y lazos comunitarios en forma funcional y administrativa que garantizan la prestación de [todo] el paquete de servicios de salud prioritarios".

La red local se concibió como un mecanismo legal y administrativo para unir a los proveedores participantes por medio de objetivos uniformes clínicos, financieros y de salud pública. Cada red local representa un sistema de atención de salud integrado verticalmente, incluidos puestos rurales de salud, centros de salud comunitarios y un hospital de apoyo local. En nombre de los proveedores participantes, la administración de una red local suscribe un acuerdo de gestión con la administración de salud regional. Entre otras disposiciones, el acuerdo establece la lista de proveedores participantes; el total de la "población de usuarios" asignada a la red local, incluido el número estimado de afiliados exentos de cargos al usuario; la "población de usuarios" detallada por puesto de atención de salud primaria; una lista detallada de servicios de atención de salud y la unidad de medición de producción para cada servicio; los volúmenes de atención y costos unitarios por servicio previstos; una lista de indicadores de calidad y sus valores previstos; el presupuesto anual, que incluya ingresos de terceros y cargos al usuario; capitación ajustada según el riesgo como el método de pago básico y tarifas de capitación para cada provincia de la región.

Cuadro 1. Capitación ajustada según el riesgo en Perú

Las tarifas de capitación ajustadas según el riesgo se calculan diferenciando el promedio regional de acuerdo con la variación por provincia de las tasas de pobreza y las proporciones de riesgo de salud por grupo sociodemográfico de población. En el siguiente cuadro se muestra que las proporciones de financiamiento se calculan para cada provincia/grupo de población multiplicando una proporción de riesgo de salud de población por el factor de pobreza de la provincia:

Provincias de la subregión de Piura	Niños	Estudiantes	Mujeres en edad fértil	Hombres adultos	Ancianos	Factor de pobreza
Factor de riesgo de salud	*1,80*	*0,30*	*1,46*	*0,70*	*1,26*	—
Piura	1,67	0,28	1,35	0,65	1,17	0,93
Ayabaca	1,99	0,33	1,62	0,78	1,40	1,10
Huancabamba	2,00	0,33	1,62	0,78	1,40	1,11
Morropón	1,96	0,33	1,59	0,76	1,37	1,09
Sechura	1,78	0,30	1,44	0,69	1,24	0,99

Luego, las proporciones de financiamiento resultantes se multiplican por el tamaño de la población en el grupo respectivo y la tarifa regional per cápita.

Aplicaciones Iniciales de Reforma en Regiones y Subregiones de Salud. Acuerdo de gestión con la Dirección Regional de Salud Piura y la Red Morropón-Chulucanas, MINSA, 1998: 22.

México

El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el principal comprador de atención del sector nacional de la salud, ha logrado importantes progresos en la descentralización del financiamiento y prestación de servicios médicos. El resultado más notable de la descentralización se ha manifestado en la creación de las *Áreas Médicas de Administración Descentralizada*.

En 1998, el IMSS planificaba crear 139 de esas Áreas Médicas –un promedio de cuatro por estado– y las agrupó bajo siete Directivas Regionales. En general, cada área médica consiste en un hospital de atención secundaria y varias unidades de atención familiar. Las áreas asumirán cada vez mayor control sobre la entrega de atención primaria y secundaria a la población de sus áreas de servicio. A medida que el número de áreas médicas aumente, se espera que mejore su solidez clínica, administrativa y financiera. En el futuro inmediato, es muy probable que las áreas médicas se conviertan en sistemas integrales de prestación que se ocupen de todas las necesidades de salud de la población adscrita y se financien con un pago capitado ajustado según el riesgo. Según las informaciones, la capitación prospectiva ha sido la principal herramienta de presupuestación anual de la área médica desde 1998. En el mediano plazo, las áreas asumirán la función de administrar los fondos. Como administradoras de fondos, una área médica asignará en forma autónoma su presupuesto de capitación entre la prestación de atención primaria y secundaria interna para una población promedio de aproximadamente 260.000 miembros y la contratación de atención hospitalaria especializada y terciara compleja en uno de los 41 hospitales especializados del IMSS.

En agosto de 2000, se espera que las primeras 15 áreas médicas queden integralmente fortalecidas mediante la puesta en práctica de los siguientes sistemas y procesos: diseño organizacional; un modelo de administración financiera y económica; un sistema integral de

información; identificación de nivel de salud y necesidades del grupo de afiliados; un plan de acción integral que satisfaga las prioridades locales de salud; un programa de innovación en la salud comunitaria; un marco clínico y de contabilidad de costos para la introducción de GRD en un hospital zonal participante; evaluación de necesidades para las Unidades Familiares de Medicina que participen y un análisis de la capacidad clínica y de recursos por nivel de atención, con el objeto de mejorar la integración vertical de los servicios y optimizar los patrones de referencias ascendentes y descendentes. Se incluirán variables adicionales en la fórmula de capitación para registrar las diferencias en las necesidades de salud de las poblaciones atendidas por las áreas médicas.

En el mediano plazo, sobre la base de la experiencia inicial de las áreas médicas, los servicios de salud también podrían ser contratados con organizaciones de atención controlada (MCO) privada mediante la capitación prospectiva. Una MCO proporcionará una gama de servicios especificados en el contrato directo con un empleador. El plan de prestación indirecta se considera entre los elementos de mayor alcance de la reforma de seguro de salud de 1997 de México. Los beneficiarios del IMSS, a través de sus empleadores, tienen la opción de recibir una cuota per cápita que se puede ocupar fuera del sistema de atención del IMSS para obtener servicios de sistemas integrales de atención públicos y privados. Se proyecta que la prestación indirecta impulsará la expansión de la atención de administración privada, actualmente incipiente en México. Las MCO podrán competir con el IMSS principalmente sobre la base de eficacia en función de los costos, calidad y ventaja para el usuario. Se espera que la capitación prospectiva establezca los incentivos adecuados para que las MCO logren coordinar en forma competitiva y significativa los incentivos del proveedor entre las áreas médicas afiliadas al IMSS y las MCO privadas. Esta coordinación permitirá asegurar la continuidad del acceso a servicios de calidad dentro y fuera del IMSS.

Conclusión

En este manual se ha presentado la capitación prospectiva desde un punto de vista metodológico y en el marco de las evaluaciones por país. La conclusión que se puede sacar del material revisado es que el método tiene grandes posibilidades en América Latina y merece la creación cuidadosa de capacidad necesaria para hacer que funcione. Los países que intentan inicialmente su aplicación deberán invertir considerables recursos técnicos en capitación prospectiva. Los pocos países de América Latina y el Caribe que tienen experiencia previa en financiamiento basado en capitación prospectiva podrían beneficiarse de la autoevaluación crítica de su experiencia anterior. Esto les permitiría eliminar las fallas de diseño, las distorsiones de políticas o las incoherencias en la ejecución que impiden que el método prospectivo demuestre todo su potencial.

Se espera que los financistas y administradores de la salud puedan obtener una lista de verificación de este manual para evaluar las fortalezas y debilidades de los sistemas de capitación en sus países, sin considerar si esos sistemas se encuentran en la fase operativa, experimental o de planificación. Algunos de los elementos propuestos de capitación prospectiva probablemente ya se encuentren presentes dentro de la región de América Latina y el Caribe y se podrían perfeccionar en forma más elaborada que la aquí descrita. Otros se deberán reconsiderar y mejorar sobre la base de las sugerencias de información y de aplicación que se incluyen en este manual. Además, el manual puede presentar algunas ideas y recomendaciones reveladoras correspondientes a elementos omitidos en conjunto. Es posible que los lectores concluyan que algunos componentes de la capitación prospectiva se recomiendan en el manual, pero son inaplicables en el entorno político, cultural y profesional de países específicos de América Latina y el Caribe.

La validación del contenido de este manual en una conversación sincera entre los usuarios reales y futuros de la capitación prospectiva en América Latina relacionará las experiencias de esta región con la interpretación genérica del método y preparará el terreno para su adaptación constante a las reformas financieras de la salud que se lleven a cabo en ella. En otras palabras, este manual se debe considerar como una invitación a un análisis más activo y actual de capitación prospectiva e integración de diversos niveles de atención de salud dentro del marco de incentivos dirigidos por la capitación prospectiva. El análisis debe reflejar los intereses e inquietudes de las partes interesadas específicas del sistema acerca de la capitación prospectiva.

Se espera que los compradores de atención de salud –organismos de seguro médico social y sistemas de seguro médico privado– promuevan la capitación prospectiva como medio de restringir la disciplina financiera despertando al mismo tiempo el interés de los proveedores en la utilización eficaz y eficiente de los recursos de atención de salud. Los compradores podrían estar interesados en tratar el equilibrio entre incentivos y elementos de sanción de la capitación prospectiva y el tipo de marco regulatorio y contractual que se necesita crear para obtener y mantener este sutil equilibrio.

Los proveedores de atención, en particular, los participantes administradores de fondos y subcontratistas de un sistema integral de salud, tienden a centrarse en las estrategias clínicas, financieras y de comercialización para responder a los desafíos de la capitación prospectiva.

Tanto los compradores como los proveedores de servicios deberían buscar las formas de perfeccionar y estandarizar el control de calidad, la contabilidad de costos y los instrumentos de información de administración que aseguren que las redes de atención de salud de capitación se conviertan en un componente sostenible para un sector de atención de salud nacional.

Compartir a nivel regional la experiencia relacionada con la capitación prospectiva representa una importante oportunidad en América Latina y el Caribe. Aunque varios países han estado practicando métodos prospectivos de pago a los proveedores durante unas dos décadas, la gran mayoría está recién comenzando. Por medio del desarrollo de una mejor comprensión de la capitación prospectiva y de las oportunidades que ofrece, los principiantes y los más experimentados se podrían beneficiar en forma significativa con ese análisis a nivel regional.

Bibliografía

Abel-Smith B., Mossialos E. 1994. "Cost Containment and Health Care Reform: A Study of the European Union". *Health Policy 28: 89-132.*

Ash A., Porell F., Gruenberg L., Sawitz E., Beiser A. 1989. "Adjusting Medicare Capitation Payments Using Prior Hospitalization Data." *Health Care Financing Review* 10(4): 17-29.

Banco Mundial. Mayo de 1998. *Documento de evaluación de proyectos.* Informe Nº 17349-ME. Washington, DC.

"Co-Payments for HMOs on the Rise, Study Says. 1997". *Washington Post,* 5/4/97.

De Muro P. "Management Services Organizations." 1994. *Topics in Health Care Financing* 20(3): 19-27.

"Discussions at the IMSS Headquarters in Mexico City and the General Zonal Hospital No.1 in Baja California Sur". May 1999.

Frank C., Roeder R. 1999. "Specialty Contact Capitation". *Journal of Health Care Finance* 25(3): 17-21.

Freund D., Neuschler E. 1986. "Overview of Medicaid Capitation and Case-Management Initiatives". *Health Care Financing Review* (Annual supplement): 21-29.

U.S. Department of Health and Human Services. 1982. *Guide to Health Maintenance Organization Development*. Preparada por Birch & Davis Associates, Inc. Office of Health Maintenance Organizations. Washington, DC: U.S. Government Printing Office.

Lubitz J. 1987. "Health Status Adjustments for Medicare Capitation". *Inquiry* 24 (1987): 362-375.

Medici A.C., Londoño J.L., Coelho O., Saxenian H. 1997. "Managed Care and Managed Competition in Latin America". Proceedings of a World Bank Conference, *Innovations in Health Care Financing,* March 10-11, 1997.

Ministerio de Salud de Perú. 1998. *Aplicaciones Iniciales de Reforma en Regiones y Subregiones de Salud. Acuerdo de Gestión con la Dirección Regional de Salud Piura y la Red Morropón-Chulicanas*: 22. Lima.

Ministerio de Salud de Perú. 1998. "*Redes Locales de Salud".* Documento mimeografiado. Lima.

Ministerio de Salud de Perú. Julio 1996. *El desafío del cambio de milenio: Un sector salud con equidad, eficiencia y calidad*. Lineamientos de política de salud 1995-2000: p. 38. Lima.

Newhouse J.P. 1986. "Rate Adjusters for Medicare under Capitation". *Health Care Financing Review* (Annual supplement): 45-55.

National Health Service. 1992. *The National Health Service (General Medical Services) Regulations 1992*. Statutory Instruments. No.635. London: HMSO.

"The U.S. Health Maintenance Organization Act of 1973." In Wrightson C.W., Jr. 1990. *HMO Rate Setting and Financial Strategy, Health Administration Health Perspectives*. Ann Arbor, Michigan.

Dirección de Prestaciones Médicas. 1999. *Nuevo Modelo de Medicina de Familia. Situación Actual y Perspectivas*. Reunión nacional, Ciudad de México, abril de 1999.

Olsten Health Services. "Children's Asthma Management Program Reduces Costs, Helps Families Cope." *Press Release, 7/9/99*. Internet: www.okqchomehealth.com/pressrelease/press1.html.

Pan-American Health Organization. 1999. *Strategic and Programming Orientations, 1999-2002*. Washington, DC.

Pan American Sanitary Bureau, Pan-American Health Organization. 1992. *The Reform of Health Care. A Comparative Analysis of Seven Countries*. Health Policy Studies No. 2. Paris: Organization for Economic Cooperation and Development.

Toso M.E., Farmer A. 1994. "Using cost accounting data to develop capitation rates". *Topics in Health Care Financing* 21(1): 1-12.

Unland J. 1998. "The Range of Provider/Insurer Configurations". *Journal of Health Care Finance* 24(2): 1-35.

Valverde C.C., Sáenz L.B. 1998. *La Reforma del Sistema Nacional de Salud: Estrategias, avances, perspectivas*: 11, 14, 19, 31. San José, CR: MIDEPLAN.

World Bank. 1995. *Argentina: Provincial Health Sector Development Project*. Staff Report. Washington, DC.

Publicaciones de la Iniciativa Regional de Reforma del Sector Salud en América Latina y el Caribe

1- Metodología para el Monitoreo y la Evaluación de los Procesos de Reforma Sectorial en América Latina y el Caribe. (Español e Inglés)
2- Línea Basal para el Monitoreo y la Evaluación de las Reformas Sectoriales en América Latina y el Caribe. (Español e Inglés)
3- Análisis del Sector Salud en Paraguay *(Versión Preliminar)*. (Español solamente)
4- Centro de Información y Análisis sobre Reforma del Sector de la Salud. (Español e Inglés)
5- Informe de Relatoría – Foro Regional sobre Mecanismos de Pago a Proveedores (Lima, Perú, 16-17 de Noviembre de 1998). (Español e Inglés)
6- Indicadores de Medición del Desempeño del Sistema de Salud. (Español solamente)
7- Mecanismos de Pago a Prestadores en el Sistema de Salud: Incentivos, Resultados e Impacto Organizacional en Países en Desarrollo. (Español solamente)
8- Cuentas Nacionales de Salud: Bolivia. (Español solamente)
9- Cuentas Nacionales de Salud: Ecuador. (Español solamente)
10- Cuentas Nacionales de Salud: Guatemala. (Español solamente)
11- Cuentas Nacionales de Salud: México. (Español solamente)
12- Cuentas Nacionales de Salud: Perú. (Español solamente)
13- Cuentas Nacionales de Salud: República Dominicana *(Versión Preliminar)*. (Español solamente)
14- Cuentas Nacionales de Salud: Nicaragua. (Español solamente)
15- Cuentas Nacionales de Salud: El Salvador *(Versión Preliminar)*. (Español solamente)
16- Health Care Financing in Eight Latin American and Caribbean Nations: The First Regional National Health Accounts Network. (Inglés solamente)
17- Decentralization of Health Systems: Decision Space, Innovation, and Performance. (Inglés solamente)
18- Comparative Analysis of Policy Processes: Enhancing the Political Feasibility of Health Reform. (Inglés solamente)
19- Lineamientos para la Realización de Análisis Estratégicos de los Actores de la Reforma Sectorial en Salud. (Español solamente)
20. Strengthening NGO Capacity to Support Health Sector Reform: Sharing Tools and Methodologies. (Inglés solamente)
21. Foro Subregional Andino sobre Reforma Sectorial en Salud. Informe de Relatoría. (Santa Cruz, Bolivia, 5 a 6 de Julio de 1999). (Español solamente)
22- State of the Practice: Public-NGO Partnerships in Response to Decentralization. (Inglés solamente)
23- State of the Practice: Public-NGO Partnerships for Quality Assurance. (Inglés solamente)
24- Using National Health Accounts to Make Health Sector Policy: Findings of a Latin America / Caribbean Regional Workshop. (Inglés solamente)
25- Asociaciones entre el Sector Público y las Organizaciones No Gubernamentales: La Contratación de los Servicios de Salud Primaria. Un Documento de Análisis de Experiencias. (Español e Inglés)
26- Asociaciones entre el Sector Público y las Organizaciones No Gubernamentales: La Función de las ONG en la Reforma del Sector Salud. (Español e Inglés)
27- Análisis del Plan Maestro de Inversiones en Salud (PMIS) de Nicaragua. (Español solamente)
28- Plan de Inversiones del Ministerio de Salud 2000-2002. *(En preparación)*
29- La Descentralización de los Sistemas de Salud en Latinoamérica: Un Análisis Comparativo de Chile, Colombia, y Bolivia. (Español e Inglés)
30- Orientaciones para Promover la Descentralización de los Sistemas de Salud en Latinoamérica. (Español e Inglés)
31- Methodological Guidelines for Applied Research on Decentralization of Health Systems in Latin America. (Inglés solamente)
32- Applied Research on Decentralization of Health Care Systems in Latin America: Colombia Case Study. (Inglés solamente)

33- Applied Research on Decentralization of Health Care Systems in Latin America: Chile Case Study. (Inglés solamente)
34- Applied Research on Decentralization of Health Care Systems in Latin America: Bolivia Case Study. (Inglés solamente)
35- La Descentralización de los Servicios de Salud en Bolivia. (Español solamente)
36- Mejorando la Factibilidad Política de la Reforma en Salud: Un Análisis Comparativo de Chile, Colombia y México. (Español e Inglés)
37- Orientaciones para el Mejoramiento de la Factibilidad Política de la Reforma en Salud en Latinoamérica. (Español e Inglés)
38- Methodological Guidelines for Enhancing the Political Feasibility of Health Reform in Latin America. (Inglés solamente)
39- Enhancing the Political Feasibility of Health Reform: The Colombia Case. (Inglés solamente)
40- Enhancing the Political Feasibility of Health Reform: The Chile Case. (Inglés solamente)
41- Enhancing the Political Feasibility of Health Reform: The Mexico Case. (Inglés solamente)
42- Financiamiento del Seguro Social de la Salud: Una Herramienta para la Evaluación del Seguro Social para Decisiones Referentes a las Políticas. (Español e Inglés)
43- Administración de Recursos Humanos: Fortaleciendo Capacidad para Mejorar el Desempeño de la Reforma del Sector Salud y las Organizaciones de Salud. (Español e Inglés)
44- Reembolsos Basados en el Desempeño para Mejorar el Impacto: La Evidencia de Haití. (Español e Inglés)
45- Focalización en Salud: Conceptos y Análisis de Experiencias. (Español e Inglés)
46- Modernización de la Gestión Hospitalaria Colombiana. Lecciones Aprendidas de la Transformación de los Hospitales en Empresas Sociales del Estado. (Español e Inglés)
47- Conjunto de Herramientas para el Manejo del Proceso Político: Un Desafío Crítico para la Reforma del Sector Salud. (Español e Inglés)
48- El Uso de la Investigación en las Reformas del Sector de la Salud en América Latina y El Caribe. Informe sobre el Foro Regional. Salvador, Bahía, del 3 al 5 de mayo de 2000. (Español e Inglés)
49- Comparative Analysis of Social Insurance in Latin America and the Caribbean. (Inglés, para versión en español referirse a la Edición Especial No.3)
50- Provider Payment Alternatives for Latin America: Concepts and Stakeholder Strategies. (Inglés, para versión en español referirse a la Edición Especial No.4)
51- Guide to Prospective Capitation with Illustrations from Latin America. (Inglés, para versión en español referirse a la Edición Especial No.5)
52- Prospective Case-Based Payment for Hospitals: A Guide with Illustrations from Latin America. (Inglés, para versión en español referirse a la Edición Especial No.6)
53- Conjunto de Herramientas para el Manejo del Proceso Político: Guía del Capacitador. (Español e Inglés)

Ediciones Especiales

1- Cuentas Nacionales de Salud: Resúmenes de Ocho Estudios Nacionales en América latina y el Caribe. (Español solamente)
2- Guía Básica de Política: Toma de Decisiones para la Equidad en la Reforma del Sector Salud. (Español solamente)
3- Dimensiones Horizontal y Vertical en el Aseguramiento Social en Salud de América Latina y El Caribe. (Español, para versión en inglés referirse a la edición regular No.49)
4- Alternativas de Pago a los Proveedores para América Latina: Conceptos y Estrategias de las Partes Interesadas (Español, para versión en inglés referirse a la edición regular No.50)
5- Guía para la Capitación Prospectiva con ejemplos de América Latina. (Español, para versión en inglés referirse a la edición regular No.51)
6- El Pago Prospectivo por Caso Hospitalario en América Latina: Una Guía Metodológica. (Español, para versión en inglés referirse a la edición regular No.52)

Para obtener o ver una copia electrónica de las publicaciones por favor entre a la Página Electrónica de la Iniciativa: http://www.americas.health-sector-reform.org y seleccione "Inventario de Productos de la Iniciativa LACRSS"