

*Master en Salud Pública 2007-2008*  
*Universidad Pompeu Fabra*

**TESINA**

***MECANISMOS DE DISTRIBUCIÓN DEL SISTEMA DE PAGO***

***CAPITATIVO:***

***Revisión de algunas experiencias internacionales***

Responsables:

Becario Consorci Hospitalari de Catalunya: - **Marco Cornejo Ovalle**

Directora de tesina: - Ingrid Vargas Lorenzo

Codirectora de tesina: - María Luisa Vázquez

Barcelona, 04 de julio de 2008

## TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN .....	4
<i>¿Qué son los mecanismos de pago a proveedores?.....</i>	<i>6</i>
<i>Tipos o clasificación de los mecanismos de pago.....</i>	<i>6</i>
<i>Mecanismo de pago capıtatıvo .....</i>	<i>8</i>
<i>¿Qué es un sistema de financiación per cápita?.....</i>	<i>8</i>
Tipos de asignación capıtatıva .....	8
Incentivos del pago capıtatıvo .....	9
Mecanismos de distribución de la cápıta .....	10
<i>El sistema de financiación en base poblacional en Cataluña .....</i>	<i>10</i>
<i>Criterios para evaluar los mecanismos de pago .....</i>	<i>11</i>
JUSTIFICACIÓN .....	13
OBJETIVOS .....	14
BIBLIOGRAFIA.....	15
ARTICULO .....	20
<i>RESUMEN.....</i>	<i>21</i>
<i>RESUM.....</i>	<i>22</i>
<i>ABSTRACT.....</i>	<i>23</i>
<i>INTRODUCCIÓN.....</i>	<i>24</i>
<i>METODOLOGIA .....</i>	<i>26</i>
<i>RESULTADOS.....</i>	<i>28</i>
REINO UNIDO (RU).....	28
CANADÁ.....	31
ESTADOS UNIDOS .....	33
<i>DISCUSION.....</i>	<i>51</i>
<i>CONCLUSION.....</i>	<i>56</i>
<i>BIBLIOGRAFIA.....</i>	<i>58</i>
<i>TABLAS Y FIGURAS .....</i>	<i>54</i>
Tabla 1: Categorías de análisis.....	54
Tabla 2: Mecanismos de redistribución de la cápıta (pago a proveedores) .....	55
Tabla 3: Impacto de los mecanismos de pago en el Reino Unido.....	56
Tabla 4: Impacto de los mecanismos de pago en Canadá .....	57
Tabla 5: Impacto de los mecanismos de pago usados por las HMO .....	58
Tareas realizadas por el tesinando .....	59
<i>ANEXO 1 Incentivos de mecanismos de pago analizados .....</i>	<i>60</i>
<i>ANEXO 2 Principales modalidades de contrato para los médicos (GP) .....</i>	<i>61</i>
<i>ANEXO 3 Implementación de nuevo contrato GMS.....</i>	<i>62</i>

<b><i>ANEXO 4 Etapas de la búsqueda bibliográfica</i></b> .....	<b>63</b>
<b><i>ANEXO 5 Evaluaciones del esquema fundholding en el Reino Unido</i></b> .....	<b>64</b>
<b><i>ANEXO 6 Bibliografía adicional: Evaluaciones del esquema funfholding</i></b> .....	<b>65</b>
<b><i>ANEXO 7 Listado de siglas</i></b> .....	<b>67</b>

# INTRODUCCIÓN

En muchos países desarrollados, el gasto en salud ha crecido notoriamente y mucho más rápido que el Producto Interno Bruto (PIB)(1). Esto ha conducido a un permanente debate sobre las estrategias para controlar los costos, mejorar la eficiencia, asegurando la equidad en el acceso y calidad en la prestación de servicios de salud. Entre las estrategias que han concitado atención, se encuentran los mecanismos de pago a proveedores, ya que pueden incentivar a que estas organizaciones promuevan la contención de costos mediante el uso eficiente y eficaz de los recursos (2;3).

Un tema de permanente discusión es qué tipo de mecanismo de pago a proveedores es el óptimo, lo que refleja la falta de superioridad clara de unos respecto a otros (4), pues todos tienen ventajas y desventajas. No existe ningún sistema de pago puro ideal al que un comprador deba adscribirse, y tienden a utilizarse de forma combinada (5). Así, estos mecanismos de pago pueden resultar en conductas inadecuadas, tales como incremento de actividades más allá de lo necesario, reducción de gastos a expensas de disminuir actividades necesarias, modificación y manipulación de costos, selección de riesgo, etc.(6). El resultado varía ampliamente, dependiendo de factores contextuales como tipo de sistema de salud, nivel de recursos disponibles para salud, grado de elección de los usuarios para optar entre diferentes proveedores, oportunidades y dificultades que enfrentan los proveedores para responder a los incentivos, etc. (7).

En el contexto de contención de gastos, algunos autores consideran el sistema capitolativo como uno de los más adecuados para incentivar la optimización de los recursos invertidos en salud (5;8;9) y en la actualidad además, se está mostrando gran interés ante la posibilidad de usar la asignación capitolativa, como un mecanismo que puede contribuir a una distribución equitativa de los recursos y la coordinación asistencial (10-12).

El año 2001, el Servei Català de la Salut (CatSalut) inició, como experiencia piloto, la implementación de un sistema de financiación capitolativa en cinco zonas de Cataluña (13). Los objetivos de la prueba eran mejorar la equidad de acceso a los servicios; la eficiencia del sistema sanitario, mediante un sistema de compra que favoreciera la coordinación en la gestión y continuidad asistencial; y estimular alianzas entre proveedores del mismo territorio (14). El CatSalut compraba al conjunto de proveedores del territorio una cartera de servicios de salud para una población definida geográficamente, a cambio de una asignación per cápita conjunta, ajustada por variables de necesidad (15). Sin embargo, la evaluación de esta experiencia piloto señala que no se cumplieron algunos objetivos, debido a debilidades metodológicas en el diseño de la cápita y la ejecución de la prueba (16). Entre ellas destacan la asignación de recursos fragmentada y negociada por entidad y la exclusión de la cápita de un proveedor multiterritorio mayoritario de atención primaria presente en la mayoría de las zonas piloto (14). Dicha redistribución de la cápita afectaría los objetivos de equidad y la coordinación.

La cápita se suele utilizar para asignar recursos a una organización (aseguradora, unidad territorial desconcentrada, etc.), que tendrá que distribuir los recursos entre los proveedores que dan la atención. La literatura sobre mecanismos capitolativos de pago a proveedores utilizados en el ámbito internacional es amplia (17), la mayoría de los estudios se concentran en las fórmulas de ajuste de la cápita. Sin embargo son escasas las revisiones de los diferentes mecanismos de distribución del financiamiento capitolativo a los distintos proveedores y cómo ellos afectan la eficiencia, coordinación, equidad y calidad del servicio (18).

Por ello es importante analizar qué mecanismo de distribución de la cápita entre el conjunto de proveedores del territorio resulta el más adecuado para cumplir con los objetivos de este mecanismo de pago a proveedores y contribuir a mejorar la asignación capítativa en Cataluña.

## ANTECEDENTES

Al hablar de financiación, es necesario distinguir entre las fuentes originarias de financiación de los sistemas sanitarios –enfoque macroeconómico- y los mecanismos de pago o remuneración a los proveedores - enfoque microeconómico- (13). Los mecanismos de pago a proveedores afectan el comportamiento de las organizaciones a nivel individual o local, y configuran sus incentivos económicos, así como el riesgo que asumen al proveer servicios sanitarios (5;19).

### *¿Qué son los mecanismos de pago a proveedores?*

El sistema de pago a los proveedores o prestadores sanitarios es uno de los componentes más importantes de las relaciones entre los agentes de los sistemas de salud y, en realidad, uno de sus signos definidores (5). Por sistema de pago o fórmulas de remuneración, se entiende la forma en que se organiza la compensación, normalmente monetaria, que recibe un proveedor por la prestación de sus servicios a un paciente o grupo de pacientes (5). El proveedor puede ser un profesional individual u organizado colectivamente (privado o público), como por ejemplo un centro de atención primaria, un hospital de agudos, etc. (4;5).

### *Tipos o clasificación de los mecanismos de pago*

La literatura describe los mecanismos de pago vigentes en la mayoría de los países, en función del análisis de tres dimensiones fundamentales: la unidad de pago, la distribución de riesgo financiero y los incentivos que genera (4;5;17;20):

a.- La unidad de pago: es la unidad en que se basa el monto pagado y representa una medida de los recursos remunerados (5). Se diferencian por el nivel de agregación de los servicios sanitarios remunerados, y en base a ese nivel, pueden ser ordenados o clasificados (21). Al proveedor se le puede remunerar por la cantidad de tiempo que invierta, la cantidad de servicios que provea, el número de personas que sirva, etc.(22). En general, se pueden distinguir tres tipos de unidades de pago, según: a) los insumos o “inputs”, b) productos intermedios como estancia hospitalaria, y c) productos finales , como por ejemplo, total de servicios prestados por persona en un periodo de tiempo (5).

b.- La distribución de riesgos financieros: se refiere a cómo se traspa el riesgo económico que implica la atención, entre los agentes financiadores (o compradores) y los proveedores. El riesgo nace por la imposibilidad de predecir el costo futuro del servicio sanitario debido a la heterogeneidad de los pacientes, que no generan los mismos costos, ya que no todos tienen la misma probabilidad de enfermar (5). Así, cuanto mayor sea la variabilidad de costos para una unidad de pago definida a un precio dado, mayor riesgo financiero se transfiere del financiador al prestador(23;24). Con ello, cada mecanismo de pago conlleva ciertos riesgos económicos (5).

c.- Incentivos: en teoría económica la palabra incentivo significa un estímulo a actuar de una manera particular. Un sistema de incentivos se entiende como un sistema de recompensas (25) . También se puede definir como las condiciones que influyen en la conducta de los agentes, al perseguir éstos su propio interés y que modificando sus decisiones, pueden alterar su comportamiento, su desempeño y el resultado de sus acciones (5).

Los mecanismos de pago se pueden clasificar como prospectivos o retrospectivos, con implicaciones diferentes en la redistribución del riesgo entre comprador y prestadores(20). El pago prospectivo se paga antes de la provisión del servicio,

mientras que el retrospectivo se calcula y paga después que se ha otorgado el servicio sanitario (20). Por ello, en el primero se debe anticipar y predecir los costos futuros y en el segundo se tienen que remunerar según los costos finales incurridos. Un mecanismo de pago prospectivo implicará más riesgo para el proveedor que el retrospectivo.

Según lo anterior, los cuatro mecanismos generales clásicos y predominantes de pago a proveedores, que la literatura especializada describe, son (4): presupuesto, pago por servicio o acto, pago por caso y pago capitativo. Cada uno de ellos caracterizado, además, por los incentivos que fomenta en el proveedor.

A continuación se describen las principales características de los primeros tres mecanismos señalados. En un apartado específico se analiza el mecanismo de pago capitativo, objeto de este trabajo.

### **Presupuesto**

Corresponde a un monto determinado para un periodo de tiempo (generalmente un año), a cambio de proporcionar asistencia sanitaria por una actividad poco concreta (26). Es el mecanismo de pago a proveedores más común en el sector salud y, en teoría, es independiente de los costes reales (4;27-29).

El presupuesto puede ser detallado o por línea (presupuesto tradicional), para programas o actividades específicas como unidades de pago (salarios, medicamentos, equipamiento, etc ) (4); por ello es más rígido y no permite la reasignación de recursos entre categorías de servicios (4;20). O bien, puede ser un presupuesto global, el que por no está ligado a una línea de gasto, permite reasignarlo según necesidades, lo que da mayor flexibilidad para la gestión, representando un elemento importante de las reformas sanitarias que incluyen descentralización y mayor gestión local (4).

Si se usa correctamente, el proveedor asume todos los riesgos financieros derivados de la cantidad y tipo de servicios. En la práctica, el pago se basa principalmente en un presupuesto histórico, que se puede ajustar por indicadores como el crecimiento de los precios, el PIB, etc.(20). La distribución del riesgo suele recaer en el prestador, y en teoría es alta, pero en la práctica es baja porque se basa en niveles históricos del uso de los recursos sanitarios (30). Por ello y por ser un pago independiente de la actividad, costes, etc., tiende a incentivar la menor provisión de servicios (20;27) Además, incentiva a gastar todo lo asignado (efecto Ratchet), y por lo tanto, incentiva a la ineficiencia.

### **Pago por servicio o por acto**

Es un mecanismo variable y asigna el monto al proveedor según la cantidad de servicios o actos médicos realizados (20). Por ejemplo, a un proveedor se le compensa por número total de radiografías, consultas, intervenciones quirúrgicas, etc. La compensación por cada una de ellas, se define fijando el valor relativo de cada servicio en relación a otro(s), en base a un factor de conversión. Se puede establecer basado en estudio de costes o de manera negociada (20).

El financiador asume toda la distribución del riesgo. Si el proveedor factura "ex post", no le afectará la variabilidad de los costes y tenderá a cubrirlos todos retrospectivamente (26). Por ello, y como la unidad de pago es el servicio o acto, se puede generar un incentivo en el proveedor para aumentar el número de actos con el fin de recibir mayor compensación económica, es decir, con ello se puede favorecer la maximización de actos médicos realizados o la inducción de la demanda (31).

### **Pago por caso (case-mix)**

Se paga al proveedor una cantidad predeterminada fija por unidad de pago que cubre todos los servicios por caso (paciente) o episodio de enfermedad (grupos relacionados con el diagnóstico o GRD) (4;19). El mecanismo básico consiste en agrupar servicios en distintas categorías por casos que sean razonablemente homogéneos con respecto al uso de recursos y se reembolsa una cantidad fija por cada categoría (4). La complejidad de este mecanismo varía ampliamente con el número de casos categorizados (4). Con él se asegura que los costos sean limitados por tipo de servicio, pero puede incentivar un incremento en los ingresos hospitalarios, y además puede desincentivar prácticas económicamente poco rentables pero importantes como la prevención (32).

El riesgo deriva de no ajustar adecuadamente los GDRs y de no fijar previamente un cantidad límite a la actividad comprada (33). Si se ajustan las tarifas según costes esperados para cada caso o GRD, el riesgo recae en el financiador; de lo contrario, el prestador asume el riesgo de los casos más caros (26).

### **Mecanismo de pago capitativo**

#### ***¿Qué es un sistema de financiación per cápita?***

Es un mecanismo de pago prospectivo y fijo, que asigna una retribución económica para que los proveedores proporcionen cuidados sanitarios de un nivel determinado a una población definida durante un periodo definido, generalmente un año (11;20;34). Es decir, supone “asignar un precio en la cabeza del ciudadano o usuario asegurado”, monto que recibe el nombre de cápita.(35). La unidad de pago es la persona afiliada, que recibe del proveedor una asistencia sanitaria completa o, al menos, una amplia gama de servicios (26).

La distribución del riesgo, dependiendo del tipo de cápita, será soportado conjunta y proporcionalmente por el financiador y el proveedor. Si el pago per cápita no guarda relación con las características de los afiliados, entonces el riesgo es soportado por el proveedor. Si el pago varía en función de esas características y/o de los costes esperables de la asistencia, entonces el riesgo lo soporta el financiador. (26) La transferencia del riesgo dependerá también de la validez de las fórmulas usadas para predecir los costes esperados.(13)

### ***Tipos de asignación capitativa***

La asignación de la capita se realiza en base poblacional, geográfica o territorial, o en base individual o voluntaria (14). Si es en base poblacional, el receptor de la cápita, generalmente coincide con una autoridad territorial desconcentrada, por ejemplo una región sanitaria (Reino Unido), o un municipio (algunos países escandinavos) (36), o un conjunto de proveedores (Cataluña) (37).

El pago capitativo también puede ser aplicado en entornos competitivos o de afiliación voluntaria, asignando un monto por cada afiliado adscrito (14;25). Algunos ejemplos son las los mecanismos de pago a organizaciones de mantenimiento de la salud (del inglés HMO) en Estados Unidos de América (38).

En ausencia de competencia, este mecanismo puede brindar las ventajas de la eficiencia de un sistema de presupuesto global y promover la asignación equitativa de recursos (4). En este caso, la cápita se puede usar para definir presupuestos globales y tendría mucho en común con esa forma de pago.



La asignación capítativa puede ser simple (pura) o ajustada (14). La primera es uniforme para todos los individuos o afiliados, se asignan recursos sólo de acuerdo al peso relativo de la población, sin considerar el nivel de necesidades sanitarias, ello traslada el riesgo financiero fundamentalmente al proveedor (39).

La cápita ajustada se calcula sobre la base del gasto esperado ajustado por parámetros que explican la variación del gasto entre individuos (13;40). La finalidad del ajuste es predecir el gasto esperado derivado de la demanda asistencial, y por ende, predecir los gastos para un grupo poblacional capitado (41); con ello, se pretende establecer montos de pago lo más cercanos posibles a los costos esperados para los distintos riesgos asociados a las características de los individuos o poblaciones (20).

Dicho ajuste se usa en los modelos de base geográfica para redistribuir los recursos entre territorios, con el fin de mejorar la equidad de acceso, al asignar el pago a cada territorio según sus necesidades relativas (42). En entornos competitivos, el ajuste es el mecanismo para prevenir la selección de riesgos, es decir, evitar captar sólo afiliados relativamente sanos o con afecciones con tratamientos más baratos, esquivando afiliados o afecciones que previsiblemente sean más caras y, por lo tanto, generen mayores costes (5;21;43)

Distintas variables se han vinculado a la fórmula de pago capítativo (25). Waters H y colaboradores (20) reconocen 4 grupos principales de factores para el cálculo de cápita ajustada según riesgo (20;44): información demográfica como edad y género, utilización previa como estimador del gasto esperado, utilización o coste real (usada retrospectivamente como compensación de la diferencia generada), y condiciones médicas (morbilidad).

En general, no hay fórmula perfecta de ajuste de la capítativa (13). Las variables de edad y sexo explican un escaso porcentaje (no más de 4 a 6%) de la variabilidad del gasto esperado (37;45), y se considera que el ajuste de la cápita puede predecir potencialmente entre el 15 % a 20% del gasto real a nivel individual, aunque la mayoría de las fórmulas de ajustes existentes sólo explican el 10%. (46;47).

### ***Incentivos del pago capítativo***

Los proveedores pueden responder a los mecanismo de pago de distintas maneras. Unos verán en la modalidad de pago una oportunidad para cambios estratégicos y lograr mejores resultados; otros verán en él una amenaza para sus objetivos.(48). Es decir, como cualquier mecanismo de pago, la cápita crea distintos incentivos en el proveedor (23).

Entre los positivos o deseados, están la provisión efectiva y eficiente de los servicios, la coordinación, optimización de costos, calidad y mejor capacidad resolutoria; resultando en un mejor estado de salud de los individuos (4). Este mecanismo traspasa y acerca la responsabilidad económica del proveedor a entornos más cercanos a la provisión de servicios, por ello puede mejorar la eficiencia durante todo el periodo capitado (25), lo que se asocia también al mayor incentivo a actividades preventivas, mayor continuidad de la atención y consecuentemente un menor uso de recursos (30;49). El pago capítativo también hace más predecible el costo total de los servicios sanitarios y más controlables por las autoridades financiadoras (50).

Otro incentivo teórico de la cápita es la coordinación, ya que fomentará a que los miembros de una red de proveedores unifiquen sus objetivos, se responsabilicen de hacer más eficientes sus acciones, de manera que la acción individual repercuta en cada uno y en los otros miembros, ya que todos dependen de un mismo presupuesto o financiación (38). Es decir, la asignación capítativa resulta o favorece la mejor aproximación clínica a la eficiencia (38;51). En sistemas integrados de salud, y cuando la cápita cubre todos lo servicios del paciente, se presentan menor tasa de hospitalización de sus usuarios comparados con otros mecanismos, como por ejemplo, el pago por acto (52). Así, entre los modelos de pago, el capítativo parece ser

la estrategia con más capacidad de fomentar la coordinación entre los variados niveles asistenciales que conforman un sistema sanitario (51).

Entre los incentivos negativos o perversos, están los derivados de un excesivo recelo por contener costos, como la menor provisión de servicios y la selección del menor riesgo, que potencialmente, pueden crear problemas de acceso y, por lo tanto, afectar la calidad (23). Además, en sistemas no integrados, y donde la cápita afecta sólo al médico de cabecera o de atención primaria, se incentiva el reenvío a especialista y el mayor empleo de medicamentos.(25;52).

### ***Mecanismos de distribución de la cápita***

La entidad que recibe la cápita, tiene la función de comprar o proveer directamente la cartera de servicios para la población afiliada. En el primero de los casos, deberá comprar servicios a diferentes proveedores. Cuando son varias entidades proveedoras entre las que se debe redistribuir la cápita, también deberá fijar las reglas para su reasignación de manera coherente con los objetivos primarios de la asignación capítativa (11).

La cápita se deberá implementar conjuntamente con otros mecanismos de pago para contrarrestar incentivos perversos como la menor provisión de servicios, dificultades que puede originar en términos de calidad y dado que los ajustes de riesgo no predicen totalmente el costo final del servicio (por lo que la selección del riesgo puede permanecer); (21;53).

Es decir, los distintos mecanismos de pago para redistribuir la cápita, se deberán complementar para potenciar las ventajas y compensar las desventajas que cada uno conlleva (52).

Existen pocas revisiones internacionales sobre qué mecanismos de distribución de la cápita son los más adecuado para cumplir con los principios orientadores de este tipo de pago, y que estrategias de pago conjuntas son las más adecuadas para obtener mejores resultados en la salud de los individuos (2;18).

### ***El sistema de financiación en base poblacional en Cataluña***

En el sistema sanitario catalán, caracterizado por la separación de funciones de financiación y provisión, y con diversidad en la titularidad de los proveedores, la compra y evaluación de servicios, siempre se había realizado por línea – cápita para atención primaria y pago por actividad para la atención sanitaria especializada. Cualquier mejora en la capacidad resolutoria de la atención primaria, repercutía negativamente en los ingresos económicos del hospital de referencia. (16;54)

El año 2001 y con el fin de superar las barreras generadas por el sistema de pago existente, CatSalut que actúa como comprador de servicios de salud a los proveedores públicos y privados que conforman la red de prestadores de servicios sanitarios de uso público en Cataluña, puso en marcha una prueba piloto para la implementación de un sistema de compra de servicios en base poblacional en cinco zonas sanitarias (55). Sus objetivos eran mejorar la equidad de acceso a los servicios, mejorar la eficiencia del sistema de salud a través de un sistema de compra que favoreciera la gestión coordinada de los servicios de salud y la continuidad asistencial; estimular la creación de alianzas entre los proveedores que operan en el territorio, y evolucionar hacia la corresponsabilización de los proveedores en el uso de los recursos mediante la transferencia de una parte del riesgo de gestión. (14)

En este nuevo modelo el CatSalut compra una cartera de servicios de salud para una población definida geográficamente, al conjunto de proveedores del territorio. A

cambio de cubrir servicios de atención primaria, hospitalaria y sociosanitaria, el proveedor recibe un monto capitado ajustado por variables de necesidad. La cápita de cada territorio se calculó ajustando el gasto en salud individual por dos factores: el gasto farmacéutico y los costes de hospitalización de pacientes agudos según complejidad, ponderados por edad y sexo (54). La relación entre proveedores se formalizaba en un convenio de colaboración entre financiador y proveedor, en el que se estipulan las condiciones de los servicios. Además CatSalut fijaba varios objetivos a los proveedores, evaluables anualmente, respecto a accesibilidad, calidad de la atención, efectividad y resultados sanitarios (14).

La experiencia piloto que concluyó el año 2005, generó muchas expectativas (14) y fue considerada como experiencia innovadora en política de salud por el observatorio Europeo de Salud (16;56). No obstante, la evaluación de resultados de la prueba piloto desde el punto de vista económico, así como de su evaluación cualitativa, evidenció dificultades para el cumplimiento del objetivo con que se diseñó (16;54;57). Entre las debilidades metodológicas de la experiencia implementada se encontró la coexistencia de la cápita con la compra por línea de servicios en las zonas piloto (16). Otro aspecto negativo identificado es que en la práctica los proveedores negociaron individualmente con el comprador de servicios. Esto se opone a los objetivos de la cápita en entornos de asignación geográfica, y representa un elemento de inequidad pues no se reasigna según necesidad (16). Además, no incentiva la coordinación y conduce a la ineficiencia asignativa (14;16).

### ***Criterios para evaluar los mecanismos de pago***

La utilización de mecanismos de pago puede tener implicaciones para los resultados sanitarios, que habitualmente son evaluados en base a la eficiencia, equidad y calidad según el marco conceptual que sigue. Además se analizará la coordinación entre proveedores, considerando que es uno de los objetivos con que se ejecutó la experiencia piloto en Cataluña.

#### *Eficiencia*

Se refiere al mejor uso posible de recursos escasos, teniendo en cuenta las preferencias de la población (58;59). También, implica la relación favorable entre resultados obtenidos y costos de los recursos empleados (60). Tiene tres dimensiones. La eficiencia técnica es aquella que utiliza la menor cantidad de recursos para producir una determinada cantidad de bienes y servicios. La eficiencia económica se logra cuando, entre aquellas opciones técnicamente eficientes, se elige la que genera menos costos. Por último, la eficiencia asignativa o distributiva se obtiene cuando la combinación de bienes y servicios, además de ser técnica y económicamente eficiente, es la más valorada por los miembros de la sociedad (26;58;59;61) . Para evaluar la eficiencia de la financiación de un sistema sanitario se deben considerar dos aspectos: los costes asociados a la administración del sistema (eficiencia técnica), y el grado de eficiencia económica del sistema de financiación (61). El tipo de costes que se considerará para medir el grado de eficiencia de los distintos sistemas de pago, son los derivados de administrar el sistema.(61)

#### *Equidad*

El concepto de equidad se relaciona con lo que se considera justo y por lo tanto su significado depende de los valores de sociedad y justicia social que adopten los

individuos, comunidades o gobiernos (58). Muchas reformas sanitarias se enmarcan en la equidad como uno de sus objetivos. Para el análisis de la equidad en salud, la diferencia más importante deriva del enfoque igualitarista, que considera la equidad en términos de igualdad, y el enfoque neoliberal que lo aborda en términos de niveles mínimos y maximización del bienestar agregado.(61). Cada enfoque dará lugar a sistemas de salud diferentes y con consecuencias distintas en relación a la distribución final de los recursos y de los resultados en los diversos grupos sociales (61). En servicios de salud implica tanto la asignación de recursos como recibir atención sanitaria en función de la necesidad de salud, considerando equidad de cobertura, calidad, acceso y uso; y considerando además que cada usuario pueda contribuir en función de la capacidad de pago (equidad financiera) (26). La equidad en salud se describe también “como la ausencia de diferencias sistemáticas de salud entre grupos sociales más o menos aventajados” (62).

Desde la perspectiva igualitarista, se consideran dos dimensiones de la equidad (63): la equidad horizontal como el tratamiento igual para iguales, y la equidad vertical entendida como el tratamiento desigual para desiguales, es decir que aquellos que tienen más recursos deben recibir menos que los con menos recursos (61;63).

El diseño de mecanismos de pago equitativos radica en la redistribución equilibrada de esos recursos.

### *Coordinación*

Se define como la concertación de todos los servicios relacionados con la atención de salud, con independencia del lugar donde se reciban, de manera que se sincronicen y se alcance un objetivo común sin que se produzcan conflictos (12). La integración se logra con el grado máximo de coordinación (64). La cápita, puede incentivar una mayor coordinación de las instancias necesarias para proveer atención a los pacientes, ya que se identifica al receptor de la cápita como responsable de brindar (directamente o a través de terceros), todos los servicios contratados (30).

### *Calidad*

La calidad en salud es el grado en que los servicios sanitarios incrementan la probabilidad de resultados sanitarios deseados a nivel individual y poblacional, consistentes con el conocimiento profesional actual (48). Su definición relaciona el conocimiento científico con intervenciones efectivas. La efectividad y la calidad técnica implican que los usuarios de los servicios reciben asistencia eficaz, segura y oportuna; también implica que la reciben en condiciones materiales y éticas adecuadas (calidad percibida).

Actualmente, la evaluación de la calidad se enmarca en caracterizar y monitorizar indicadores estructurales, de procesos y resultados (48).

Los mecanismos de pago son relevantes en la calidad, porque pueden afectar la forma de ejercicio de la medicina, el trato al paciente, cobertura de servicios,etc .

## **JUSTIFICACIÓN**

Los resultados de la experiencia piloto referida (14), hacen necesario contar con antecedentes actualizados que aporten elementos para la toma de decisiones sobre qué mecanismo de distribución de la capita es el más adecuado, evitando que su reasignación se base en negociación individual entre los distintos niveles asistenciales, sino que resulte de aplicar criterios de equidad y eficiencia, favoreciendo la integración del conjunto de proveedores que se financia con los mismos recursos.

La literatura sobre asignación capitativa para financiar servicios sanitarios utilizada en el ámbito internacional es amplia (17), la mayoría de los estudios se concentran en las fórmulas de ajuste de la cápita. Sin embargo son escasas las revisiones de los diferentes mecanismos de distribución del financiamiento capitativo a los distintos proveedores y cómo ellos afectan la eficiencia, coordinación, equidad y calidad del servicio (18).

Por ello es importante analizar qué mecanismo de distribución de la cápita entre el conjunto de proveedores del territorio resulta el más adecuado para cumplir con los objetivos de este mecanismo de pago a proveedores implementado en Cataluña el año 2001. Para contribuir a responder a esa inquietud, se realizará esta revisión bibliográfica.

## **PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN**

¿Qué mecanismos de pago se han implementado en diversos entornos para redistribuir la cápita?

¿Cuáles son las características de los distintos mecanismos de pago que se utilizan para la distribución?

¿Qué consecuencias han tenido para la eficiencia, equidad, coordinación y calidad?

## **OBJETIVOS**

### GENERAL

Analizar los mecanismos de distribución de la asignación per cápita en algunas experiencias internacionales e identificar lecciones relevantes para Cataluña.

### ESPECÍFICOS

- a) Analizar los mecanismos de pago que se utilizan en los modelos capítativos seleccionados para redistribuir la cápita asignada.
- b) Analizar el impacto de los mecanismos de pago usados para redistribuir la cápita a los proveedores, desde el punto de vista de eficiencia equidad, coordinación y calidad.
- c) Extraer conclusiones para el sistema de pago capítativo en Cataluña

## **BIBLIOGRAFIA**

- (1) Augursky B, Bauer T, Schaffner S. Copayment in the German Health system: Does it work?. RWI: Discussion Papers 2006;(43).
- (2) Scheneider P. Provider Payment Reforms: Lessons from Europe and America for South Eastern Europe. The World Bank; 2007. Report No.: Octubre.
- (3) Hindle D, Khulan B. New payment model for rural health services in Mongolia. Rural and Remote Health 2006;6(434).
- (4) Barnum H., Kutzin J., Saxenian H. Incentives and Provider Payment Methods. International Journal of Health Planning and Management 1995;10(1):23-45.
- (5) Alvarez B, Pellisé L., Lobo F. Sistemas de pago a prestadores de servicios de salud en países de América Latina y de la OCDE. Rev Panam Salud Pública 2000;8(1 y 2):55-70.
- (6) Ellis R. Creaming, skimping and dumping: provider competition on the intensive and extensive margins. Journal of Health Economics 1998;17(537):555.
- (7) Ensor T, Ronoh J. Effective financing of maternal health services: A review of the literature. Health Policy 2005;75(1):49-58.
- (8) Sicras-Mainar A, Serrat-Tarrés J, Navarro-Artieda R, Llopart-López J. Posibilidades de los Grupos clínicos ajustados ( Adjusted Clinical Groups-ACGS) en el ajuste de riesgos de pago capitativo. Revista Española de Salud Pública 2006;80(1):55-65.
- (9) Lin W, Chang RE, Hsieh CJ, Yaung CL, Chiang TL. Development of a risk-adjusted capitation model based on principal inpatient diagnoses in Taiwan. J Formos Med Assoc 2003;102(9):637-43.
- (10) Madden CW, Mackay BP, Skillman SM, Ciol M, Diehr PK. Risk adjusting capitation: applications in employed and disabled populations. Health Care Management Science 2000;3:1001-109.
- (11) Smith P, Rice N, Carr-Hill R. Capitation funding in the public sector. J R Statist Soc A 2001;164(Part 2):217-57.
- (12) Terraza R, Vargas I, Vazquez ML. La coordinación entre niveles asistenciales: una sistematización de sus instrumentos y medidas. Gaceta Sanitaria 2006;20(6):485-95.
- (13) Ortún V, López G, Puig-Junoy J, Sabés R. El sistema de finançament capitatiu: possibilitats i limitacions. Fulls Econòmics 2001;35:8-16.
- (14) Vargas I. La utilización del mecanismo de asignación per cápita: la experiencia de Cataluña . Cuadernos de gestión 2002;8(4):167-79.

- (15) DOGC. Ordre SSS/1722/2002, de 17 de maig, per la qual s'estableix una prova pilot per a la implantació d'un sistema de compra de serveis en base poblacional. 2002 May 29. Report No.: 3645.
- (16) Vargas I., Terraza R, Vazquez M.L., Agustí E., Brosa F., Casas C. El impacto de un sistema de compra capitativo en la coordinación asistencial. Gaceta Sanitaria 2007.
- (17) Pellisé L. Sistemas de pagos óptimos en el sector sanitario. Eds Gestión Sanitaria; 1998.
- (18) Sorensen J, Grytten J. Service production and contract choice in primary physician services. Health Policy 2003;66:73-93.
- (19) OECD 1994. The reform of health care systems: a review of 17 OECD countries. Health Policy Studies 1994;no. 5 Paris.
- (20) Waters HR, Hussey P. Pricing health services for purchasers - a review of methods and experiences. Health Policy 2004;70:175-84.
- (21) Newhouse JP. Sistemas de pago a planes de salud y proveedores: eficiencia en la producción versus selección. In: Ibern P, editor. Incentivos y contratos en los servicios de salud. Barcelona: Springer-Verlag Ibérica; 1999. p. 84-7.
- (22) Johnraj D, Yon R. 3rd International Case-Mix Conference: "Case-mix for a Sustainable Health Care System". 2007.
- (23) Hurley J, Hutchinson B, Giacomini M, Birch S, Dorland J, Reis R. Policy considerations in implementing capitation for integrated health systems. Ottawa; 1999.
- (24) Hurley J, Birch S, Eyles J. Geographically-decentralized planning and management in health care: some informational issues and their implications for efficiency. Social Science and Medicine 2004;41(1):3-11.
- (25) Monrad IH. Incentives and financing methods. Health Policy 1995;34(3):205-20.
- (26) OPS. Informe de relatoria - foro Regional sobre Mecanismos de Pago a Proveedores. 1998. Report No.: 5.
- (27) Kutzin J. A descriptive framework for country-level analysis of health care financing arrangements. Health Policy 2001;56(3):171-204.
- (28) Wilton P, Smith R. GP Budget Holding: Scoring a Bullseye or Missing the Target? 1997.
- (29) Wilton P, Smith R. Primary care reform: a three country comparison of "budget holding". Health Policy 1998;44:149-66.
- (30) Buglioli M, Gianneo O, Mieres G. Modalidades de pago de la atención médica. Revista Médica del Uruguay 2002;18(3):198-210.
- (31) Stichler JF. System development and integration in healthncare. Nurs Adm 1994;24(10):48-53.



- (32) Jegers M, Kesteloot K, De Graeve D, Gillies W. A typology for provider payment systems in health care. *Health Policy* 2001;60:255-73.
- (33) Cots F, Castells X, Ollé C, Manzanera R, Varella J, Vall O. Perfil de la casuística hospitalaria de la población inmigrante en Barcelona, España. *Gaceta Sanitaria* 2002;16(5):376-84.
- (34) Vargas V, Wasem J. Adjustment and Primary Care in Chile. *Croat MEd J* 2006;47(3):459-68.
- (35) Smith P. Capitated finance and health care needs possibilities and limitations. In: López G, Callau J, editors. XIX Jornadas de Economía de la Salud. Necesidad sanitaria, demanda y utilización. Zaragoza, 2, 3 y 4 de junio de 1999. Zaragoza (Spain): Asociación de Economía de la Salud; 1999. p. 15-28.
- (36) Gingsburg J, Doherty R, Ralston Jr F, Sankeeto N. Achieving a High-performance Health Care System with Universal Access: What the United States Can Learn from Other Countries. 2008. Report No.: 148.
- (37) Puig-Junoy J, Sabés R, Ortún V. Mecanismos de asignación de recursos sanitarios de base capitolativa y ajuste de riesgos. Informe técnico 2. 1999.
- (38) Ortun-Rubio V LCG. Financiación Capitolativa: Articulación entre niveles asistenciales y descentralización de las organizaciones sanitarias. serie Doc de trabajos[43]. 2002.
- (39) Rico A. Aspectos Redistributivos de la Financiación Sanitaria Regional. In: Fundación Argentaria, editor. Las Políticas Redistributivas. Madrid, España: 1996. p. 291-360.
- (40) Shortell SM, Hull KE. The new organization of health care: Managed care/integrated health systems. In: Altman S, Reindhart U, editors. Strategic Choices for a changing Health care System. Chicago: 1996.
- (41) Brugos A, Lorenzo E, Juananea M, Lezáun MJ, Guillén F, Fenández C. Una propuesta para el pago capitolativo, a partir de edad, cronicidad y género, utilizando bases de datos administrativas. *Atencion Primaria* 2000;25(1):35-43.
- (42) Vergeles B. Relación entre la Atención Primaria y Especializada: el reto permanente. *Cuadernos de gestión* 2002;8(4):-159.
- (43) Contell JC. La coordinación sociosanitaria en un escenario de atención compartida. *Atencion Primaria* 2002;29(8):502-6.
- (44) Cutler DM, Zeckhauser JP. The anatomy of health insurance: in handbook of health economics , Culyer AJ and Newhouse JP, eds (New York:Elsevier,2000). *Handbook of Health Economics* 2000;1(Chapter 11):563-643.
- (45) Kitchener M, Carrillo H, Harrington C. Medicaid community-based programs: a longitudinal análisis of state variation in expenditures and utilization. *Inquiry* 2003;40(4):375-89.
- (46) Newhouse JP. Patient at risk: health reform and risk adjustment. *Health Aff* 1994;13:132-46.

- (47) Puig-Junoy J. Las Fórmulas de financiación capitativa en sistemas de salud integrados: Una perspectiva Internacional. Los debates de Catsalud 2002 October 30
- (48) European Observatory on Health Systems and Policies. Purchasing to improve health system performance. Open University Press; 2005.
- (49) Dixon A, Langenbrunner J, Mossialos E. Facing the challenges of health care financing. In: European Observatory on Health Systems and Policies, editor. Health systems in transition: learning from experience. Dinamarca: OMS; 2004. p. 51-84.
- (50) Rice N, Smith PC. Capitation and risk adjustment in health care. Health Care Management Science 2000;3:73-5.
- (51) Vazquez ML, Vargas I. Organizaciones Sanitarias Integradas. Barcelona: Consorci Hospitalari de Catalunya; 2007.
- (52) OMS. Organization and Financing of Health Care Reform in Countries of Central and Eastern Europe. Genova; 1991 Apr 26. Report No.: Report of a Meeting held at the World Health Organization.
- (53) Newhouse JP. Reimbursement health plans and health providers: efficiency in production versus selection. Journal of Economics Literature 1996;34:1236-63.
- (54) Agustí E, Casas E, Brosa F, Argimón JM. Aplicación de un sistema de pago basado en la población en Cataluña. In: Ibern P, editor. Integración asistencial: fundamentos, experiencias y vías de avance. Barcelona: Masson; 2006.
- (55) CatSalut. Informe d'avaluació sanitària del projecte per a la implantació d'un sistema de compra en base poblacional. Barcelona: Servei Català de la Salut; 2004.
- (56) Martínez-García E. Catalonia: Paying providers for better quality. 2006.
- (57) CatSalut. Informe d'avaluació sanitària del projecte per a la implantació d'un sistema de compra en base poblacional. Barcelona: Servei Català de la Salut; 2005.
- (58) Barr N. The economics of the welfare state. Second edition ed. Oxford: Oxford University Press; 1993.
- (59) Vazquez ML, Vargas I, Farré J, Terraza R. Organizaciones Sanitarias Integradas en Cataluña: una guía para el análisis. Revista Española de Salud Pública 2005;79(6).
- (60) Draper DA, Solti I, Ozcan YA. Characteristics of health maintenance organizations and their influence on efficiency. Health Serv Manage Res 2000;13(1):40-56.
- (61) Vargas I, Vazquez ML, Jané E. Equidad y reformas de los sistemas de salud en Latinoamérica. Caderno Saúde Pública 2002;18(4):927-37.

- (62) Braveman P, Gruskin S. Defining equity in health. *J Epidemiol Community Health* 2003;57:254-8.
- (63) Wagstaff A., Van Doorslaer E. Equity in the delivery of health care: methods and findings. In: Wagstaff A, Van Doorslaer E, Rutten FF, editors. *Equity in the Finance and Delivery of Health Care: an international perspective*. Oxford: Oxford University Press; 1992. p. 49-86.

# ARTICULO

## MECANISMOS DE DISTRIBUCIÓN DEL SISTEMA DE PAGO CAPITATIVO:

Revisión de algunas experiencias internacionales \*

Autores:

Marco Cornejo Ovalle

Ingrid Vargas Lorenzo

María Luisa Vázquez

Becario Consorci Hospitalari de Catalunya

---

\* Trabajo a ser presentado en Revista Panamericana de Salud Pública, cuyos requisitos de formato están disponibles en <http://www.scielosp.org/revistas/rpsp/einstruc.htm>

## **RESUMEN**

**Objetivo:** Analizar los mecanismos de pago a proveedores para redistribuir la cápita, sus impacto en eficiencia, calidad, equidad y coordinación e identificar lecciones relevantes

**Métodos:** Revisión clásica de la bibliografía mediante una búsqueda en MEDLINE, Índice Médico Español, Web of Science, Revisiones Cochrane y EconLiT y de la “bibliografía gris”, sobre financiamiento capitolativo en salud, mecanismos de redistribución de la cápita a los proveedores y el impacto en eficiencia, equidad, calidad y coordinación. Se seleccionaron las experiencias de Reino Unido, Canadá y EE.UU. Se analizaron los mecanismos de redistribución teniendo en cuenta: tipos de mecanismos, objetivos, implementación y resultados obtenidos para la eficiencia, equidad, coordinación y calidad de la atención.

**Resultados y discusión:** En el Reino Unido se analizó la cápita transferida a los Primary Care Trusts (PCT); en Canadá, la transferida por los gobiernos provinciales a las Autoridades Regionales Sanitarias (RHA). En EEUU, se analizó la cápita recibida por las aseguradoras Organizaciones de Mantenimiento de la Salud (HMO). En las tres experiencias capitolativas revisadas destaca la variedad de mecanismos de pago utilizados para distribuir la cápita entre los proveedores. No obstante, se observa una cierta convergencia en el uso de mecanismos de pago prospectivo combinados con el pago por desempeño, que permiten transferir riesgo y corresponsabilidad en el gasto a los proveedores. Para la atención primaria se tiende a utilizar la cápita y pago por desempeño; y para el nivel especializado la tendencia sería el pago basado en casuística, excluyendo los casos más complejos.

La cápita financia una cartera de servicios que cubre APS y especializada, pero con diferencias importantes entre algunas experiencias.

En experiencias de Canadá y Reino Unido, la reforma a los mecanismos de pago ha coincidido con cambios institucionales y estructurales que han transferido responsabilidad local por la gestión de recursos

El análisis sobre el impacto de estos mecanismos no es concluyente, existen pocas evaluaciones sobre el tema y las existentes presentan problemas de calidad y de validez externa principalmente. La ausencia de bibliografía científica sobre el tema, limita el análisis a la literatura gris principalmente-cuyo rigor metodológico y objetividad puede ser limitado.

**Conclusiones:** La introducción de financiación capitolativa, en los entornos analizados, no parece haber sido acompañada de un análisis sobre los mecanismos de pago más adecuados para su redistribución a los proveedores. La combinación de cápita para atención primaria y pago por casemix a la especializada desincentivaría, teóricamente, la coordinación entre niveles asistenciales y la eficiencia global. Se requieren evaluaciones concluyentes antes de hacer recomendaciones sobre este esquema.

## **RESUM**

**Objectiu:** Analitzar experiències d'assignació capitativa per a finançar serveis de salut, mecanismes de pagament per a la seva redistribució i el seu impacte en eficiència, qualitat, equitat i coordinació i identificar lliçons rellevants

**Mètodes:** Revisió clàssica de la bibliografia mitjançant una recerca en MEDLINE, Índice Médico Español, Web of Science, Cochrane Reviews i EconLIT i de la "bibliografia grisa", sobre finançament capitatiu en salut, mecanismes de redistribució de la càpita als proveïdors i l'impacte en eficiència, equitat, qualitat i coordinació. Es van seleccionar les experiències de Regne Unit, Canadà i EUA. Es van analitzar els mecanismes de redistribució tenint en compte: tipus de mecanismes, objectius, implementació i resultats obtinguts per a l'eficiència, equitat, coordinació i qualitat de l'atenció.

**Resultats y Discussió:** En el Regne Unit es va analitzar la càpita transferida als Primary Care Trusts (PCT); a Canadà, la transferida pels governs provincials a les Autoritats Regionals Sanitàries (RHA). En EEUU, es va analitzar la càpita rebuda per les asseguradores Organitzacions de Manteniment de la Salut (HMO). En les tres experiències capitatives revisades destaca la varietat de mecanismes de pagament utilitzats per a distribuir la càpita entre els proveïdors. No obstant això, s'observa una certa convergència en l'ús de mecanismes de pagament prospectivo combinats amb el pagament per acompliment, que permeten transferir risc i coresponsabilitat en la despesa als proveïdors. Per a l'atenció primària es tendeix a utilitzar la càpita i pagament per acompliment; i per al nivell especialitzat la tendència seria el pagament basat en casuística, excloent els casos més complexos. La càpita finança una cartera de serveis que cobreix APS i especialitzada, però amb diferències importants entre algunes experiències. En experiències de Canadà i Regne Unit, la reforma als mecanismes de pagament ha coincidit amb canvis institucionals i estructurals que han transferit responsabilitat local per la gestió de recursos. L'anàlisi sobre l'impacte d'aquests mecanismes no és conclouent, existeixen poques avaluacions sobre el tema i les existents presenten problemes de qualitat i de validesa externa principalment. L'absència de bibliografia científica sobre el tema, limita l'anàlisi a la literatura grisa principalment, el rigor metodològic de la qual i objectivitat pot ser limitat.

**Conclusions:** La introducció de finançament capitatiu, en els entorns analitzats, no sembla haver estat acompanyada d'una anàlisi sobre els mecanismes de pagament més adequats per a la seva redistribució als proveïdors. La combinació de càpita per a atenció primària i pagament per casemix a l'especialitzada desincentivaría, teòricament, la coordinació entre nivells assistencials i l'eficiència global. Es requereixen avaluacions conclouents abans de fer recomanacions sobre aquest esquema.

## **ABSTRACT**

**Objective:** To evaluate experiences capita allocation to finance health services, payment mechanisms for redistribution and its impact on efficiency, quality, equity and coordination and to identify relevant lessons.

**Methods:** Classical literature review through database search: Medline, Indice Médico Español, Web of Science, Cochrane Reviews and EconLit; and the "grey literature" about mechanisms for redistributing the capitation financing to health providers and the impact on efficiency, equity, quality and coordination. The experiences of UK, Canada and the U.S. were selected. We analyzed the mechanisms of redistribution taking into account types of mechanisms, objectives, implementation and outcomes for efficiency, equity, coordination and quality of care.

**Results and discussion:** Capitation transferred to Primary Care Trusts (PCT) was analysed in the United Kingdom; in Canada, transferred by the provincial governments to Regional Health Authorities (RHA). In the USA, capitation received by the insuring Health Maintenance Organizations was analyzed (HMO). In these three reviewed experiences it emphasizes the variety of mechanisms of payment used to distribute the capita between the suppliers. However, a certain convergence in the use of combined mechanisms of prospective payment with the payment by performance is observed, that allow to transfer risk and joint responsibility in the cost to the suppliers. For primary cares one lies down to use the capita and pay by performance; and for the specialized level the tendency would be the case-mix based payment, excluding the most complex cases. The capita finances a portfolio of services that covers specialized and primary cares, but with important differences between some experiences. In experiences of Canada and the United Kingdom, the reform to the payment mechanisms has agreed with institutional and structural changes that have transferred local responsibility by the management of resources. The analysis on the impact of these mechanisms is not conclusive, few evaluations exist on the subject and the existing ones mainly present problems of quality and external validity. The scientific bibliography absence on the subject, limits the analysis to the gray literature mainly, whose methodologic rigor and objectivity can be limited

**Conclusions:** The introduction of capitation financing, in the analysed surroundings, does not seem to be accompanied by an analysis on the more suitable mechanisms of providers' payment for its redistribution to the suppliers. The combination of capita for primary care providers and payment by casemix to the specialized one would discourage, theoretically, the coordination between welfare levels and the global efficiency. Conclusive evaluations are required before making recommendations on this scheme.

## **INTRODUCCIÓN**

En muchos países desarrollados, el gasto en salud ha crecido notoriamente y mucho más rápido que el Producto Interno Bruto (1). Esto ha conducido a un permanente debate sobre las estrategias para controlar los costos y mejorar la eficiencia, asegurando la equidad en el acceso y calidad en la prestación de servicios sanitarios. Entre las estrategias que han concitado atención, se encuentran los mecanismos de pago a proveedores (2;3) y muchas reformas sanitarias se han enfocado particularmente en ellos y sus incentivos para mejorar la eficiencia y la calidad.

No existe ningún sistema de pago puro ideal al que un comprador pueda adscribirse (5). Así, los mecanismos de pago pueden resultar en incentivos inadecuados, tales como incremento injustificado de servicios, proveer menos actividades de las necesarias, modificación y manipulación de costos, selección de riesgo, etc.(6). En el contexto de contención de costos, algunos autores consideran el pago capitolativo como uno de los más adecuados para incentivar la eficiencia (5;8;9). Además actualmente, se muestra interés en usar la cápita, como un mecanismo que puede contribuir a la distribución equitativa de los recursos y la coordinación asistencial (10-12).

La cápita es un mecanismo de pago prospectivo y fijo, que asigna una retribución económica para que los proveedores proporcionen cuidados sanitarios de un nivel determinado a una población definida durante un periodo definido, generalmente un año. La unidad de pago es la persona afiliada, que recibe del proveedor una asistencia sanitaria completa o, al menos, una amplia gama de servicios (11). La cápita de base territorial se utiliza para la distribución equitativa de recursos (Reino Unido, España, Suecia, Chile). La cápita de base voluntaria se utiliza para incentivar la eficiencia (HMO de Estados Unidos).

Con la cápita se suele asignar recursos a una entidad (aseguradora, unidad territorial desconcentrada, etc.), responsable de organizar servicios para una población definida a cambio de una cápita, ya sea, proveyendo directamente los servicios o comprándolos (14). Por lo tanto, un elemento central será como distribuir esos recursos a los distintos proveedores de forma que sea coherente con los incentivos de coordinación y eficiencia global.

El año 2001, el Servei Català de la Salut (CatSalut) inició, como experiencia piloto, la implementación de un sistema de financiación capitolativa en cinco zonas de Cataluña. Los objetivos eran mejorar la equidad de acceso y la eficiencia del sistema sanitario, mediante un sistema de compra que favoreciera la coordinación de la gestión y continuidad asistencial; y estimular alianzas entre proveedores del mismo territorio(14). El CatSalut compraba al conjunto de proveedores del territorio una cartera de servicios de salud para una población definida geográficamente, a cambio de una asignación per cápita conjunta, ajustada por variables de necesidad. Sin embargo, la evaluación de esta experiencia piloto señala que no se cumplieron algunos objetivos, debido a debilidades metodológicas en el diseño de la cápita y la ejecución de la prueba (16). Entre ellas destacan la asignación de recursos fragmentada y negociada por entidad y la exclusión de la cápita de un proveedor multiterritorio mayoritario de atención primaria presente en la mayoría de las zonas piloto (16).

La evaluación (14), puso de manifiesto la necesidad de contar con información para la toma de decisiones sobre qué mecanismo de distribución de la capita es el más adecuado para evitar que su reasignación se base en negociación individual entre los distintos niveles asistenciales, y se asigne aplicando criterios de equidad y eficiencia. Al respecto, en la literatura existen escasas revisiones sobre el tema. La literatura sobre financiación capitolativa de servicios sanitarios en el ámbito internacional es amplia (17), la mayoría de los estudios se concentran en las fórmulas de ajuste de la cápita. Sin embargo son escasos los estudios de los diferentes mecanismos de distribución de la cápita entre el conjunto de proveedores del territorio y cómo éstos afectan la eficiencia, coordinación, equidad y calidad del servicio (18).



El objetivo de este estudio es describir los actuales mecanismos de distribución de la cápita para el pago a proveedores que se utilizan en diversos entornos capitativos en el contexto internacional y su impacto en eficiencia, calidad, equidad y coordinación asistencial.

## **METODOLOGIA**

Diseño del estudio: Revisión clásica de la bibliografía, mediante la búsqueda exhaustiva y el análisis del contenido de la bibliografía científica y de la denominada “bibliografía gris” (65) sobre mecanismos de pago para redistribuir la asignación capítativa entre proveedores y su impacto en eficiencia, equidad, calidad y coordinación.

Estrategia de búsqueda de documentos: Se realizó una primera búsqueda bibliográfica mecanizada en MEDLINE, Índice Médico Español, Web of Science, Revisiones Cochrane y EconLiT. A continuación se realizó búsqueda manual, revisando por un lado revistas que normalmente publican artículos sobre el tema y, por otra parte, la lista de referencias de todos los estudios localizados, seleccionando artículos relevantes.

Los documentos localizados en la primera etapa fueron escasos y se amplió la búsqueda revisando la literatura gris sobre el tema, como informes de OMS, Banco Mundial, OCDE, Ministerios e Instituciones de países seleccionados. Esta búsqueda fue la que proporcionó la mayoría de los documentos mediante la revisión de las páginas web de esas organizaciones, desde las cuales se siguieron los enlaces considerados de interés para el estudio y que permitían profundizar la búsqueda localizando más documentos.

Palabras claves: Para la primera búsqueda en las bases de datos electrónicas se utilizó - *capitation [Mesh], Health care financing; payment mechanisms, fund allocation, providers payment. Evaluation studies. [Mesh]. quality, efficiency, equity, coordination [Mesh]; Canada / Great Britain / United States*, - combinadas con operadores booleanos “AND” y “OR” que permitieron identificar estudios referentes a cápita, su redistribución e impacto en los países seleccionados. Para localizar la literatura gris en un buscador se usaron las mismas palabras claves.

Se creó una base de datos de los documentos seleccionados, usando el software Reference Manager 11.0, para disponer en todo momento de toda la bibliografía que empleamos para el estudio.

La búsqueda se limitó a publicaciones en inglés, catalán y español, pero no se restringió la fecha, considerando la historia de las experiencias capítativas de los países seleccionados y que existen artículos relevantes sobre el tema publicados hace años.

Criterios de selección de los artículos: Como primer criterio de selección se usó el país - Reino Unido, Canadá y EE.UU. -, en primer lugar porque con más experiencia en el uso de mecanismos de pago de asignación capítativa y con mayor volumen de literatura y, en segundo lugar, por contar con experiencias de los dos tipos de asignación capítativa: de afiliación de base geográfica y voluntaria asignada en entorno competitivo a una aseguradora. Como segundo criterio de selección, se incluyeron artículos que expusieran al menos uno de los siguientes criterios: a) Descripción de una experiencia de financiación capítativa, b) Descripción de mecanismos de pago a proveedores en entornos capítativos, c) Evaluación de resultados de la cápita y/o de los mecanismos de pago usados sobre eficiencia, equidad, calidad y/o coordinación asistencial.

Tipos de documentos seleccionados: reportes públicos, tesis, documentos normativos, revisiones bibliográficas, documentos de discusión, informes institucionales, estudios longitudinales y transversales, entre otros.

Análisis de los documentos: Se efectuó el análisis de contenido de los documentos identificados, mediante un análisis narrativo, lo que permitió la clasificación, descripción e interpretación del contenido de los documentos seleccionados (66). Para lo cual, primero se identificaron las diferentes experiencias de asignación capítativa usadas en los países seleccionados; agrupándolos según dimensiones como tipo de asignación, cartera de servicios que cubre la cápita (atención primaria, atención

especializada) y fórmula de ajuste de la cápita. Posteriormente, se analizaron los mecanismos de pago utilizados para redistribuir la cápita en las experiencias seleccionadas, considerando tipos, objetivos de los mecanismos, implementación y resultados obtenidos en eficiencia, equidad, coordinación y calidad de la atención.

## **RESULTADOS**

A continuación se exponen los resultados de la revisión de cada una de las experiencias analizadas. En la tabla 2 se describe los mecanismos de pago utilizados.

### **REINO UNIDO (RU)**

El Sistema Nacional de Salud inglés (NHS), a cargo del 83% de la población del RU, es de cobertura universal y financiado con impuestos. El Departamento de Salud, su ente gubernamental responsable (67;68), está organizado geográficamente y con funciones desconcentradas en 10 Autoridades Estratégicas de Salud (SHA) (69). Los proveedores de atención primaria son médicos de familia (GPs) agrupados en Practices. La atención secundaria y terciaria, las proveen prestadores públicos autónomos - Trusts Hospitalarios, Foundation Trusts\* - y también el sector privado. La función de compra recae principalmente en 152 Primary Care Trusts (PCTs) (71-73), entes con forma jurídica propia –fundaciones-, cuyo órgano de gobierno lo designa directamente el NHS. Los PCTs reciben del DS una cápita para proveer el continuo de servicios a una población definida geográficamente (en promedio 170.000 habitantes) (74), ya sea proveyendo directamente o comprando a otros proveedores (75-77). Las SHAs diseñan estrategias de provisión de servicios, compran el nivel terciario cuando no es asumido por los PCTs y evalúan los resultados de todos los proveedores del NHS que trabajan en la región, excepto las Foundation Trusts (69;71). Los PCTs son una evolución de los Fundholders y Primary Care Groups con algunas diferencias como mayor autogestión y carácter obligatorio, ya que todos los médicos de primaria han tenido que integrarse mediante contratos a un PCT (48). Desde el 2004, los PCTs contratan los servicios primarios y algunos servicios especializados con los 8.325 Practices (78), estableciendo las condiciones de pago y los servicios que deben otorgar (71;79).

### **La experiencia capitativa en el NHS**

El NHS tiene amplia experiencia en la asignación capitativa como mecanismo de distribución territorial de recursos y como mecanismo de pago a la Atención Primaria de Salud (APS) (73). Desde los 70, con la fórmula RAWP, se pretendió asignar recursos equitativamente a las regiones sanitarias. En los 90, se usó la cápita como mecanismo de pago a proveedores de APS, inicialmente a los Fundholders y posteriormente a los Primary Care Groups (48). Actualmente, el Departamento de Salud transfiere directamente a los PCTs, más del 80% del presupuesto total del NHS, mediante una cápita territorial basado en población registrada con los GPs (72). En general, se paga una cantidad por habitante con suplementos para incentivar a que los GPs brinden servicios adicionales de calidad (80;81). La fórmula actual, introducida el 2003 y modificada levemente para las asignaciones 2006/07 y 2007/08, pretende reflejar las necesidades sanitarias locales, ajustando la cápita por necesidades y costos relativos, según edad, sexo y tamaño de la población registrada, cuidados domiciliarios necesarios, morbilidad, y costos inevitables de proveer servicios a esa población (70).

---

\* La introducción reciente (2003) de las Foundation Trusts o FTs, permite que los trusts del NHS con alto rendimiento, dejen de estar bajo el control directo de las SHAs manteniendo dependencia con DS. La política actual del gobierno es que todos los Trusts (hospital de agudos, especialistas y de salud mental) adquieran la categoría de FT. A Octubre de 2007 existen 77 FTs (70).

## ***Mecanismos de distribución de la cápita asignada a los PCTs***

Los PCTs pagan a los proveedores de acuerdo a contratos negociados entre ambos (tabla 2), en base a tarifas establecidos por el Departamento de Salud (“tarifa nacional”), a fin de asegurar que los proveedores compitan en calidad más que en precio (82).

### ***Pago a Proveedores de APS***

El pago para los Practices – GPs agrupados – se basa en una remuneración capitativa (ingresos medios garantizados), combinada con un pago por desempeño (P4P).

Desde abril de 2005, los Practices pueden optar por responsabilizarse de cápita asignada por su PCT para gestionar la provisión de servicios para sus pacientes, incorporando el contrato Practice Based Commission (PBC), una versión actualizada del esquema fundholding (83-85), que transfiere la responsabilidad parcial o total para cubrir servicios agudos, comunitarios y de urgencia (81;84), permitiéndoles retener excedentes para reinvertirlos en nuevos servicios (86). El objetivo de la cápita es recompensar eficiencia, calidad, equidad, capacidad de elección del paciente y reducción del tiempo de espera (83). Actualmente el 85% de los Practices operan bajo contratos PBC (78).

Los Practices contratan a su vez con los GPs según dos modalidades: GMS y PMS. El 60% de los GPs optó por proveer servicios como independientes, en base a contrato estándar acordado nacionalmente (Servicios Médicos Generales o GMS), y su remuneración se basa principalmente en capitación (por pacientes registrados), complementada con un pago por servicios específicos (por ejemplo, atención prenatal). El 40% restante optó por contratos alternativos negociados localmente (Servicios Médicos Personales o PMS) (78), ofrecidos voluntariamente a aquellos GPs que asumen contrato por salario, y que les permite mayor flexibilidad en la provisión según necesidades locales (78;84;87).

El Pago por Desempeño o P4P contempla fondos adicionales para financiar un sistema de incentivos que recompensa a los Practices y a los GPs, por objetivos de calidad, y que implica aumentar hasta en 25% sus ingresos (88;89). Se asignan puntos traducidos en valor monetario, según el logro de 146 indicadores de calidad para cuatro áreas: clínica (respecto al cuidado de 11 enfermedades crónicas), organización de los servicios (revisión anual de reclamos y sugerencias), experiencia de los pacientes (estudios de opinión) y servicios adicionales (cuidados prenatales, cribados). Los GPs pueden excluir justificadamente algunos pacientes en indicadores específicos de su evaluación de desempeño (“exception report”), lo que representa un incentivo para que el proveedor incremente sus ingresos mediante la exclusión inadecuada de pacientes por quienes no lograrían los objetivos (2;48).

### ***Pago a nivel especializado***

Desde el 2003, los PCTs de Inglaterra utilizan el Pago por Resultados (PbR) (83;90) para recompensar al nivel hospitalario por actividad ajustada por case-mix a través de Health Resource Groups (HRGs) (48). Los HGR permiten clasificar y agrupar pacientes con costes esperados similares para calcular un pago adecuado y equitativo por los servicios hospitalarios. El monto para cada grupo se deriva de registros de costos de todos los hospitales NHS de Inglaterra (91). El Pago por Resultados se ajusta por costes diferenciales de inputs interáreas, tarifa diferencial por admisiones de urgencia, servicios especializados de alto costo y largas estancias (91).

### ***Impacto de los mecanismos de pago (tablas 3)***

Se debe destacar que las evaluaciones de los PCTs son escasas, preliminares (92), muchas referidas a los sistemas de pago a los GPs, no tanto a los Practices y la

Atención Especializada. No se ha evaluado globalmente el impacto de los actuales mecanismos de pago en la conducta de los proveedores (48). La Health Care Commission, organismo independiente que supervisa a todos los proveedores e informa sobre su calidad, en su informe 2006/07 reconoce una mejor calidad de los servicios y eficiencia de los recursos transferidos a los Trusts en 2006/07, y señala que es difícil medir los resultados de muchos procesos debido a falta de mediciones adecuadas y consensuadas (82;93). Aun no es posible determinar como los proveedores de atención primaria y los hospitales, han respondido a incentivos de PBC y Pago por Resultados respectivamente y cual ha sido su impacto (94), aunque según evaluaciones preliminares no se ha logrado mejor productividad y calidad como se esperaba (70). Por otro lado, evaluaciones recientes señalan que el esquema Fundholding de los 90 supuso un escaso impacto (48;95).

Eficiencia: Los PCTs han disminuido la productividad en número de consultas de APS desde que se implementaron los nuevos contratos (aun después de ajustar por calidad) (77). Por otra parte, la variación en cómo los PCTs contratan con los Practices, y de cómo las SHAs supervisan a los PCTs, permite que servicios definidos como esenciales, sean considerados por algunos GPs como servicios adicionales, logrando que los PCTs les paguen dinero adicional (78).

Los estudios muestran que con la cápita transferida a los Practices, mejoró la eficiencia ya que aumentó la provisión en este nivel de servicios especializados que eran sólo de competencia hospitalaria (dermatología, cirugía menor, algunos servicios oftalmológicos, etc). Sin embargo, los hospitales mantienen actividades que pueden ser realizadas a nivel primario (78;96-98).

Los nuevos contratos de pago a médicos de APS, son administrativamente menos complejos, aunque se les atribuye parte del aumento de las admisiones hospitalarias de emergencia. La productividad medida en carga de trabajo y en número de consultas fue similar entre los GPs asalariados y los GPs pagados con cápita (99).

El P4P a médicos incrementó sus ingresos anuales considerablemente y los costos fueron mayores que los calculados preliminarmente (2;89).

Los estudios preliminares sobre el impacto del Pago por Resultados en eficiencia no son concluyentes. Por un lado, algunos estudios muestran que este sistema de pago basado en actividad aumentó el volumen de actividad hospitalaria, se redujeron costes y tiempos de espera (48;78;100). En contraposición, la Audit Commission reportó escaso incremento de actividad y mayores costos de implementación que lo previsto (101).

Calidad: Las pocas evaluaciones sobre el impacto de los mecanismos de pago en la calidad se refieren al pago a los GPs y no son concluyentes. La satisfacción no ha variado mayormente respecto a periodo previo a implementar nuevos contratos para los GPs (78). Según Gosden (2001) no se reportaron diferencias de calidad medida mediante encuesta a usuarios entre servicios provistos por GPs asalariados y los pagados por cápita (99).

En evaluaciones sobre manejo ambulatorio de enfermos crónicos (asma, diabetes) parece que el P4P a GPs induce a mejoras (78), aunque la mayoría de los estudios no son concluyentes o no parece que se pueden atribuir sólo al P4P, ya que algunos estudios muestran mejora de la calidad incluso antes de su implementación (2;89;102;103), atribuibles también a reportes públicos periódicos (2;104).

No se encontró evidencia de que Pago por Resultados redujera la calidad, medida en mortalidad intrahospitalaria (100).

Equidad: Los acuerdos nacionales que garantizan ingresos mínimos a médicos, pueden empeorar la equidad, ya que factores de corrección del pago impiden distribución equitativa de los recursos (78). También, la variación histórica del gasto entre PCTs en áreas clínicas y enfermedades claves, no justificadas tras ajustar por necesidad, representa un elemento de inequidad (77;105).

Los nuevos contratos para los GPs han aumentado horas profesionales en un 15%, en áreas más deprimidas, y con ello el acceso a APS ha mejorado (78), pese a mantenerse dificultad de acceso en algunos colectivos vulnerables (grupos étnicos, discapacitados y otros) (74;106).

Coordinación: no se encontraron evaluaciones.

## **CANADÁ**

El Sistema de Salud Canadiense es de cobertura universal, descentralizado y financiado con impuestos (107). Los gobiernos provinciales son responsables de la administración y provisión de servicios para sus residentes, financiando además, con fondos propios, beneficios adicionales no cubiertos con fondos transferidos desde el gobierno federal (108).

Para delegar responsabilidad sobre los recursos asignados y controlar los costos a nivel regional (109), desde los 90, las provincias se estructuran en unidades geográficas desconcentradas a cargo de Autoridades Sanitarias Regionales (RHAs) (redes locales de salud integradas), responsables de proveer coordinadamente los servicios sanitarios a una población promedio de 100.000 habitantes (108). Las RHAs asumen los cuidados integrales, con excepción del pago a los médicos, prescripciones y ambulancias que siguen siendo financiados por el gobierno provincial (110;111). La mayor parte de los médicos generales y especialistas trabajan en práctica privada, con excepción de los médicos comunitarios adscritos a equipos de atención primaria (108). Con la Reforma de Atención Primaria iniciada el 2004 surgen las Organizaciones de Salud Familiar (108), que junto a los médicos en práctica individual, son los principales proveedores de APS. La atención secundaria y especializada se provee en hospitales, centros comunitarios, de salud mental y servicios de apoyo (106;111;112).

### ***La asignación capítativa y la fórmula de ajuste***

Las RHA reciben y se responsabilizan de una asignación capítativa para financiar el continuo de servicios “médicamente necesarios” (108), establecidos en la Ley de Salud de Canadá del 2004, que incluye todos los servicios primarios (excepto pago por servicios a médicos) y hospitalarios (incluyendo cirugía dental), servicios diagnósticos, residenciales, comunitarios, salud pública, prevención y salud mental (113). La metodología para asignar la cápita de base poblacional hacia las RHAs (108;114;115), intenta distribuir adecuadamente los fondos según características demográficas y casuística medida por Ajuste por Intensidad de Recursos (RIW). Normalmente se usa el RIW que sólo considera la complejidad hospitalaria. En la experiencia piloto de British Columbia, la cápita también se ajusta por de Grupos Clínicos Ajustados (ACG), asignando cada paciente a una categoría con tasas de pago específicas (más altas para pacientes con mayor carga de enfermedad) (116).

### ***Mecanismos de pago para redistribuir la cápita de las RHA (tabla 2)***

#### *Pago a Proveedores de APS*

La APS, excepto el pago por servicio a los médicos, se financia con la cápita asignada a las RHAs.

Los médicos son recompensados con diferentes mecanismos. El 49% reciben sólo pago por servicios (FFS) (111). Al 51% restante, se le paga usando mecanismos alternativos - salario mixto o cápita mixta-, como miembros de equipo multidisciplinario de APS financiado con cápita y que trabajan integradamente., aunque no más del 10%

tiene la cápita como su principal fuente de ingresos (110). Ambos mecanismos mixtos, usan más de un mecanismo de pago que puede incluir salario o capitación, FFS, incentivos y complementos en diferentes grados; y asumen que la provisión de servicios integrales requiere de incentivos con bonos como pago por desempeño (P4P), que complementen la cápita o salario para recompensar servicios basados en la evidencia y servicios específicos (117). La cápita mixta se ajustada por edad y sexo complementada con incentivo por cuidados preventivos, bonos por servicios específicos (cuidados paliativos, APS para pacientes ancianos o con problemas mentales) y honorario por cuidados de recién nacidos. Con salario mixto, el médico recibe además, honorarios por citas e incentivos por dedicación a APS y llamadas 24 horas/7 días (117).

También existen acuerdos de pago para mejorar el acceso a servicios en zonas rurales, introduciendo financiación adicional para apoyar reclutamiento de médicos de APS y especialistas de base hospitalaria, mejores servicios para ancianos introduciendo honorarios por llamadas de residencias de enfermos crónicos y terminales, nuevos honorarios para médicos de familia que cuidan de sus propios pacientes en servicios de urgencia, honorarios especiales para manejo de enfermedades crónicas específicas apoyando la promoción y prevención, y finalmente iniciativas que financian el reclutamiento de médicos.

#### *Pago a proveedores de atención hospitalaria*

La mayoría de las RHAs pagan a los hospitales presupuestos globales en base poblacional y volumen de servicios o gasto histórico (108;111;118). En Alberta, las RHAs pagan a los hospitales mediante cápita de base poblacional (108). El pago prospectivo por actividad ha sido marginal, aun cuando el Senado lo recomendó el 2002 (110). Los Grupos Mixtos de Casos se usan en Ontario desde el 2001 (110), ya sea pagando en base a diagnóstico o tratamientos y procedimientos (32).

Además, los hospitales reciben P4P según objetivos medidos en indicadores claves: margen financiero total, porcentaje de enfermeras a horario completo, riesgo relativo de reingreso y calidad de cuidados crónicos (108).

#### ***Impacto de los mecanismos de pago (tabla 4)***

Existen limitados estudios sobre el impacto de los actuales mecanismos con que las RHAs pagan a sus proveedores (109), debido principalmente a que la reforma de APS está terminando su segunda fase (115;119). Además, se refieren principalmente al pago a este nivel asistencial.

**Eficiencia:** En general los estudios que comparan los mecanismos de pago a médicos no son concluyentes. En un estudio del 2007, los médicos con FFS tienen mayor productividad (número de pacientes por semana) que los médicos con salario o cápita mixtos, resultados que no varían al ajustar por edad y si ejercían solos o en grupos médicos (120;121). En contraposición, Hutchinson et al. (122) en un estudio de cohortes compara en 39 médicos el cambio de FFS a cápita y no encontró diferencias en uso de servicios hospitalarios y Marriot et al. no encontraron evidencia de aumento en la tasa de referencias a especialistas después de implementar el pago capitativo a médicos de APS (116). Wranik–Lohrenz (2004) señala que el pago capitativo a médicos genera resultados más eficientes que el FFS, al recomendar tratamientos más adecuados (123). Por otra parte, un estudio en Ontario que compara el pago a médicos mediante cápita más P4P con FFS más P4P según menor tasa de utilización hospitalaria, no mostró reducción de tasas de utilización hospitalaria ni diferencias significativas entre los dos mecanismos de pago (124).



Calidad: No existen diferencias de calidad entre servicios médicos pagados por cápita y FFS (125). Sin embargo, evaluaciones recientes del pago a médicos de equipos de APS con cápita mixta o salario mixto alternativos al tradicional FFS, mejora los resultados sanitarios (108) y la satisfacción de usuarios (116), al incentivar la provisión integral de servicios, la promoción y prevención; que se dificultan con el FFS (126).

Equidad: Considerando que con la cápita para la APS en los 90, se reportó selección de riesgos y problemas de acceso (112;127;128). Con actual modelo de pagos por cuidados integrales a la APS mejoró el acceso en zonas rurales, mejoró la atención a adultos mayores financiando más servicios para cuidados crónicos, domiciliarios y paliativos (108). La capita mixta para médicos de APS mejoró la equidad en el acceso y atención domiciliaria de urgencia , con servicios de atención continua, resolviendo problemas de acceso horario reportados anteriormente (116).

Coordinación: La responsabilidad de pagar a los médicos y las prescripciones permanece en gobiernos provinciales, lo que limita que cada RHA aborde sus necesidades poblaciones integradamente (119).

## **ESTADOS UNIDOS**

Existen diferentes modelos de financiación, aseguramiento y provisión de servicios de salud. El 57% de la población accede mediante seguros privados. El Gobierno, a través de seguro Medicare cubre al 14% de la población (mayor de 65 años o discapacitados) y con Medicaid al 13% (población pobre). El 16% de ciudadanos continúa sin cobertura (129;130).

El aseguramiento, principalmente a cargo del sector privado, se da en un entorno de mercado, con dos grandes esquemas de organización de servicios: seguro tradicional que paga a proveedores con FFS y las Organizaciones de Salud Administrada (MCOs). Éstas son “sistemas integrados que administran servicios sanitarios para población afiliada, más que sólo pagar por ellos”, contratando redes de proveedores selectivos que otorgan mayor cobertura de servicios a sus afiliados a un menor coste, confiriéndoles poder de mercado a las MCOs para negociar precios (129). Emplean estrategias de control de la atención como gestión de la demanda (médico portero del sistema), guías de práctica clínica, educación médica continua, prevención, revisión de prescripción, gestión y coordinación de servicios, control de derivaciones con segunda opinión (incluyendo preautorización para ciertos tratamientos), etc. Se distinguen principalmente tres tipos de MCOs: las HMOs caracterizadas por el financiamiento capitativo, y las no capitativas como PPOs (Organizaciones de proveedores preferenciales) y POSs (Planes Puntos de Servicio) (131).

### ***La asignación capitativa y la fórmula de ajuste***

Las Organizaciones de Mantenimiento de Salud (HMOs), que al 2005 cubrían el 80% de los contratos MCOs (130;132). Las HMOs contratan, aunque algunas proveen directamente, todos los servicios cubiertos por el plan de salud, a cambio de una cápita mensual por persona afiliada voluntariamente (129). La servicios son cubiertos sólo si se proveen dentro de la red con que contrata la HMO. La cartera incluye prevención, APS y especializada, urgencias y farmacia (133). La provisión se estructura, en general, según dos tipos de HMO (29): las HMO tipo staff/ grupos de médicos, modelo cerrado referido a Grupos Médicos Integrados que son organizaciones centralizadas, con médicos asalariados o socios del grupo que trabajan exclusivamente para una HMO, compartiendo instalaciones, gestión administrativa e ingresos (134). Las HMO tipo IPA (Asociación de Médicos

Independientes) son modelo abierto, los médicos aceptan pacientes de múltiples planes (incluso FFS tradicional y MCOs no capitativas), trabajan descentralizados, su contrato no es exclusivo y generalmente son propietarios de sus oficinas que gestionan independientemente, siendo recompensados con FFS (135). En ambas, el paciente debe elegir un proveedor de APS de una lista que brinda la HMO y luego, para acceder a especialistas debe ser aprobada referencia del médico primario (gatekeeper). Con ello la provisión es menos flexible que modelo tradicional de FFS, sin embargo es más barato para los pacientes y con menor copago.

Las experiencias capitativas en EE.UU. se han desarrollado sólo en modelo HMO. La cápita equivale al 95% del costo promedio per cápita del esquema tradicional FFS, ajustado por edad, sexo, estado de bienestar e institucional de afiliados, y costos de salud locales.

### ***Mecanismos de pago para redistribuir la cápita de las HMO (tabla 2)***

#### *Pago a Nivel primario*

El pago para las HMO tipo staff / grupo médicos es capitivo. En las HMO tipo IPA, es FFS. En las primeras, la HMO y el grupo médico (GM) negocian un presupuesto que se estima permitirá proveer la servicios médicos esperados para los afiliados, basado en el presupuesto histórico. La cápita resultante será el monto mensual que la HMO paga por afiliado y según el plan contratado. Si la cápita, es mayor que el coste real, el GM y su personal, comparten el excedente con la HMO (133).

En las HMOs tipo staff / grupo médico, el salario es el principal mecanismo usado por todos los GM para pagar a los profesionales. Las HMOs tipo IPA usan FFS para pagar a sus profesionales (136).

Además, con el objetivo de mejorar la prevención, calidad y satisfacción usuaria, el 90% de las HMO con Pago por Desempeño o P4P (137), usa este mecanismos para pagar a los médicos, según logren indicadores clínicos de calidad y productividad (133). La bonificación varía considerablemente en montos y destinatarios, independiente de la asignación capiativa. El bono se asigna en algunos planes sólo a un segmento pequeño de médicos destacado que logra los más altos puntajes, mientras que otros lo distribuyen más ampliamente, discriminando el pago según grado de objetivos logrados (138).

#### *Pago a hospitales*

En los hospitales se impone un sistema de pago prospectivo, mediante presupuestos fijos o “grupos relacionados de diagnóstico” (DRG) (139). Entre el año 1997 y 2001 el pago capitivo a hospitales ha permanecido en 19%, el pago por día aumento del 53% al 89%, el FFS del 16% al 71% y el pago en base a DRGs aumento del 55% al 62% (140).

En 1983, se cambió el reembolso a hospitales de un sistema retrospectivo basado en costos a uno prospectivo basado en Grupos Relacionados de Diagnósticos, transfiriendo una cantidad fija al proveedor por cada caso diagnosticado (141). Las HMO usaron los DRGs marginalmente hasta los 90, pero actualmente su uso ha aumentado (140-143).

El año 2006, el Centro para Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) reconfigura el sistema de pago para pacientes ingresados a partir del año fiscal 2007, manteniendo esquema DRG básico pero reflejando mejor los costos al incorporar la severidad de la enfermedad. Un modelo para ello, lo constituyen los Grupos de Riesgo Clínico (Clinical Risk Groups o CRGs), que incorporando la clasificación de grupos de riesgo, son un modelo categórico que clasifica a los individuos en grupos de riesgo mutuamente excluyentes, asignando cada paciente enfermo crónico a un nivel de severidad (141). A partir del 2008 se implementarían los DRGs ajustados por severidad y desde

octubre se impedirá el pago de estancias hospitalarias con un DRG más alto, a menos que se documente que tal condición ya existía antes de la admisión (144)

Respecto al Pago por Desempeño, sólo el 38% lo utiliza para pagar a hospitales, con diseños variables según condiciones locales como tecnología y disponibilidad de los proveedores para participar. Al respecto, se ha iniciado un programa de pago usando grupos de episodios como parte de un sistema de Pago por Desempeño, que clasifica a los pacientes en episodios de enfermedad, permitiendo en principio, construir informes de eficiencia de médicos por tipos de enfermedad e identificar aquellos profesionales con costos por episodio injustificadamente altos (144).

### ***Impacto de los mecanismos de pago (tabla 5)***

Eficiencia: Aunque es escasa la evidencia sobre mayor eficiencia comparativa entre tipos de HMOs, algunos estudios muestran que los Grupos Médicos bajo cápita son más eficientes, presentando estancias hospitalarias menores (145;146) y menor uso de urgencias hospitalarias (147;148). No obstante, Forrest CB (2003), no encontró diferencias en tasa global de derivación entre estos grupos, aunque los GM con pago capitativo presentaron más derivaciones por problemas crónicos (149). Por otro lado, un estudio que analiza tipo de servicios según mecanismos de pago a médicos de APS muestra que el FFS aumenta la provisión de servicios que incrementan remuneración. Los pagados con cápita, tienden a proveer más servicios que evitan gastos futuros, incentivando la prevención (150).

Respecto a las evaluaciones sobre el sistema de pago a la especializada, algunas extensas revisiones en EE.UU. muestran que el pago prospectivo por DRG reduce la duración promedio de las estancias hospitalarias, en algunos casos hasta en 25% en un periodo de cinco años respecto al pago por servicios (151;152). El pago por DRG a hospitales desaceleró el aumento del gasto hospitalario (139). Aunque algunos estudios plantean que no se redujo el gasto hospitalario, sino que aumentó ya que los hospitales intentaron compensar el cambio codificando en diagnóstico más costoso (153), y con mayor uso de procedimientos más avanzados tecnológicamente (139)

Calidad: Las evaluaciones comparativas entre HMOs no son concluyentes (154). Estudios recientes señalan mejor calidad en HMOs tipo staff/grupo que en IPA, en indicadores ligados a prevención (134;155;156) pero no respecto a cuidados crónicos (134). Friedberg et al (2007), muestran que respecto a 8 de 12 indicadores que reflejan la calidad de servicios de atención primaria en adultos, las HMOs staff/grupo tienen mejor desempeño que las tipo IPA (157). También Gillies et al. muestran mejores evaluaciones en 4 de 5 indicadores de desempeño clínico en las HMO staff/grupo respecto al modelo IPA, entre ellos están tasas de cribaje para salud de la mujer, enfermedades cardíacas, diabetes y tasa de inmunización de niños y adolescentes (135). Además, otros estudios señalan mejor facilidad de acceso a atención (horarios, prontitud, puntualidad de atención, etc) en las HMOs tipo IPAs (158-160). En contraste, dos estudios no establecen diferencias de calidad según tipo de HMO (161;162) y una revisión sobre las HMOs concluyó que reducen la calidad (131).

Respecto a la relación médico paciente, las evaluaciones muestran que ésta es mejor en las HMOs tipo IPAs (158;159;163-165). A nivel individual no se encontró diferencias en consejería médica entre tipos de HMOs ni entre éstas y el FFS tradicional (160). En estudios de evaluación de percepción de usuarios sobre calidad de atención, no hay diferencias entre HMOs (135), aunque estudios de satisfacción de los pacientes de HMOs, destacan la poca capacidad de elegir proveedores (136;150). Respecto a la satisfacción profesional, en general la satisfacción global es muy baja en HMOs tipo staff/grupo y ha disminuido especialmente respecto a poco tiempo que disponen para cada paciente, tiempo de ocio, e incentivos por calidad (166); aunque es mayor respecto al modelo IPA en relación a aspectos administrativos (167).

En relación al pago por desempeño, a pesar de rápido crecimiento del P4P, la evidencia es limitada tanto si se usa con cápita para APS (2;145), como si se usa para pagar a hospitales (168). Se sabe relativamente poco respecto al impacto efectivo de contratos P4P (169;170). Muchos estudios que evalúan su eficacia son inconsistentes o han revelado efectos no previstos, como mejores registros médicos sin cambios importantes en calidad de la atención (171). Investigaciones recientes sobre P4P a los hospitales, sugieren un efecto pequeño, 3% de mejora del desempeño a los dos años, y varía según el nivel basal, presentando mejor desempeño los hospitales mal evaluados previamente (172).

Equidad: El mejor acceso financiero favorece las HMOs tipo staff/grupo (160;164;165;173;174). No obstante, con el pago capitolativo a grupos médicos ha persistido sustancialmente la selección de riesgo, evidenciada en afiliados más sanos respecto a los afiliados a las HMO modelos IPA con FFS (129).

Coordinación: Al evaluar por tipo de HMO, según algunos estudios existe mayor coordinación en las tipo IPAs que en las HMO tipo staff/grupo, medida en tiempo de permanencia del afiliado y rol coordinador e integrador del médico de cabecera respecto a servicios integrales recibidos por el afiliado (160;164). No obstante, un estudio muestra mayor coordinación entre profesionales y mejor continuidad de la atención en HMOs tipo staff/grupo que las IPAs (175), y otros señalan que la cápita para la APS, mejoró la integración entre médicos y hospitales en la gestión administrativa, clínica y provisión de servicios conjuntos (176;177).

## **DISCUSIÓN**

1.- Existe una convergencia a usar mecanismos de pago prospectivo, en especial la cápita y el pago por casuística, combinados con el pago por desempeño.

2.- Definir los mecanismos de pago más adecuados para lograr la equidad y eficiencia en entornos de asignación capítativa de recursos, resulta como un tema controversial. La combinación de cápita para atención primaria y pago por casemix a la especializada desincentivaría, teóricamente, la coordinación entre niveles asistenciales y la eficiencia global. Se requieren evaluaciones concluyentes antes de hacer recomendaciones sobre este esquema.

Coincidiendo con otro estudio (2), nuestros resultados sobre el impacto de los mecanismos de pago no son concluyentes; principalmente porque existen pocas evaluaciones sobre el tema, las existentes presentan problemas de calidad y de validez externa principalmente y porque no existen evaluaciones sobre el uso combinado de mecanismos en los entornos evaluados. La ausencia de bibliografía científica sobre el tema limita el análisis a la literatura gris disponible cuyo rigor metodológico y objetividad puede ser limitado. Además, la variedad de mecanismos de pago a proveedores encontrados en los países analizados sugiere que no se ha profundizado aun sobre la mejor opción de mecanismos de pago para distribuir la cápita, tanto en el ámbito de la atención primaria como hospitalaria.

Es muy complicado atribuir resultados de impacto sólo a los mecanismos de pago, al igual que extrapolar resultados a otros entornos sin tener en cuenta otros elementos de reforma. En experiencias de Canadá y Reino Unido, la reforma a los mecanismos de pago se introduce junto con cambios institucionales y estructurales (2). La literatura reconoce que los mecanismos de pago a proveedores afectan la eficiencia y la calidad (115), sin embargo el impacto de estos mecanismos de pago es complejo y puede diluirse con factores como aspectos clínicos, políticos, organizacionales y éticos entre otros.

Según nuestros resultados, no parece que en el contexto de las reformas a los mecanismos de pago, se haya reflexionado sobre que mecanismos de pago a los proveedores son los más adecuados en un entorno de asignación capítativa de recursos sanitarios, especialmente sobre el impacto en la coordinación asistencial, aspecto importante para la experiencia de Cataluña, por su especificidad, en que la cápita se asigna a una red de proveedores financiados con los mismos recursos.

3.- Se han seleccionado experiencias en las que la cápita va ligada a la tendencia a financiar organizaciones locales que asumen la responsabilidad de administrar y reasignar los recursos entre distintos proveedores. Estas organizaciones pueden ser una autoridad sanitaria como en Canadá, proveedores de atención primaria como en el Reino Unido y aseguradoras como las HMO. Todas reciben una cápita que financia una cartera de servicios que cubre APS y especializada pero con diferencias. La cobertura más amplia e integral es la de los PCTs. La de las HMO dependen de la póliza de seguro contratada por el afiliado. La de las RHAs de Canadá excluye prescripciones, ambulancias y el pago por servicio a los médicos..

Un tema controversial, considerando las experiencias analizadas, es incluir en la cápita el costo de prescripciones, ya que este servicio no es provisto siempre directamente por el ente receptor de la cápita. Por ejemplo en Canadá la autoridad provincial no ha delegado ese riesgo financiero a las RHAs.

4.- Mecanismos de pago para redistribuir la cápita: Los resultados del estudio señalan una tendencia a utilizar mecanismos de pago prospectivos, transfiriendo riesgo y corresponsabilidad en el gasto a los proveedores. Esto podría ser una respuesta a los problemas de inflación de los sistemas de financiación de salud y a los incentivos no

deseados generados por el pago por servicios. Además, en entornos en los que una organización recibe una cápita, estos mecanismos permiten alinear los incentivos de los proveedores con los de esta organización, permitiendo reducir costes.

Coincidiendo con Schneider (2) que analiza mecanismos de pago en Europa y EEUU no sólo en entornos capitativos, algunos de nuestros resultados señalan una mayor utilización de la cápita para la APS y el pago basado en casuística para los hospitales con el objetivo de incentivar a una mejora en la eficiencia, el acceso, y calidad de los servicios sanitarios, dentro de un presupuesto definido. Esta combinación puede ser contradictoria, en tanto la cápita no incentiva a ser más resolutivo el nivel primario y el pago por casemix incentiva mayor actividad (20). Por ello, sería necesario contar con evaluaciones concluyentes, antes de hacer recomendación sobre este esquema de redistribución de la cápita. Ello requiere analizar si en estos casos se considera un incentivo para disminuir la actividad o un tope a la actividad. En el caso del Reino Unido, se introduce la transferencia de la capacidad de compra a la APS, lo cual incentiva a resolver más en ese nivel.

Por otra parte, también observamos una convergencia a utilizar los mecanismos de pago de forma mixta acompañados del pago por desempeño con el objetivo de promover la coordinación y evitar tanto la inducción a la demanda que incentiva el pago por servicio como el incentivo a proveer menos servicios de los mecanismos de pago prospectivo fijos que no recompensan adecuadamente el desempeño (20;178). Nuestros resultados señalan que los cambios en los mecanismos de pago toman tiempo en desarrollarse e implementarse y parecen estar en constante mejora (2). No obstante, estas tendencias en la redistribución de la cápita no han sido evaluadas, aun cuando desde el punto de vista teórico tienen bastantes problemas (4).

5.- Mecanismos de pago para la Atención Primaria: Una recomendación común ha sido el uso de la cápita, en oposición al pago por servicio, como mecanismo de pago para los médicos de APS, ya que se incentiva a la eficiencia y atención integral (2;20;21;23). Con excepción de Canadá, en que prima el pago por servicio, la cápita y el salario son los mecanismos más usados para recompensar a médicos, complementándose cada vez más con pago por desempeño. La cápita que cubre sólo APS, no incentiva a este nivel de atención a ser más resolutivo y coordinarse con la atención especializada, ya que incentiva a proveer menos servicios (2;20). Ello se resuelve de dos maneras distintas en las experiencias analizadas: asignando un presupuesto o remunerando por desempeño.

a.- asignando la cápita a entidad que asuma también la responsabilidad de comprar la atención especializada, como el modelo del Reino Unido, que asigna a los Practices recursos para comprar el continuo de servicios (179).

Con la PBC el modelo fundholding se generalizó (180), a pesar de que los resultados eran contradictorios (188). Aunque como respuesta a las principales críticas que señala la literatura, en el sentido que generó inequidad de acceso, el modelo se amplió y ofrece mayor capacidad de elección de proveedores. Por otra parte, una de las ventajas del esquema Fundholder, es que representó un puente entre la asimetría de información en la relación comprador/paciente y los proveedores (75). Ello permitió optimizar el pago por servicios sanitarios y mejorar la coordinación entre niveles. (189)

b.- complementando la cápita con pago por desempeño para incentivar una serie de actividades de coordinación.

Los métodos mixtos de pago que combinan componentes fijos, mediante pago capitativo o salario, y componentes variables mediante pago por servicio, pueden producir mejores resultados al potenciar los incentivos positivos y desincentivar o atenuar los indeseados de la cápita o salario, optimizando el balance costo-calidad (152). Por ello, la integración de mecanismos en modelo de pago mixtos con estrategias que consideren la actividad de los proveedores, como los usados en el Reino Unido, puede ofrecer resultados alentadores.

6.- Mecanismos de pago para la atención especializada: El pago a la atención especializada aunque esta la tendencia en los últimos años a introducir el pago por casuística. Respecto al pago por casemix en base a actividad, este incentiva a mayor actividad (2;104). Además, existe evidencia de otros países que la introducción de sistemas de pago por actividad incentiva la sobrecodificación, el incremento aparente de actividad o mayores tasas de intervenciones y admisiones, provocando aumento de costos (101), también se ha argumentado la posibilidad de seleccionar los casos más sencillos dentro de cada categoría. Por ello, se podría plantear la incompatibilidad de usarlo en entornos capitativos (14) . Por otro lado, si bien no existe evidencias sobre el impacto del Pago por Resultados (101), y dado que este mecanismo liga el pago al hospital con su actividad en base a tarifa estándar, ello incentivaría a los hospitales a maximizar la actividad e ingresos (pagos), a ser más eficientes y reducir la estancia media (83). Sin embargo, existe consenso que este sistema de pago Pago por Resultados es preferible al pago por presupuesto global, aun cuando no se ha demostrado evidencia de sus beneficios y resultados definitivos (105;181) En general, en las tres experiencias excluyen de la cápita los casuística más compleja y se negocian tarifas diferenciales que permiten compartir el riesgo y evitar la selección de éste.

7.- La irrupción del pago por desempeño es indiscutiblemente, el cambio más llamativo en los mecanismos de pago de los países seleccionados (182). También es común en las tres experiencias, aunque con énfasis e indicadores distintos (2;170), la combinación de cápita con pago por desempeño en la APS . Las experiencias de pago por desempeño como las de EEUU y RU, a pesar de la incerteza respecto al nivel de incentivos necesarios y la fórmula óptima para incentivar a mejorar el desempeño, muestran lecciones importantes (2;181): a) Requiere financiación adicional, en especial si las metas son fáciles de lograr, al igual que inversión adicional para monitorear el desempeño, b) Se requiere conocer los indicadores iniciales y para evitar pagar mejoras ya existentes y prevenir el abuso, c) Implementación gradual para estimar mejor impacto del mecanismo y reducir el riesgo para proveedores y pagadores y d) Requiere ser parte de una estrategia más amplia de calidad y contención de costos

8.- Respecto al impacto de estos mecanismos, uno de los incentivos de la cápita, es la coordinación asistencial. No obstante, en las experiencias capitativas seleccionadas, no se han encontrado estudios que la evalúen. En Canadá, dicho objetivo se dificulta, por cuanto el pago a los médicos depende principalmente de los gobiernos provinciales y no está considerado en la cápita transferida a las RHAs (excepto en nuevos modelos de APS).

9.- Limitaciones del estudio: La búsqueda de literatura gris requiere un gran esfuerzo, por ser literatura que no está indexada y se ha localizado mediante las páginas web, que se actualizan periódicamente y que quizás no mantengan todos los documentos disponibles. Esto puede haber excluido algunos documentos de relevancia.

Para la revisión de la bibliografía se analizaron documentos en inglés, español y catalán; por lo que información publicada en otros idiomas no fue incorporada.

Además puede existir sesgo de publicación de aquellas experiencias de pago y mecanismos de redistribución menos exitosas o que han fracasado.

## **CONCLUSIONES**

La introducción de financiación capitativa, en los entornos analizados, no parece haber sido acompañada de un análisis sobre los mecanismos de pago más adecuados para su redistribución a los proveedores. Existe una convergencia a usar mecanismos de pago prospectivo, en especial la cápita y el pago por casuística, combinados con el pago por desempeño. La combinación de cápita para atención primaria y pago por casemix a la especializada desincentivaría, teóricamente, la coordinación entre niveles asistenciales y la eficiencia global. Se requieren evaluaciones concluyentes antes de hacer recomendaciones sobre este esquema.



## **AGRADECIMIENTOS**

Deseo agradecer el patrocinio del Consorcio Hospitalario de Cataluña a este estudio, en especial a María Luisa Vázquez e Ingrid Vargas Lorenzo por su permanente apoyo y aporte al desarrollo de esta investigación. Además deseo agradecer a mi familia por su comprensión y compañía durante mi estadía en España.

## BIBLIOGRAFIA

- (1) Augursky B, Bauer T, Schaffner S. Copayment in the German Health system: Does it work?. RWI: Discussion Papers 2006;(43).
- (2) Scheneider P. Provider Payment Reforms: Lessons from Europe and America for South Eastern Europe. The World Bank; 2007. Report No.: Octubre.
- (3) Hindle D, Khulan B. New payment model for rural health services in Mongolia. Rural and Remote Health 2006;6(434).
- (4) Barnum H., Kutzin J., Saxenian H. Incentives and Provider Payment Methods. International Journal of Health Planning and Management 1995;10(1):23-45.
- (5) Alvarez B, Pellisé L., Lobo F. Sistemas de pago a prestadores de servicios de salud en países de América Latina y de la OCDE. Rev Panam Salud Pública 2000;8(1 y 2):55-70.
- (6) Ellis R. Creaming, skimping and dumping: provider competition on the intensive and extensive margins. Journal of Health Economics 1998;17(537):555.
- (7) Ensor T, Ronoh J. Effective financing of maternal health services: A review of the literature. Health Policy 2005;75(1):49-58.
- (8) Sicras-Mainar A, Serrat-Tarrés J, Navarro-Artieda R, Llopart-López J. Posibilidades de los Grupos clínicos ajustados ( Ajusted Clinical Groups-ACGS) en el ajuste de riesgos de pago capitativo. Revista Española de Salud Pública 2006;80(1):55-65.
- (9) Lin W, Chang RE, Hsieh CJ, Yaung CL, Chiang TL. Development of a risk-adjusted capitation model based on principal inpatient diagnoses in Taiwan. J Formos Med Assoc 2003;102(9):637-43.
- (10) Madden CW, Mackay BP, Skillman SM, Ciol M, Diehr PK. Risk adjusting capitation: applications in employed and disabled populations. Health Care Management Science 2000;3:1001-109.
- (11) Smith P, Rice N, Carr-Hill R. Capitation funding in the public sector. J R Statist Soc A 2001;164(Part 2):217-57.
- (12) Terraza R, Vargas I, Vazquez ML. La coordinación entre niveles asistenciales: una sistematización de sus instrumentos y medidas. Gaceta Sanitaria 2006;20(6):485-95.
- (13) Ortún V, López G, Puig-Junoy J, Sabés R. El sistema de finançament capitatiu: possibilitats i limitacions. Fulls Econòmics 2001;35:8-16.
- (14) Vargas I. La utilización del mecanismo de asignación per cápita: la experiencia de Cataluña . Cuadernos de gestión 2002;8(4):167-79.

- (15) DOGC. Ordre SSS/1722/2002, de 17 de maig, per la qual s'estableix una prova pilot per a la implantació d'un sistema de compra de serveis en base poblacional. 2002 May 29. Report No.: 3645.
- (16) Vargas I., Terraza R, Vazquez M.L., Agustí E., Brosa F., Casas C. El impacto de un sistema de compra capitativo en la coordinación asistencial. Gaceta Sanitaria 2007.
- (17) Pellisé L. Sistemas de pagos óptimos en el sector sanitario. Eds Gestión Sanitaria; 1998.
- (18) Sorensen J, Grytten J. Service production and contract choice in primary physician services. Health Policy 2003;66:73-93.
- (19) OECD 1994. The reform of health care systems: a review of 17 OECD countries. Health Policy Studies 1994;no. 5 Paris.
- (20) Waters HR, Hussey P. Pricing health services for purchasers - a review of methods and experiences. Health Policy 2004;70:175-84.
- (21) Newhouse JP. Sistemas de pago a planes de salud y proveedores: eficiencia en la producción versus selección. In: Ibern P, editor. Incentivos y contratos en los servicios de salud. Barcelona: Springer-Verlag Ibérica; 1999. p. 84-7.
- (22) Johnraj D, Yon R. 3rd International Case-Mix Conference: "Case-mix for a Sustainable Health Care System". 2007.
- (23) Hurley J, Hutchinson B, Giacomini M, Birch S, Dorland J, Reis R. Policy considerations in implementing capitation for integrated health systems. Ottawa; 1999.
- (24) Hurley J, Birch S, Eyles J. Geographically-decentralized planning and management in health care: some informational issues and their implications for efficiency. Social Science and Medicine 2004;41(1):3-11.
- (25) Monrad IH. Incentives and financing methods. Health Policy 1995;34(3):205-20.
- (26) OPS. Informe de relatoria - foro Regional sobre Mecanismos de Pago a Proveedores. 1998. Report No.: 5.
- (27) Kutzin J. A descriptive framework for country-level analysis of health care financing arrangements. Health Policy 2001;56(3):171-204.
- (28) Wilton P, Smith R. GP Budget Holding: Scoring a Bullseye or Missing the Target? 1997.
- (29) Wilton P, Smith R. Primary care reform: a three country comparison of "budget holding". Health Policy 1998;44:149-66.
- (30) Buglioli M, Gianneo O, Mieres G. Modalidades de pago de la atención médica. Revista Médica del Uruguay 2002;18(3):198-210.
- (31) Stichler JF. System development and integration in healthncare. Nurs Adm 1994;24(10):48-53.

- (32) Jegers M, Kesteloot K, De Graeve D, Gillies W. A typology for provider payment systems in health care. *Health Policy* 2001;60:255-73.
- (33) Cots F, Castells X, Ollé C, Manzanera R, Varella J, Vall O. Perfil de la casuística hospitalaria de la población inmigrante en Barcelona, España. *Gaceta Sanitaria* 2002;16(5):376-84.
- (34) Vargas V, Wasem J. Adjustment and Primary Care in Chile. *Croat MEd J* 2006;47(3):459-68.
- (35) Smith P. Capitated finance and health care needs possibilities and limitations. In: López G, Callau J, editors. XIX Jornadas de Economía de la Salud. Necesidad sanitaria, demanda y utilización. Zaragoza, 2, 3 y 4 de junio de 1999. Zaragoza (Spain): Asociación de Economía de la Salud; 1999. p. 15-28.
- (36) Gingsburg J, Doherty R, Ralston Jr F, Sankeeto N. Achieving a High-performance Health Care System with Universal Access: What the United States Can Learn from Other Countries. 2008. Report No.: 148.
- (37) Puig-Junoy J, Sabés R, Ortún V. Mecanismos de asignación de recursos sanitarios de base capitolativa y ajuste de riesgos. Informe técnico 2. 1999.
- (38) Ortun-Rubio V LCG. Financiación Capitolativa: Articulación entre niveles asistenciales y descentralización de las organizaciones sanitarias. serie Doc de trabajos[43]. 2002.
- (39) Rico A. Aspectos Redistributivos de la Financiación Sanitaria Regional. In: Fundación Argentaria, editor. Las Políticas Redistributivas. Madrid, España: 1996. p. 291-360.
- (40) Shortell SM, Hull KE. The new organization of health care: Managed care/integrated health systems. In: Altman S, Reindhart U, editors. Strategic Choices for a changing Health care System. Chicago: 1996.
- (41) Brugos A, Lorenzo E, Juananea M, Lezáun MJ, Guillén F, Fenández C. Una propuesta para el pago capitolativo, a partir de edad, cronicidad y género, utilizando bases de datos administrativas. *Atencion Primaria* 2000;25(1):35-43.
- (42) Vergeles B. Relación entre la Atención Primaria y Especializada: el reto permanente. *Cuadernos de gestión* 2002;8(4):-159.
- (43) Contell JC. La coordinación sociosanitaria en un escenario de atención compartida. *Atencion Primaria* 2002;29(8):502-6.
- (44) Cutler DM, Zeckhauser JP. The anatomy of health insurance: in handbook of health economics , Culyer AJ and Newhouse JP, eds (New York:Elsevier,2000). *Handbook of Health Economics* 2000;1(Chapter 11):563-643.
- (45) Kitchener M, Carrillo H, Harrington C. Medicaid community-based programs: a longitudinal análisis of state variation in expenditures and utilization. *Inquiry* 2003;40(4):375-89.
- (46) Newhouse JP. Patient at risk: health reform and risk adjustment. *Health Aff* 1994;13:132-46.

- (47) Puig-Junoy J. Las Fórmulas de financiación capitativa en sistemas de salud integrados: Una perspectiva Internacional. Los debates de Catsalud 2002 October 30
- (48) European Observatory on Health Systems and Policies. Purchasing to improve health system performance. Open University Press; 2005.
- (49) Dixon A, Langenbrunner J, Mossialos E. Facing the challenges of health care financing. In: European Observatory on Health Systems and Policies, editor. Health systems in transition: learning from experience. Dinamarca: OMS; 2004. p. 51-84.
- (50) Rice N, Smith PC. Capitation and risk adjustment in health care. Health Care Management Science 2000;3:73-5.
- (51) Vazquez ML, Vargas I. Organizaciones Sanitarias Integradas. Barcelona: Consorci Hospitalari de Catalunya; 2007.
- (52) OMS. Organization and Financing of Health Care Reform in Countries of Central and Eastern Europe. Genova; 1991 Apr 26. Report No.: Report of a Meeting held at the World Health Organization.
- (53) Newhouse JP. Reimbursement health plans and health providers: efficiency in production versus selection. Journal of Economics Literature 1996;34:1236-63.
- (54) Agustí E, Casas E, Brosa F, Argimón JM. Aplicación de un sistema de pago basado en la población en Cataluña. In: Ibern P, editor. Integración asistencial: fundamentos, experiencias y vías de avance. Barcelona: Masson; 2006.
- (55) CatSalut. Informe d'avaluació sanitària del projecte per a la implantació d'un sistema de compra en base poblacional. Barcelona: Servei Català de la Salut; 2004.
- (56) Martínez-García E. Catalonia: Paying providers for better quality. 2006.
- (57) CatSalut. Informe d'avaluació sanitària del projecte per a la implantació d'un sistema de compra en base poblacional. Barcelona: Servei Català de la Salut; 2005.
- (58) Barr N. The economics of the welfare state. Second edition ed. Oxford: Oxford University Press; 1993.
- (59) Vazquez ML, Vargas I, Farré J, Terraza R. Organizaciones Sanitarias Integradas en Cataluña: una guía para el análisis. Revista Española de Salud Pública 2005;79(6).
- (60) Draper DA, Solti I, Ozcan YA. Characteristics of health maintenance organizations and their influence on efficiency. Health Serv Manage Res 2000;13(1):40-56.
- (61) Vargas I, Vazquez ML, Jané E. Equidad y reformas de los sistemas de salud en Latinoamérica. Caderno Saúde Pública 2002;18(4):927-37.

- (62) Braveman P, Gruskin S. Defining equity in health. *J Epidemiol Community Health* 2003;57:254-8.
- (63) Wagstaff A., Van Doorslaer E. Equity in the delivery of health care: methods and findings. In: Wagstaff A, Van Doorslaer E, Rutten FF, editors. *Equity in the Finance and Delivery of Health Care: an international perspective*. Oxford: Oxford University Press; 1992. p. 49-86.
- (64) Ovretveit J. *Purchasing for health*. Buckingham: Open University Press; 1995.
- (65) Guardiola E. El artículo de revisión: Hacia un mayor rigor científico. *Revisiones en Salud pública* 1991;2:197-218.
- (66) Mogollón AS, Vázquez ML. Técnicas cualitativas aplicadas en salud. In: Vazquez ML, Da Silva MRF, Mogollón AS, Fernández de Sanmamed MJ, Delgado ME, Vargas I, editors. *Introducción a las técnicas cualitativas aplicadas en salud*. Universidad Autónoma de Barcelona; 2005.
- (67) Martin A, Rice N, Smith P. The link between health care spending and health outcomes: evidence from English programme budgeting data. York: Centre for Health Economics; 2007. Report No.: 24.
- (68) Rice N, Smith P. Approaches to capitation and risk adjustment in health care: an international survey. *Occasional Paper, 38*. Centre for Health Economics. University of York; 1999.
- (69) Department of Health. *Departmental Report 2007*. 2007.
- (70) Dixon A, Alvarez-Rosete A. *Governing the NHS. Alternatives to an independent board*. Londres; 2008.
- (71) Healthcare Commission. *State of Healthcare 2007 Improvements and challenges in services in England and Wales*. 2007. Report No.: Año 2007.
- (72) NHS United Kingdom. *NHS Structure*. consultada 11 abril 2008 available from: URL: <http://www.nhs.uk/aboutnhs/HowtheNHSworks/Pages/NHSstructure.aspx>
- (73) Greengross P, Grant K, Collini E. *Historia y desarrollo del Servicio Nacional de Salud del Reino Unido 1948 - 1999*. 2002.
- (74) Department of Health, NHS Finance Performances & Operations. *The Operating Framework for The NHS in England 2008/09*. 2007.
- (75) Dusheiko M, Gravelle H, Jacobs R, Smith P. The effect of financial incentives on gatekeeping doctors: Evidence from a natural experiment. *Journal of Health Economics* 2006;25(3):449-78.
- (76) Dusheiko M, Gravelle H, Yu N, Campbell S. The impact of budgets for gatekeeping physicians on patient satisfaction: Evidence from fundholding. *Journal of Health Economics* 2007;26:742-62.
- (77) Thorlby R, Lewis R, Dixon J. *Should Primary Care Trusts be made more locally accountable? A King's Fund discussion paper*. Londres: King's Fund; 2008.

- (78) National Audit Office. NHS Pay Modernisation: New Contracts for General Practice Services in England. Londres; 2008.
- (79) Department of Health. NHS Allocations. Pagina Web Department of Health England 2007 December 18 [cited 191Apr2008];Available from: URL: <http://www.dh.gov.uk/en/Managingyourorganisation/Financeandplanning/Allocations/index.htm>
- (80) Department of Health, FID Resouce Allocation. Resource Allocation: Weighted Capitation Formula. 2005.
- (81) Department of Health. Practice based commissioning: achieving universal coverage. 2006.
- (82) Healthcare Commission. The annual health check 2006/2007 A national overview of the performanance oh NHS trusts in England. 2007.
- (83) Street A. Reforma de la financiación hospitalaria e introducción de mecanismos de elección en el sistema sanitario británico. Rev Esp Econ Salud 2006;5(2):97-102.
- (84) Department of Health. Practice based commissioning -budget setting refinements and clarification of health funding flexibilities, incentive schemesand governance. 2007.
- (85) Halliday R. Practice Based Commissioning. GP practice survey: Wave 2 (September 2007). 2008.
- (86) Department of Health, Commissioning. Practice Based Commissioning: Practical Implementation. 2006.
- (87) Weller D, Maynard A. How general practice is funded in the United Kingdom. MJA 2004;181(2):109-10.
- (88) NHS The Information Centre. GP Earnings and Expenses Enquiry 2004/05. NHS The Information Center 2008 [cited 2008 Apr 24];Available from: URL: <http://www.ic.nhs.uk/statistics-and-data-collections/workforce/nhs-staff-earnings/gp-earnings-and-expenses-2004-05>
- (89) Doran T, Fullwood C, Gravelle H, Reeves D, Kontopantelis E, Hiroeh U. Pay-for-performance programmes in family practices in the United Kingdom. New England Journal of Medicine 2006;335:375-84.
- (90) Lewis R, Dixon J. NHS Market Futures: Exploring the impact of health service market reforms. King's Fund; 2005.
- (91) Department of Health Equipo PbR. Payment by Results Guidance 2008/09. 2008.
- (92) Curry N, Thorlby R. Practice-based Commisionning. Londres: King's Fund; 2007. Report No.: Briefing Report Noviembre 2007.
- (93) Gravelle H, Sutton M, Ma A. Doctor behaviour under a pay for performance contract : evidence from the Quality and Outcomes Framework. York. RU.: University of York; 2007.

- (94) O'Connor R, Neumann C. Payment by results or payment by outcome? : the history of measuring medicine. *J R Soc Med* 2006;99(5):226-31.
- (95) Le grand J, Mays N, Mulligan JA. Learning from the NHS internal market: A review of the evidence. Londres; 1998.
- (96) Imison C, Naylor C, Maibin J. Under one roof. Will polyclinics deliver integrated care? King's Fund; 2008.
- (97) Dickinson H. Opportunity seized or missed? : a case study of leadership and organizational change in the creation of a care trust. *J of Interprofessional Care* 2007;21(4):503-13.
- (98) Hill P. Making it personal : the challenge of multi-agency care. *British Journal of Healthcare Computing & Information Management* 2007;24(2):13-5.
- (99) Gosden T, Sibbald B, Williams J. Paying doctors by salary: a controlled study of general practitioner behaviour in England. *Health Policy* 2003;64:415-23.
- (100) Farrar S, Sussex J, Deokhee Y, Sutton M, Chalkley M, Scott TAda M. National Evaluation of Payment by Results. Londres; 2007.
- (101) Boyle S. Payment by Results in England. *Euro Observer* 2005;7(4):1-4.
- (102) Chaix-Couturier C, durand-Zaleski I, Jolly D, Durieux P. Effect of financial incentives on medical practice: results from a systematic review of the literature and methodological issues. *Int J for Qual Health Care* 2000;12:133-42.
- (103) Christianson J, Leatherman S, sutherland K. Financial incentives, healthcare providers and quality improvements. A review of the evidence. Londres; 2007.
- (104) Roland M. Linking Physicians' Pay to the Quality of Care -- A Major Experiment in the United Kingdom. *N Engl J Med* 2004 Sep 30;351(14):1448-54.
- (105) Dixon A. Is the British National Health Service equitable?: the evidence of socioeconomic differences in utilization. *J Health Serv Res* 2007;12(2):104-9.
- (106) Millet C, Gray J, Saxena S, Netuveli G, Khunti K, Majeed A. Ethnic disparities in diabetes management and pay-for-performance in the UK: The wandsworth Prospective Diabetes Study. *Plos Medicine* 2007;4(6):1087-93.
- (107) Solórzano FX. El sistema de salud del Canadá y su financiamiento. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health* 1997;1(3):180-5.
- (108) Health Canada. Canada Health Act - Annual report 2006-2007. Ottawa, Ontario; 2007.
- (109) Leatt P, Pink G, Guerriere M. Towards a Canadian Model of Integrated Healthcare. *HealthcarePapers* 2000 Mar 15;1(2):13-35.
- (110) OCDE. OECD Economic Survey of Canada 2004: Institutional Changes to Health Care System. 2004.



- (111) Observatorio Europeo de Sistemas y Políticas de Salud. Health Systems in Transition: Canada. Allin S, Mossialos E, editors. Vol.7[3]. 2005.
- (112) Suschnigg C. Reforming Ontario's Primary Health Care System: One step forward, two steps back? *International Journal of Health Services* 2008;31(1):103-6.
- (113) Health Canada. Canada Health Act annual report, 2003-2004. Ottawa; 2004.
- (114) McKillop I, Pink GH, Johnson L. The financial management of acute care in Canada: a review of funding, performance monitoring and reporting practices. Ottawa; 2001.
- (115) Hurley J. Regionalization and the allocation of healthcare resources to meet population health needs. *Healthcares Papers* 2004;5:34-9.
- (116) Marriot J, Mable A. Sharing the learning. The Health Transition Fund. Ottawa, Ontario: Health Canada; 2002. Report No.: Serie Sintesis Primary health care.
- (117) Ontario Ministry of Health and Long-Term Care. Family Health Teams. Advancing Primary Health Care: Guide to Physician Compensation. 2005.
- (118) Hurley J, Guindon GE, Rynard V, Morgan S. Publicly funded medical savings accounts: expenditure and distributional impacts in Ontario, Canada. *Health Econ* 2007; en prensa.
- (119) Lewis S, Kouri D. Regionalization: making sense of the Canadian experience. *Healthcares Papers* 2004;5(1):12-31.
- (120) Baerlocher MO, Noble J, Detsky AS. Impact of physician income source on productivity. *Clin Invest Med* 2007;30(1):42-3.
- (121) Basu K, Mandelzys D. The modes of physician remuneration and their effect on direct patient contact. *Cah Sociol Demogr Med* 2008;48(1):41-59.
- (122) Birch S, Eyles J, Hurley J, Hutchinson B, Chambers S. A Needs-based Approach to Resource Allocation in Health Care. *Can Pub Public Policy* 1993;XIX(1):68-85.
- (123) Wranik-Lohrenz. The Health Care System. Black box or bermuda triangle? Four essays on economically desirable health care system characteristics. Universidad de Manitoba; 2004.
- (124) Hutchinson B, Birch S, Hurley J, Lomas J, Stratford-Devai F. Do physician-payment mechanisms affect hospital utilization? A study of Health Service Organizations in Ontario. *CMAJ* 1996;154(5):653-61.
- (125) Lepnum R. Consumer-sponsored health and health reforms in Canada. *J Ambul Care Manage* 1995;18(1):39-46.
- (126) Livingston M. Update on health care in Canada: what's right, what's wrong, what's left. *J Public Health Policy* 1998;19(3):267-88.

- (127) Rachlis M, Kushner C. Strong medicine:how to save Canada's health care system.Toronto, Ont.: Harper Perennial; 1994. p. 270.
- (128) Mulligan PK. Capitation: the wrong direction for primary care reform. Can Fam Physician 2002 Feb 1;48(2):233-5.
- (129) Hutchinson B, Hurley J, Reid R, Dorland J, Birch S, Giacomini M, et al. Capitation formulae for integrated health systems: a policy synthesis. Ottawa: Canadian Health Service Research Foundation; 1999.
- (130) Rosen R, Asaria P, Dixon A. Improving chronic disease management. An Anglo-American exchange. Londres: King's Fund; 2007.
- (131) Miller RH, Luft HS. HMO Plan Performance Update: An Analysis Of The Literature, 1997-2001. Health Aff 2002 Jul 1;21(4):63-86.
- (132) Kaiser Family Foundation. 50 State Comparison: Medicare . Statehealthfacts.org Your source for state health data 2008 [cited 23MAYO2008];Available from: URL: <http://www.statehealthfacts.org/comparemaptable.jsp?ind=330&cat=6>
- (133) Kaiser Permanente. Pagina Web Kaiser Permanente consultada 20 Abril 2008. Available from: URL: <https://newsmedia.kaiserpermanente.org/kpweb/faqmedcare/entrypage.do>
- (134) Mehrotra A, Epstein AM, Rosental MB. Do Integrated Medical Groups Provide Higher-Quality Medical Care Than IPAs? Annals of Internal Medicine 2006;145(11):826-33.
- (135) Gillies RR, Chenok KE, Shortell SM, Pawlson G, Wimbush JJ. The impact of health plan delivery system organization on clinical quality and patient satisfaction. Health Serv Res 2006;41(4 Pt 1):1881-99.
- (136) Simonet D. Patient satisfaction under managed care. Int J Health Care Quality Assurance 2005;18(6):424-40.
- (137) Rosental MB, Frank R. What is the empirical basis for paying for quality in health care. Med Care Res Rev 2006;63:135-57.
- (138) Trude S, Au M, Christianson J. Health Plan Pay-for-Performance Strategies. Am J Manag Care 2006;12(9):537-42.
- (139) Pan American Health Organization. Health Systems and Service Profile - United States of America. 2002.
- (140) Kaiser Family Foundation. Trends and Indicators in the Changing Health care Marketplace. 2004. Report No.: 7031.
- (141) CISS. Los Grupos Relacionados de Diagnóstico (GRD) para Ajustar los Mecanismos de Pago a los Prestadores de Servicios de Salud. 2005. Report No.: CISS/WP/0512.
- (142) Cots F, Elvira D, Castells X, Dalmou E. Medicare's DRG - weights in a european Environment: the Spanish experience. Health Policy 2000;51(1):31-47.

- (143) Smith JJ, Maida A, Henderson JA. Hospital Outpatient Prospective Payment under Medicare: Understanding the System and Its Implications. *Radiology* 2002 Oct 1;225(1):13-9.
- (144) Thomas F, Caddis T. Emerging Issues of pay-for-performance in health care. *Health Care Financing Review* 2007;29(1):1-49.
- (145) Tollen L. Physician Organization in Relation to Quality and Efficiency of Care: A Synthesis of Recent Literature. The Commonwealth Fund; 2008. Report No.: 1121.
- (146) Goodman R. Relationship between primary care physician financial risk and member Emergency Department use in a Commercial HMO Population. *American Journal of Managed Care* 2008;12(6):329-40.
- (147) Dhanani N, O'Leary J, Keeler E, Bamezai A, Melnick G. The Effect of HMOs on the Inpatient Utilization of Medicare Beneficiaries. *Health Serv Res* 2004;39(5):1607-28.
- (148) Bodenheimer T. High and Rising Health Care Costs. Part 3: The Role of Health Care Providers. *Annals of Internal Medicine* 2005 Jun 21;142(12\_Part\_1):996-1002.
- (149) Forrest CB. Primary care in the United States: Primary care gatekeeping and referrals: effective filter or failed experiment? *BMJ* 2003 Mar 29;326(7391):692-5.
- (150) Quast T, Sappington D, Shenkman E. Does the quality of care in Medicaid MCOS vary with the form of physician compensation? *Health Economics* 2007.
- (151) Chalkley M, Malcomsom. Government Purchasing of Health Services. In: Culyer & Newhouse, editor. *Handbook of Health Economics*. 2000. p. 847-90.
- (152) Cutler D, Zeckhauser R. The Anatomy of Health Insurance. In: Culyer & Newhouse, editor. *Handbook of Health Economics*. 1 ed. 2000. p. 563-643.
- (153) Silverman E, Skinner J. Medicare Upcoding and Hospital Ownership. *Journal of Health Economics* 2004;23(2):369-89.
- (154) Landon BE, Zaslavsky AM, Bernard SL, Cioffi MJ, Cleary PD. Comparison of Performance of Traditional Medicare vs Medicare Managed Care. *JAMA: The Journal of the American Medical Association* 2004 Apr 14;291(14):1744-52.
- (155) McMenamin S, Schmittiel J, Halpin A, Gillies R, Rundall T, Shortell SM. Health Promotion in Physician Organizations: Results from a National Study. *American Journal of Preventive Medicine* 2004;26(4):259-64.
- (156) Shortell SM, Schmittiel J, Wang R, Li R, Gillies R, Casalino LP, et al. An Empirical Assessment of High-Performing Medical Groups: Results of a National Survey. *Medical Care Research and Review* 2005;62(4):407-34.
- (157) Friedberg MW, Coltin KL, Pearson SD, Klienman KP, Singer JA. Does affiliation of physician groups with one another produce higher quality primary care? *J Gen Intern Med* 2007;22(10):1385-92.

- (158) Davies AR, Ware JE, Brook RH, Peterson JR, Newhouse JP. Consumer acceptance of prepaid and fee-for-service medical care: results from a randomized controlled trial. *Health Serv Res* 1986;21:429-52.
- (159) Miller RH, Luft HS. Managed care plan performance since 1980: a literature analysis. *JAMA* 1994;271:1512-8.
- (160) Safran DG, Wilson IB, Rogers WH, Montgomery JE, Chang H. Primary Care Quality in the Medicare Program: Comparing the Performance of Medicare Health Maintenance Organizations and Traditional Fee-for-Service Medicare. *Arch Intern Med* 2002 Apr 8;162(7):757-65.
- (161) Casalino LP, Devers KJ, Lake TK, Reed M, Stoddard JJ. Benefits of and Barriers to Large Medical Group Practice in the United States. *Arch Intern Med* 2003 Sep 8;163(16):1958-64.
- (162) Li R, Simon J, Bodenheimer T, Gillies R, Casalino LP, Schmittiel J, et al. Organizational Factors Affecting the Adoption of Diabetes Care Management Processes in Physician Organizations. *Diabetes Care* 2004;27(10):2312-6.
- (163) Clement DG, Retchin SM, Brown RS, Stegall MH. Access and outcomes of elderly patients enrolled in managed care. *JAMA: The Journal of the American Medical Association* 1994 May 18;271(19):1487-92.
- (164) Safran DG, Rogers WH, Tarlov AR, Inui T, Taira DA, Montgomery JE. Organizational and Financial Characteristics of Health Plans: Are They Related to Primary Care Performance? *Arch Intern Med* 2000 Jan 10;160(1):69-76.
- (165) Safran DG, Tarlov AR, Rogers WH. Primary care performance in fee-for-service and prepaid health care systems. Results from the Medical Outcomes Study. *JAMA: The Journal of the American Medical Association* 1994 May 25;271(20):1579-86.
- (166) Murray A, Montgomery J, Chang H, Rogers W, Inui T, Safran DG. Doctor discontent. A comparison of physician satisfaction in Different Delivery System setting, 1986 y 1997. *J Gen Intern Med* 2001;16(Julio):451-9.
- (167) Linzer M, Konrad TR, Douglas J. Manager care, time pressure, and physician job satisfaction: results from the physician worklife study. *J Gen Intern Med* 2000;14:441-50.
- (168) Dudley RA. Pay-for performance research: how to learn what clinicians and policy makers need to know. *JAMA* 2005;294(14):1821-3.
- (169) Dudley RA, Frolich A, Robinowitz DL, Talavera JA, Broadhead P, Luft HS. Strategies to support quality-based purchasing: a review of the evidence. Rockville MD; 2004. Report No.: AHRQ publication no. 04-0057.
- (170) Levin-Scherz J, DeVita N, Timbie J. Impact of Pay-for-Performance Contracts and Network Registry on Diabetes and Asthma. HEDIS @Measures in an Integrated Delivery Network. *Med Care Res Rev* 2006;63(14S):28S.
- (171) Epstein AM. Pay for Performance at the Tipping Point. *NEJM* 356: 515-517. *NEJM* 2007;356:515-7.

- (172) Lindenauer PK, Remus D, Roman S, Rothberg MB, Benjamin EM, Ma A. Public reporting and pay for performance in hospital quality improvement. *N Engl J Med* 2007;356:486-96.
- (173) Wolinsky FD, Marder WD. Waiting to see the doctor: the impact of organizational structure on medical practice. *Med Care*. 1983;21:531-542. *Med Care* 1983;21:531-42.
- (174) Wolinsky FD, Marder WD. Spending time with patients: the impact of organizational structure on medical practice. *Med Care*. *Med Care* 2008;1982(20):1051-9.
- (175) Parkerton PH, Smith DG, Straley HL. Primary Care Practice Coordination vs. Physician Continuity. *Family Medicine* 2004;36(1):15-21.
- (176) Bazzoli J, Dynan L, Burns LR, Lindrooth R. Is Provider Capitation Working? Effects on Physician-Hospital Integration and Cost of Care. *Med Care* 2000;38(3):311-24.
- (177) Burns LR, Bazzoli GJ, Dynan L, Wholey DR. Impact oh HMO market on physician-hospital strategic alliances. *Health Serv Res* 2000;35(1 Pt 1):101-32.
- (178) Gosden T, Forland F, Kristiansen IS, Sutton M, Leese B, Giuffrida A. Capitación, sueldo, tarifa por servicio y sistemas mixtos de pago: efectos sobre la conducta de los médicos de atención primaria (Revisión Cochrane traducida). *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 1 2000 [cited 2008 Apr 20];-*La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 1. Available from: URL: <http://www.update-software.com>
- (179) Mannion R. Practice based commissioning: a summary of the evidence. *Health Policy Matters* 2005; Issue 11.
- (180) Smith J, Dixon J, Mays N, McLeod H, Goodwin N, McClelland S, et al. Practice based commissioning: applying the research evidence. *BMJ* 2005 Dec 10;331(7529):1397-9.
- (181) Marini G, Street A. A transaction costs analysis of changing contractual relations in the English NHS. *Health Policy* 2007; 83 (1): 17-26 (September 2007) 2007;83(1):17-26.
- (182) Rosenthal MB., Landon BE., Normand SL, Frank R, Epstein AM. Pay for Performance in Commercial HMOs. *N Engl J Med* 2006 Nov 2;355(18):1895-902.

## TABLAS Y FIGURAS

**Tabla 1: Categorías de análisis**

Tabla 1: Categoría de análisis			
Categoría de análisis	Subcategoría de análisis		
Tipo de asignación capitolativa	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Base geográfica</li> <li>• Base voluntaria</li> </ul>	Formula de ajuste	Cartera de servicios
Mecanismos de distribución de la cápita o pago a proveedores	Atención Primaria <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pago a equipos de atención primaria</li> <li>• Pago a médicos</li> </ul> Atención Especializada <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hospitalaria</li> <li>• Ambulatoria</li> <li>• Urgencia</li> <li>• Pago a médicos</li> </ul>		
Impacto de los mecanismos de pago	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Eficiencia</li> <li>• Calidad</li> <li>• Equidad</li> <li>• Coordinación</li> </ul>		
Fuente: elaboración propia			

**Tabla 2: Mecanismos de redistribución de la cápita (pago a proveedores)**

<b>Tabla 2: Resumen mecanismos de redistribución de la cápita para el pago a proveedores (elaboración propia)</b>				
<b>País</b>	<b>Entidad que recibe cápita</b>	<b>Pago a Atención Primaria</b>	<b>Hospitales</b>	<b>Pago a profesionales</b>
<b>REINO UNIDO</b>	<b>Primary Care Trust</b>	<b>Cápita + P4P (incluye especializada)</b>	<b>PbR (HRG)+P4P</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Contrato GMS: Cápita mixta + P4P</li> <li>•Contrato PMS: Salario mixto + P4P</li> </ul>
<b>CANADA</b>	<b>RHA</b>	<b>Cápita + P4P (algunas provincias)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Presupuesto global+P4P</li> <li>•CMGs (algunas provincias)+P4P</li> <li>•Cápita+P4P (algunas provincias)</li> </ul>	<p><b>Médicos en equipos de APS (51% y sólo en algunas provincias):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•Cápita mixta + P4P</li> <li>•Salario mixto + P4P</li> </ul>
<b>EE.UU.</b>	<b>HMOs</b>	<b>Cápita + P4P</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•FFS + P4P</li> <li>•DRG + P4P</li> <li>•Pago por día</li> <li>•Cápita+P4P</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•HMO tipo grupo/staff: Salario+P4P</li> <li>•HMO tipo IPA: FFS+P4P</li> </ul>

P4P: pago por desempeño; PbR: pago por resultados; CMG, HRG y DRG: case-mix o grupos relacionados de diagnósticos; FFS: pago por servicios; IPA: agrupaciones de médicos independientes, RHA: Autoridad Sanitaria Regional; HMO: Organización de mantenimiento de la salud

**Tabla 3: Impacto de los mecanismos de pago en el Reino Unido**

	Eficiencia	Equidad	Calidad	Coordinación
C				
Fuente: Elaboración propia / &: no se encontró evaluaciones P4P: pago por desempeño; PbR: pago por resultados (casemix)				



**Tabla 4: Impacto de los mecanismos de pago en Canadá**

Canadá: Impacto de los actuales mecanismos de pago				
	Eficiencia	Equidad	Calidad	Coordinación
Pago a APS Cápita + P4P	No concluyente en productividad (123;124)	Mejor acceso (111;119)	&	&
Médicos Equipos APS Salario mixto + P4P Cápita mixta + P4P	No concluyente en tasas de derivación y utilización hospitalaria respecto a médicos pagados con pago por servicios (119;125;126)	&	Mejor calidad, resultados sanitarios y satisfacción usuaria (111;119)	La exclusión del pago por servicio de la cápita dificulta integración y coordinación (122)
Pago a Nivel secundario • Presupuesto global + P4P • Cápita+P4P (Alberta) • CMGs+P4P	P4P no afectó utilización hospitalaria (127) No se encontró evaluación de pago por presupuesto, cápita o casemix	&	&	&
Fuente: Elaboración propia /&: no se encontró evaluaciones APS: atención primaria; P4P: pago por desempeño; CMG: grupos mixtos de casos (casemix)				

**Tabla 5: Impacto de los mecanismos de pago usados por las HMO**

Estados Unidos: Impacto de los actuales mecanismos de pago				
	Eficiencia	Equidad	Calidad	Coordinación
Pago a APS Cápita + P4P	Mayor derivación que APS con FFS (162). Fomenta prevención (163)	Selección de riesgo (132)	Tendencia a menor calidad (134), aunque no concluyente (165) Poca capacidad de elección del paciente (141;163) P4P: evaluaciones no concluyente (2;159;179;181)	Mejóro integración entre niveles (186;187)
Pago a Médicos HMO Tipo IPA- FFS  HMO Tipo grupo/staff-Salario + P4P	No concluyente (156;159-161)	Pago por salario mejora acceso financiero que pago por servicio (170;174;175;183;183), aunque persiste selección de riesgo (132)	No concluyente (134;138;139;166-168;171;172) Mejor relación entre paciente y médicos con FFS (158;169;173-175) Baja satisfacción profesional en ambos, menor en asalariados (176;177) P4P: no concluyente (2;159;179;181)	No concluyentes (170;174;185)
Pago a Hospitales Pago por día FFS + P4P DRG + P4P Cápita + P4P	DRG desaceleró aumento del gasto respecto a FFS (144) DRG menor estancias hospitalarias que FFS (44;151)	DRG sobrecodificación en diagnósticos más rentables (164)	P4P: no concluyente (178;179;181)	&

Fuente: Elaboración propia /&: no se encontró evaluaciones  
 APS: atención primaria; P4P: pago por desempeño; FFS: pago por servicios; HMO: organización de mantenimiento de la salud; IPA: asociación de médicos independientes; DRG: grupos relacionados por el diagnóstico (casemix)

## Tareas realizadas por el tesinando

	Programado en el protocolo	Desarrollado durante periodo de elaboración de la tesina	Observaciones
Elaboración del protocolo	Si	Si	Criterios de selección de artículos
Búsqueda bibliográfica exhaustiva	Si	Si	Selección de categorías y subcategorías de análisis de los artículos y estudios.  La amplia búsqueda de la literatura gris requirió un gran esfuerzo, por ser literatura que no está indexada
Revisión de la bibliografía sobre modelos de financiación capitativa	Si	Si	Búsqueda y análisis de artículos sobre cápita y mecanismos de pago a proveedores
Clasificación de la bibliografía según plan de análisis	Si	Si	-
Traducción de documentos en catalán al castellano (informes, decretos ,etc)	Si	Si	-
Lectura y análisis de documentos	Si	Si	Gran colaboración de directora de tesina dado considerables nuevos conceptos del área económica
Elaboración de la tesina.	Si	Si	-
Redacción del artículo	Si	Si	-
<p>Actividades extras:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Asistencia a sesiones científicas de Consorcio Hospitalario de Cataluña. Exposición Ana Rico sobre Evaluación de Modelos de compra de servicios de salud</li> <li>Asistencia a conferencia "L' experiència del Kaiser Permanente com a model d'excel·lència en atenció integrada" a cargo de la Sra. Molly Porter. Organizada por Cat Salut (28 de Mayo 2008)</li> </ul>			

## ANEXOS

### **ANEXO 1 Incentivos generales de los mecanismos de pago analizados**

<b>Proveedor</b>	<b>Mecanicismo de pago</b>	<b>Incentivo financieros para el proveedor</b>
<i>Atención Primaria de Salud</i>	Pago por servicio	Incremento en número de servicios para el paciente
	Cápita ajustada	Trata a paciente dentro de presupuesto definido, o en el peor de los casos, provee menos servicios. Selección del riesgo. Derivación de pacientes a especialista y hospital (menor resolución)
	Cápita mixta	Trata a pacientes dentro e un presupuesto limitado e incrementa servicios pagados con pago por servicio o por actividad
	Pago por desempeño	Incrementa el número de servicios que mejoran el desempeño a evaluar
<i>Pago a Hospitales</i>	Pago por día	Incrementa el número de admisiones y prolonga el promedio de días de estancia
	Casemix (DRG, PbR-HRG; CMG)	Incrementa el número de admisiones, acorta las estancias, selección de riesgo (casos menos severos), sobrecodificación
	Presupuesto global	Provee servicios dentro de un presupuesto límite, Incentiva a la eficiencia
DRG: grupos relacionados por el diagnóstico; PbR. Pago por resultados; HRG: Grupos de recursos en salud; CMG: grupos mixtos de casos		
<b><i>Adaptado de Schneider P (2007): Provider payment reform: Lessons from Europe and America for South Eastern Europe (2)</i></b>		

## **ANEXO 2 Principales modalidades de contrato para los médicos (GP)**

**Servicios Médicos Generales** – Las agrupaciones de GPs (practices) contratan con su PCT en base a negociaciones a nivel nacional. Aproximadamente el 66% de los GPs operan bajo contratos GMS.

**Servicios Médicos Personales** – Los Practices contratan con su PCT sobre una base negociada a nivel local, con indicadores de calidad y requisitos de servicio específicos acordados entre ellos y el PCT. El 33% de los médicos operan bajo contratos PMS.

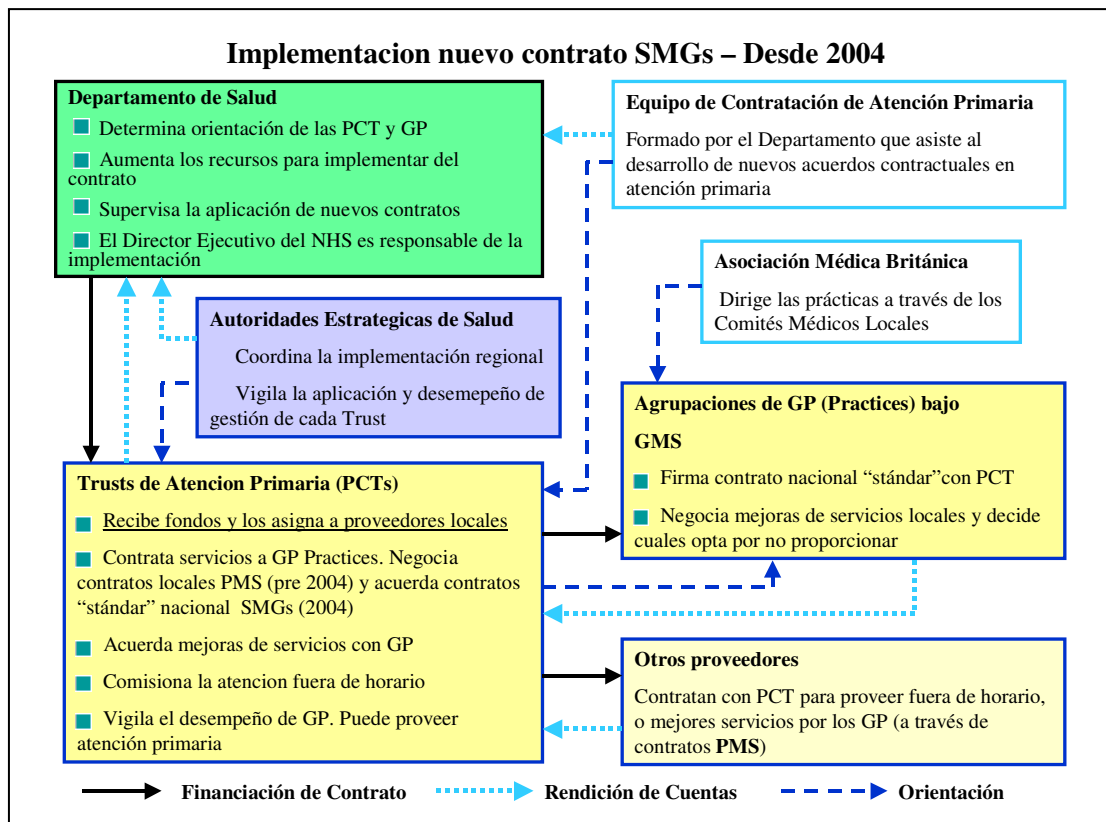
**Proveedor Alternativos de Servicios Médicos (AMPS)** – permite a PCT contratar con proveedores que no sean GP estándares para la prestación de servicios dado por GP tradicionalmente. Sólo hay un pequeño número de contratos AMPS en Inglaterra, principalmente con compañías privadas. Estos contratos se introdujeron en 2004 como un estrategia para mejorar el acceso a los servicios en la mayoría de las zonas deprimidas.

**Servicios Médicos de PCTs (PCTMS)** – permite al PCT proveer directamente servicios . Los contratos PCTMS se introdujo en 2004 para mejorar el acceso, por ejemplo, cuando se requiere ampliar los servicios de atención primaria, pero faltan proveedores.

*Fuente: National Audit Office 2008*

*[http://www.nao.org.uk/publications/nao\\_reports/07\\_08/0708307.pdf](http://www.nao.org.uk/publications/nao_reports/07_08/0708307.pdf)*

**ANEXO 3 Implementación de nuevo contrato GMS**



**Fuente: National Audit Office 2008**

[http://www.nao.org.uk/publications/nao\\_reports/07\\_08/0708307.pdf](http://www.nao.org.uk/publications/nao_reports/07_08/0708307.pdf)

## **ANEXO 4 Etapas de la búsqueda bibliográfica**

I.-

8 estrategias de búsqueda empleadas para identificar artículos relevantes



895 citas identificadas de entrada en búsquedas  
iniciales según palabras clave



170 citas potencialmente elegibles para evaluar títulos y resúmenes



*23 estudios elegibles*

II.- *Búsqueda en literatura gris:*

- *Banco mundial*
- *OCDE*
- *King's Fund*
- *Health Canada*
- *CMS (Medicare.gov)*
- *The University of York*
- *OMS –OPS*
- *NHS- National Library of Health*
- *Kaiser Permanente*
- *Department of Health (RU)*
- *European Observatory on Health Systems and Policies*

## **ANEXO 5** *Evaluaciones del esquema fundholding en el Reino Unido*

Muchas evaluaciones han sido a pequeña escala, carecen de adecuados controles (1), y son difíciles de generalizar dada su poca rigurosidad (2;3). La principal limitación es la heterogeneidad de oleadas de Fundholders (Fhs). Evidencia no concluyente sobre impacto en tiempos de espera, costos administrativos y prescripciones.

### **Aspectos negativos:**

- Representó fragmentación del NHS (4), separando responsabilidad de planificación, financiación y provisión del servicio entre 100 Autoridades de Salud, aproximadamente 3500 Fhs que administraban presupuestos y más de 400 Trusts.
- No se desarrolló fórmula capítativa para ninguna versión de Fhs (5) y la asignación de recursos a los GPs, a diferencia de la cápita para las autoridades regionales, se realizó sobre bases bastante débiles.
- Generó inequidad de acceso, dependiendo si el médico era o no Fh (6;7). Posible selección de riesgo. Los pacientes de Fh accedían más rápido a tratamientos hospitalario que los pacientes de médicos no Fhs (5). Poca capacidad de elección de GP fundholder
- Aumentó la carga y costos administrativos (5-12).
- La competencia estuvo restringida, los pacientes no podían elegir a que autoridad de salud pertenecer y tenían pocas opciones de elegir proveedor de especialidad. Ello redujo la satisfacción de los pacientes (6;9;13).
- Las autoridades de salud en muchas áreas se enfrentaban a un único hospital, que mantenía el monopolio en la provisión del servicio (8).
- Tuvo poco impacto en la organización y provisión de servicios hospitalarios (6). Las listas de espera de cirugías electivas no fueron reducidas.
- Las facturas por prescripciones crecieron considerablemente (8), aunque en general el gasto en prescripción fue más bajo que el de los no fundholders (6;7;14).
- No tuvo impacto en tasas de admisión de urgencias (6;13).
- Se acusó al NHS de tener dos clases de sistemas, los Fhs fueron financiados mejor que los no Fh (5).

### **Aspectos positivos:**

- Los Fhs disminuyeron tasas de derivaciones, admisiones de cirugías electivas (6;13) y promedio de estancias hospitalarias por urgencias (6). Mejoraron la eficiencia de proveedores hospitalarios (13). Otorgaron nuevos servicios como extensión horaria, clínicas de especialistas (5).
- La separación de funciones de compra – provisión y el proceso de contratación permitió claridad en la determinación de precios y estándares del servicio (aunque son escasos los estudios sobre la calidad) (15;16).
- Mejoró la responsabilidad sobre los costos en el NHS y ello permitió reducir los mismos.
- Reducción de tiempos de espera para tratamientos electivos (6;8;9).
- Los Fhs mejoraron coordinación entre niveles, hospitales, servicios comunitarios y especializados domiciliarios (5;6;17).
- Aumentó la atención compartida con especialistas (5) y mejoró la calidad tanto desde la perspectiva del paciente como de los proveedores (18;19).
- Se redujo las admisiones hospitalarias electivas (13).
- Buena participación de médicos en el modelo (6).



**ANEXO 6** *Bibliografía adicional: Evaluaciones del esquema fundholding*

- (1) McDonnell A, Wilson R, Goodacre S. Evaluating and implementing new services. *BMJ* 2006 Jan 14;332(7533):109-12.
- (2) European Observatory on Health Systems and Policies. Purchasing to improve health system performance. Open University Press; 2005.
- (3) Light D. Managed competition, governability and institutional response in the United Kingdom. *Social Science and Medicine* 2001;52:1176-81.
- (4) Pollock AM, Dunnigan M, Gaffney D. The private finance initiative: planning the "new" NHS: downsizing for the 21st century. *BMJ* 1999;319:179-84.
- (5) Hutchinson B, Hurley J, Reid R, Dorland J, Birch S, Giacomini M, et al. Capitation formulae for integrated health systems: a policy synthesis. Ottawa: Canadian Health Service Research Foundation; 1999.
- (6) Mannion R. Practice based commissioning: a summary of the evidence. *Health Policy Matters* 2005;Issue 11.
- (7) Milne R, Torsney B. Financial incentives, competition and a two tier service: lessons from the UK National Health Service internal market. *Health Policy* 2003;64:1-12.
- (8) Mariscoti F. Política de Salud en Inglaterra: Un estudio sobre el National Health Service 2001.
- (9) Dusheiko M, Gravelle H, Yu N, Campbell S. The impact of budgets for gatekeeping physicians on patient satisfaction: Evidence from fundholding. *Journal of Health Economics* 2007;26:742-62.
- (10) Mulligan PK. Capitation: the wrong direction for primary care reform. *Can Fam Physician* 2002 Feb 1;48(2):233-5.
- (11) Iliffe S, Munro J. New Labour and Britain's National Health Service: an overview of current reforms. *Int J Health Serv* 2000;30(2):309-34.
- (12) Smith J, Dixon J, Mays N, McLeod H, Goodwin N, McClelland S. Practice based commissioning: applying the research evidence. *BMJ* 2005 Dec 10;331(7529):1397-9.
- (13) Dusheiko M, Gravelle H, Jacobs R, Smith P. The effect of financial incentives on gatekeeping doctors: Evidence from a natural experiment. *Journal of Health Economics* 2006;25(3):449-78.
- (14) Harris CM, Scrivener G. Fundholder's prescribing costs: the first five years. *BMJ* 1996;313:1531-4.
- (15) Gosden T, Torgerson DJ. The effect of fundholding on prescribing and referral costs: a review of the evidence. *Health Policy* 1997;40:103-14.
- (16) Wilkin D. Primary care budget holding in the United Kingdom National Health service: Learning from a decade of health service reform. *MJA* 2002;176:539-42.

- (17) Wyke S, Mays N, Street A. Should general practitioners purchase health care for their patients? The total purchasing experiment in Britain. *Health Policy* 2003;65(3):243-59.
- (18) Wilton P, Smith R. Primary care reform: a three country comparison of "budget holding". *Health Policy* 1998;44:149-66.
- (19) Christianson J, Dowd B, Kralewski J, Hayes S, Wisner C. Managed Care in the twin cities: what can we learn? *Health Aff* 1995;Summer(115):130.

**ANEXO 7** Listado de siglas

ACG	Grupos clínicos ajustados (casemix Canadá)	IPA	Asociación de médicos independientes
CHT	Transferencia de salud federal de Canadá	MCO	Organizaciones de salud administrada
CHA	Ley de salud de Canadá	NHS	Sistema de salud del Reino Unido
CMS	Centro para servicios de Medicare y Medicaid	OMS	Organización mundial de la salud
CRG	Grupos de riesgo clínico	OCDE	Organización para la cooperación y el desarrollo económico
DS	Departamento de Salud (Reino Unido)	PCT	Primary care trust
DRG	Grupos relacionado de diagnóstico (casemix)	PCG	Primary care group
FT	Foundation Trust	PMS	Servicios médicos personales
Fh	Fundholder	PBC	Practice based comission
FHO	Organizaciones de salud familiar	P4P	Pago por desempeño
FFS	Pago por servicio	PbR	Pago por resultados (casemix Inglaterra)
GP	General physician	PPO	Organización de proveedor preferencial
GMS	Servicios médicos generales	POS	Planes puntos de servicio
GM	Grupo médico	RAWP	Resource Allocation working party
HEDIS	Healthcare effectiveness data & information set	RHA	Autoridad sanitaria regional
HMO	Organizaciones de mantenimiento de la salud	RIW	Ajuste por intensidad de recursos (casemix)
HRG	Grupos de recursos de salud (casemix Inglaterra)	SHA	Autoridad estratégica de salud
HSO	Organizaciones de servicios sanitarios	TH	Trust hospitalario

