

Cómo obtener los incentivos adecuados para la atención primaria de la salud

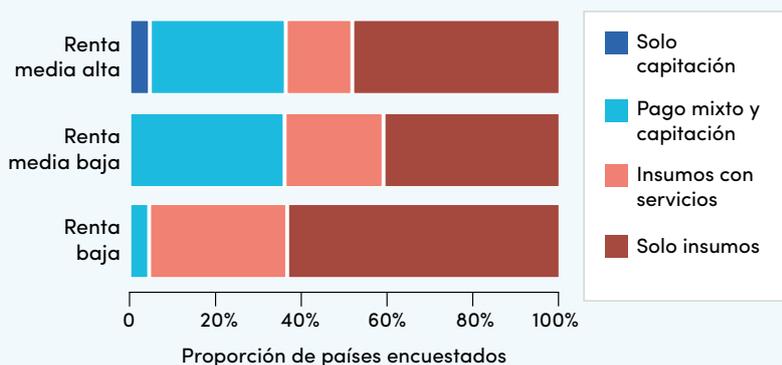
Los acuerdos de financiación de la salud tienen una función clave en la atención primaria de la salud (APS) como el instrumento para lograr una cobertura médica universal y de calidad. Estos acuerdos deben ser adecuados para promover la prestación de un servicio de APS eficaz, eficiente y equitativo.

La Comisión sobre Financiación de la Atención Primaria de la Salud de The Lancet ha identificado la mejor evidencia con miras a fortalecer los acuerdos de financiación de la APS, y establece una nueva visión sobre cómo priorizar a las personas en la financiación de la APS. Este es el tercero de una serie de informes técnicos sobre los distintos elementos de los acuerdos de financiación de la salud. Este informe trata sobre los mecanismos de pago a proveedores y los incentivos.

La necesidad de obtener los incentivos adecuados

La forma de pago a los proveedores de la salud suele ser contraria a los objetivos de la APS debido a que, por ejemplo, crea incentivos financieros que priorizan los cuidados curativos antes que la prevención. Según los estudios realizados por los PRMB, el proveedor típico de APS recibe fondos de múltiples fuentes que usan distintos sistemas de pago para los diferentes grupos de la población. En muchos países, como se describe en la Figura 1, el statu quo comprende los presupuestos basados en los ingresos (p.ej.: presupuestos por partidas o globales), que no solo son rígidos, sino que tampoco ofrecen el contexto de incentivos que se necesita para brindar una APS centrada en las personas y enfocada en la equidad.

Figura 1: Métodos de pago para proveedores de APS en 75 países de renta media y baja, 2020



Avanzar hacia un modelo de pago mixto para la APS, enfocado en la capitación

Los sistemas de pago basados en la población, o por capitación, se usan relativamente poco en los países de renta baja. Sin embargo, este sistema de pago tiende a crear incentivos para que los proveedores presten una APS centrada en las personas. La capitación es el único método de pago que se basa en el principio de equidad, ya que su punto de partida es un mismo pago fijo para cada persona, que luego puede modificarse según las necesidades médicas. Asimismo, es el único método que paga a los proveedores de APS para que prioricen la preservación de la salud a través de la promoción y la prevención. Ofrece a los proveedores de APS una fuente de ingresos predecible y estable, que se puede usar para prestar los servicios de manera flexible y receptiva y gestionar, de forma adecuada, la atención que se brinda a las personas y las poblaciones.

PUNTOS CLAVE

- Las políticas de incentivos para los proveedores de atención médica y los usuarios están estrechamente relacionadas: las políticas de pago a los proveedores son esenciales para que los usuarios no deban pagar tarifas ni hacer pagos informales a cambio de los servicios de APS.
- Los incentivos por sí solos no pueden resolver todos los problemas de financiación de la APS, pero al menos no deberían operar en contra de los objetivos de prestación de servicios de la APS.
- Los países deberían avanzar hacia un modelo de pago mixto por capitación según el contexto, ya que es la opción más acorde a los principios y objetivos de la APS.
- El modelo de pago mixto combina deliberadamente la capitación con elementos de otros métodos de pago a fin de maximizar los incentivos beneficiosos y contrarrestar los incentivos perversos de cada método de pago, a la vez que garantiza el cumplimiento de otros objetivos de la prestación de servicios, como el acceso.
- Los países deben iniciar una reforma de los métodos de pago a proveedores únicamente cuando estén listos para hacerlo. La transformación del sistema de pago a proveedores de la APS es un proceso complejo con desafíos diversos en materia de economía política. El objetivo es lograr un avance gradual que suponga el fortalecimiento continuo de los sistemas de respaldo a medida que evoluciona el sistema de pagos.

Los países deben trabajar para aplicar un modelo de pago mixto para la APS, enfocado en la capitación. Los modelos de pago mixto aportan los beneficios de la capitación como punto de partida y luego usan elementos de otros mecanismos de pago para compensar las desventajas de la capitación y respaldar el logro de otros objetivos específicos del sistema de salud. Estos suelen incluir: un pago presupuestario para cubrir los costos fijos inevitables, particularmente en las zonas de difícil acceso o poco pobladas; algunas 'excepciones' en forma de honorarios por servicios para atender ciertas enfermedades o servicios de mayor prioridad o con mayor riesgo de ser desatendidos en el método de capitación; y, en algunos casos, un pago basado en el rendimiento para incentivar que se alcancen los objetivos relativos a la cobertura de servicios prioritarios y se mejore la calidad de la atención.

Avanzar en forma gradual

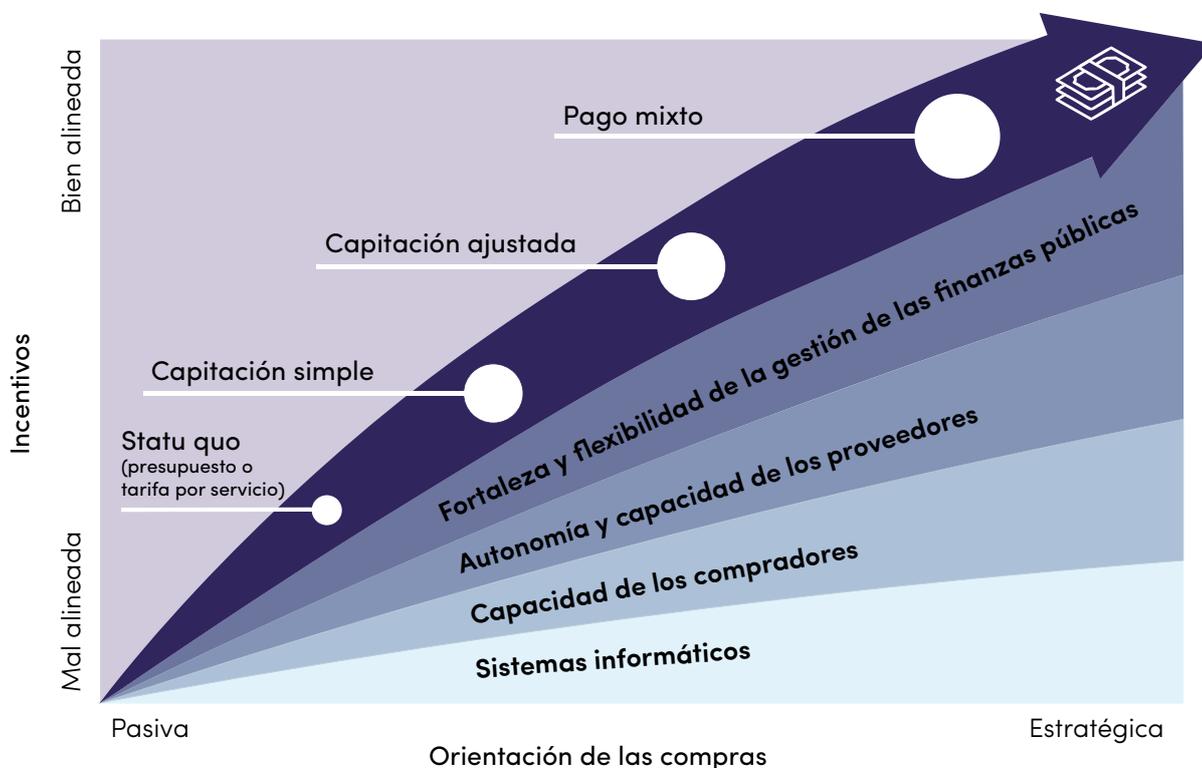
Saber elegir cuándo y cómo transformar el modelo de pago de la APS depende del contexto del país. La reforma del sistema de pagos requiere una visión clara y respaldada por un fuerte compromiso político, una gestión eficaz de los grupos con intereses contrapuestos, una considerable cantidad de tiempo e inversiones constantes. La Figura 2 muestra el recorrido para que los países avancen hacia un sistema de pago mixto y los pasos intermedios en la evolución. La introducción de reformas en el sistema de pagos orientadas a la equidad y la eficiencia comienza con un modelo básico por capitación con pagos per cápita simples. Finalmente, la mayoría de los sistemas de pago incorporan ajustes por riesgo. A medida que se agregan

otros métodos de pago, aumenta la complejidad. Los países casi siempre comprueban que la combinación exacta de los pagos cambia a medida que el sistema evoluciona. Incluso un sistema de pago bien diseñado no puede operar sin las funciones básicas de respaldo. Estas deberán desarrollarse y evolucionar a medida que el sistema de pago se vuelve más sofisticado.

El problema de las tarifas a cargo del usuario

La política de pago a los proveedores va de la mano de la eliminación de las tarifas a cargo del usuario y los pagos informales en la APS. Universalismo progresivo: los fondos reunidos se usan en primer lugar para cubrir la APS con el fin de reducir los pagos directos y reemplazar la financiación perdida. Esto requiere tomar medidas en todas funciones de financiación de la salud. En particular, eliminar las barreras financieras para recibir los servicios de APS supone mucho más que cambiar la política de tarifas a cargo del usuario; significa garantizar que los pacientes no deban pagar cargos informales y que no deban ir a la farmacia a comprar medicamentos porque los proveedores de salud pública no cuentan con los recursos suficientes. Las tarifas de pago a los proveedores y los salarios de los proveedores de la salud deben ser lo suficientemente altos como para eliminar la necesidad de imponerle cargos al usuario y exigirle pagos informales. Es posible que, en algunos contextos, la participación en los gastos tenga una función, pero se debe analizar detenidamente el impacto en las personas de menores recursos y se deben implementar medidas de mitigación.

Figura 2: Proceso estratégico para avanzar hacia un sistema de pago mixto, basado en la capitación



IMPLICACIONES PARA LA ACCIÓN

- Desarrollar una visión clara del modelo de pago a proveedores para la APS. Un modelo de pago mixto específico según el contexto y basado en la capitación incorpora los principios que deben constituir el eje central de la financiación de la APS.
- Avanzar hacia esta visión de forma gradual. Esto significa establecer un sistema de pago por capitación de referencia; definir el paquete de la APS; administrar las inscripciones; adaptar los niveles de riesgo para pagar las remuneraciones a los proveedores de la salud en forma adecuada; y combinar distintos métodos de pago.
- Fortalecer las funciones básicas en favor de la reforma. Antes y durante la implementación de las reformas, fortalecer, de manera continua, los sistemas informáticos, la capacidad de compra, la autonomía y capacidad de los proveedores y los sistemas de gestión de las finanzas públicas.
- Gestionar la política de la reforma del pago a proveedores. Esto significa que es necesario anticiparse al efecto de la nueva reforma sobre las partes interesadas más influyentes y comprometerse con las personas más susceptibles de ser afectadas. Los proveedores de atención médica deben participar activamente en el diseño de las reformas del pago a los proveedores.

OTRAS LECTURAS

Cashin C, Ankhbayar B, Phuong HT, et al. Assessing health provider payment systems: a practical guide for countries working toward universal health coverage. Joint Learning Network.

Langenbrunner, John C.; Cashin, Cheryl; O'Dougherty, Sheila. 2009. Designing and Implementing Health Care Provider Payment Systems : How To Manuals. Washington, DC: World Bank.

Tan SY, Melendez Torres GJ. Do prospective payment systems lead to desirable providers' incentives and patients' outcomes? A systematic review of evidence from developing countries. *Health Policy Plan* 2018; 1;33(1):137-153.

INFORME COMPLETO: Hanson K, Brikci N, Erlangga D, et al. The Lancet Global Health Commission on financing primary health care: putting people at the centre. *Lancet Glob Health* 2022; <https://www.thelancet.com/commissions/financing-primary-health-care>

FINANCIACIÓN: Este trabajo fue financiado con una subvención de la Fundación Bill & Melinda Gates. No obstante, este informe expresa las opiniones de los autores y no, necesariamente, las opiniones o políticas de BMGF.

AGRADECIMIENTOS: Corrección y formato del informe técnico a cargo de Becky Wolfe.