

El reto de transformar nuestros sistemas público y privado de asistencia sanitaria pediátrica para subrayar su valor

En este número de PEDIATRICS, 2 artículos ofrecen nuevas pruebas de que nuestro sistema de asistencia sanitaria no está funcionando adecuadamente, tanto en el sector privado como en el público, y que debe sufrir una gran transformación centrada en el valor, que favorezca la calidad y controle el gasto. La mayoría de los niños estadounidenses tienen un seguro sanitario, ya sea privado, propio de la empresa (comercial), o público, mediante los programas Medicaid o State Child Health Plan (SCHIP). En el sector privado, los pagos por los servicios del médico (y de otros profesionales) están determinados por las leyes de mercado, con una mínima o nula regulación gubernamental. Los pagos suelen basarse en los contratos entre los pagadores (planes sanitarios) y los médicos que prestan sus servicios. Desgraciadamente, los pediatras, de forma individual o en grupos reducidos, carecen de la capacidad para negociar eficazmente con los grandes planes sanitarios con ánimo de lucro. El argumento central de un sistema privado de asistencia sanitaria es llevar al máximo la calidad por unidad de coste mediante el mantenimiento de un mercado competitivo que determine los precios de los servicios médicos según la ley de la oferta y la demanda. La demanda debe basarse en la calidad por unidad de coste, es decir, el valor. Cuando el valor de un servicio es elevado, la demanda debería crear un incentivo financiero para prestar el servicio. ¿Hasta qué punto garantiza este sistema de mercado de la asistencia sanitaria privada que los niños reciban los servicios de asistencia preventiva y de inmunizaciones recomendados? Es una pregunta que reviste una gran importancia, ya que nuestra sociedad se beneficia de la inmunización a gran escala que confiere la protección de comunidades enteras, incluidas las personas no vacunadas.

McInerny et al, del Department of Research and Practice de la American Academy of Pediatrics (AAP), publican un estudio en este número de PEDIATRICS que aborda esta pregunta al examinar la relación, en el mercado comercial, entre los pagos estatales a los médicos por los servicios de asistencia primaria, incluidas las inmunizaciones, y las tasas de visita y de inmunización actualizada¹. Los pagos estatales se determinaron mediante la base de datos actuariales nacionales Reden and Anders. Las tasas estatales de visitas de asistencia preventiva y las de inmunización actualizada se determinaron, en 32 Estados, mediante el Health Plan Employer Data and Information Set (HEDIS) para los niños. Desgraciadamente, estas mediciones estatales de HEDIS fueron las medias simples de los planes sanitarios que publicaron unos resultados no ponderados respecto a la

inclusión relativa. Esto significa que la media notificada puede no reflejar con exactitud las medidas estatales, ya que hay variaciones sustanciales entre los planes sanitarios respecto a las medidas HEDIS y la inclusión. Se obtendría una información más exacta mediante el análisis de la información del reembolso del plan respecto a los resultados del paciente. Sin embargo, cabe destacar estos hallazgos porque demuestran, de forma constante, que los Estados con mejores tasas de pago a los servicios de asistencia primaria tienen más probabilidades de presentar unas mayores tasas de inmunizaciones y de visitas de asistencia preventiva. Se encontró una significativa correlación entre los reembolsos comerciales estatales y 5 medidas HEDIS relacionadas con la inmunización, incluida la inmunización infantil con HiB ($r = 0,35$), hepatitis B ($r = 0,42$), inmunizaciones combinadas sin VZV ($r = 0,42$), inmunizaciones de adolescentes con VZV ($r = 0,53$) e inmunizaciones adolescentes combinadas ($r = 0,43$), así como con 3 medidas HEDIS de la visita de asistencia preventiva, entre las que se incluye la posibilidad de contar con 6 o más visitas de asistencia preventiva durante los primeros 15 meses de vida ($r = 0,44$), una visita anual de asistencia preventiva para los niños de 3-6 años de edad ($r = 0,46$) y visitas de asistencia preventiva para adolescentes ($r = 0,42$).

Estos hallazgos no son sorprendentes, porque el reembolso inferior a los costes globales de los servicios de asistencia preventiva, especialmente los derivados de las inmunizaciones, desemboca en un desincentivo financiero a la prestación de estos servicios. Los sorprendente e inquietante es que los pediatras deban soportar los sustanciales costes de mantenimiento e inventario de las compras de vacunas, cuando los pagos del plan sanitario son inferiores a los costes de la administración de la vacuna², y apenas cubren los costes de ésta. Este desincentivo financiero reduce la probabilidad de que los médicos inviertan en mejoras del sistema, como la dotación de personal específico y la disponibilidad de sistemas de información para mejorar la administración de los servicios preventivos y las inmunizaciones, la forma con mayor razón coste-eficacia de la asistencia preventiva.

¿Por qué no funciona el mercado respecto a las inmunizaciones y la asistencia preventiva y es necesaria una mayor normativa gubernamental para promover el buen funcionamiento del mercado competitivo en la asistencia sanitaria? En general, el mercado funciona mal cuando se realizan prácticas desleales (p. ej., fraude, riesgo inadecuado o prácticas desleales/monopolísticas). La regulación que aborde las actuales prácticas desleales de mercado de los planes sanitarios y promueva in-

centivos financieros para ofrecer una asistencia preventiva infantil e inmunizaciones actuaría hacia el bien público, y los políticos estatales y nacionales deberían considerar esta cuestión. Otra razón del aumento de la regulación es garantizar la adecuada consideración del bien público y la protección de las poblaciones vulnerables frente a los abusos. Los sectores militares, de seguridad (policía y bomberos) y la salud pública son ejemplos de sectores de la sociedad muy significativos como para ser abandonados a las leyes del mercado.

Sin embargo, los programas de salud pública, en especial Medicaid, también tienen problemas notorios con la calidad y el valor. Otro artículo publicado por Smink et al en este número de *PEDIATRICS* aborda los problemas de los sistemas públicos de asistencia sanitaria que pueden estar relacionados con las consecuencias de los inadecuados pagos a los médicos en Medicaid³. Este estudio, realizado sobre una base de datos de pacientes pediátricos ingresados en centros de 22 Estados en 1997, presenta los resultados de un análisis multivariado sobre la apendicitis perforada en 33.184 niños con apendicitis aguda³. Las tasas de apendicitis perforada pueden actuar como marcador del acceso a la asistencia primaria, porque el riesgo de perforación aumenta con el retraso del diagnóstico y el tratamiento quirúrgico. Este estudio trata de esclarecer hasta qué punto las mayores tasas de apendicitis perforada están relacionadas con el restringido acceso a la asistencia, primaria y especializada, o con la menor calidad de la asistencia frente a las diferencias en el comportamiento de solicitud de asistencia, las características sociodemográficas y otros factores relacionados con una predisposición genética. Al contrario que los 2 estudios publicados anteriormente sobre la apendicitis perforada en los niños^{4,5}, este ensayo fue realizado sobre una base de datos nacional representativa, del Healthcare Cost and Utilization Project, y utilizó técnicas de regresión multivariada para ajustar el resultado al estado de aseguramiento, la raza, el sexo, la edad y las características del hospital, entre las que se incluyen el volumen de apendicectomías, la situación y la relación con la docencia. Tras el ajuste de estas variables, la perforación siguió siendo más probable en los niños de raza negra (*odds ratio* [OR] = 1,24; intervalo de confianza [IC] del 95%, 1,10-1,39) y latinoamericanos (OR = 1,19; IC del 95%, 1,10-1,29) respecto a los de raza blanca, así como en los niños adscritos a Medicaid (OR = 1,30; IC del 95%, 1,22-1,39) y los no asegurados (OR = 1,23; IC del 95%, 1,12-1,35) respecto a los niños con seguro privado. Las características del hospital (relación con la docencia, situación y volumen de apendicectomías) no se asociaron significativamente con la perforación. Es importante comprender por qué los niños de raza negra y los latinoamericanos que desarrollan apendicitis tienen mayores tasas de perforación. Muchas de las explicaciones pueden estar relacionadas con la raza/etnia, como las dificultades de comunicación, la discriminación y los comportamientos de solicitud de asistencia. Desgraciadamente, este estudio no pudo determinar, como señalan los autores, la razón de esta disparidad. Varios puntos del espectro de asistencia pudieron provocar retrasos en la solicitud de asistencia y en el diagnóstico, el traslado y la intervención quirúrgica. Estos hallazgos indican que poseer una tarjeta de Medicaid no garantiza la recepción de asistencia de gran calidad, la posibilidad de contar

con un médico de asistencia primaria (consulta médica) y acudir con facilidad a un especialista. Es probable que los niños de Medicaid y los que carecen de seguro tengan restricciones de acceso a la asistencia primaria, y quizá a la especializada, lo que contribuye a las mayores tasas de perforación. La reducción de la tasa de perforación en la población adscrita a Medicaid respecto a la observada en los niños con seguro privado conseguiría importantes ahorros financieros, aparte de la disminución del dolor y el sufrimiento resultantes de la perforación. La media de los gastos hospitalarios totales de los niños con perforación fue de 14.122 dólares, frente a 6.846 dólares en los niños sin perforación. Sobre una estimación nacional de 70.000 niños con apendicitis y una distribución de Medicaid y seguro privado similar a la presentada en el estudio, el ahorro estimado del coste hospitalario asociado con una reducción de la tasa de perforación en los niños de Medicaid hasta la que mantienen los niños con seguro privado sería de 46.130.460 dólares.

La razón más influyente del compromiso del acceso a la asistencia pediátrica primaria y especializada de los niños de Medicaid es el escaso pago por los servicios prestados, especialmente a los médicos en la consulta privada. Gran parte de los pagos de visita al paciente de Medicaid en el país no cubre los gastos globales por visita, excluida la compensación al médico. Por tanto, disminuye la predisposición de los médicos de asistencia primaria, los pediatras y los médicos de familia, así como la de los subespecialistas pediátricos, médicos y quirúrgicos, a aceptar niños de Medicaid en su consulta, y se está erosionando el acceso a la asistencia primaria y especializada⁶. Esta falta de acceso tiene consecuencias adversas para los niños de Medicaid en toda la nación. Además de la mayor tasa de apendicitis perforada, los niños de Medicaid tienen, respecto a los niños con seguro privado, una probabilidad de 3,5-5 veces mayor de ser hospitalizados por una enfermedad vacunable⁷ y mayores tasas de cetoacidosis diabética grave en la presentación inicial⁸. Los estudios también indican que la falta de oferta de asistencia primaria a los niños de Medicaid desemboca en un mayor empleo del servicio de urgencias⁹ y en mayores gastos médicos relacionados con Medicaid¹⁰. Y cuando los procesos de asistencia preventiva están bien diseñados, el estado de inmunización no se asocia con las características sociodemográficas de la familia o del niño¹¹. En conjunto, estos datos apoyan la noción de que las diferencias de resultados reflejan la eficacia de los procesos de asistencia de los sistemas, en vez de ser las características de la población de Medicaid.

Estos estudios ofrecen nuevas pruebas de que el escaso pago al médico restringe el acceso a la asistencia necesaria en Medicaid, lo que conlleva mayores gastos, no un ahorro. Cuando los pagos de Medicaid no cubren los costes del médico y del hospital, todos pierden; los niños de Medicaid y SCHIP y sus familias, que sufren un exceso de mortalidad y morbilidad, los pediatras y los hospitales comunitarios, que deben encontrar una forma para cubrir sus costes o reducir sus servicios, la comunidad económica, que deberá pagar más a los profesionales para compensar, al menos parcialmente, la cortedad, y los contribuyentes, que no reciben el máximo valor por su dinero. Los hallazgos de este excelente estudio de

Smink et al deberían recordar a los legisladores la necesidad de ofrecer una mayor prioridad al acceso a la asistencia primaria y especializada de los niños de Medicaid. Los hallazgos demuestran también el fracaso estatal y federal en el cumplimiento del imperativo legal denominado estatuto de "igual acceso", que indica que los niños de Medicaid deben tener el mismo acceso a los servicios pediátricos que los asegurados en el sector privado que vivan en la misma área geográfica. La transformación de nuestros sistemas de asistencia sanitaria pediátrica, privado y público, para demostrar el valor constituye un formidable reto, y los artículos de McInerny et al y Smink et al demuestran cuán esencial es el progreso en esta tarea.

STEPHEN BERMAN, MD, FAAP
The Children's Hospital. Department of Pediatrics.
University of Colorado School of Medicine. Denver, CO.

BIBLIOGRAFÍA

1. McInerny T, Cull W, Yudkowsky B. Physician reimbursement levels and adherence to American Academy of Pediatrics well-visit and immunizations recommendations. *Pediatrics*.
2. Glazner JE, Beaty BL, Pearson KA, Berman S. The cost of giving childhood vaccinations: differences among provider types. *Pediatrics*. 2004;113:1582-7.
3. Smink DS, Fishman SJ, Kleinman K, Finkelstein JA. The effects of race, insurance status and hospital volume on perforated appendicitis in children. *Pediatrics*.
4. Bratton, SL, Haberkern CM, et al. Acute appendicitis risks of complications: age and Medicaid insurance. *Pediatrics*. 2000;106:75-8.
5. O'Toole SJ, Karamanoukian HL, Allen JE, et al. Insurance-related differences in the presentation of pediatric appendicitis. *J Pediatr Surg*. 1996;31:1032-4.
6. Berman S, Brock C, Armon C, Todd J. Factors influencing access to healthcare for all Colorado's children, 2000-2003. *State of the health of Colorado's children*, 2004.
7. Anderson M, Todd J. Vaccine-preventable diseases in Colorado's children, 2002. *State of the health of Colorado's children*, 2003.
8. Maniatis AK, Goehrig SH, Rewers A, Walravens P, Klingensmith GJ. Increasing incidence and severity of diabetic ketoacidosis among uninsured children with newly diagnosed type 1 diabetes. Presentation at the American Diabetes Association National Meeting. Orlando, junio de 2004.
9. Johnson WG, Rimsza ME. The effects of access to pediatric care and insurance coverage on emergency department utilization. *Pediatrics*. 2004;113:483-7.
10. Cohen JW, Cunningham PJ. Medicaid physician fee levels and children's access to care. *Health Affairs Spring*. 1995; 255-62.
11. Vivier PM, Alario AJ, Peter G, Leddy T, Simon P, Mor V. An analysis of the immunization status of preschool children enrolled in a statewide Medicaid managed care program. *J Pediatr*. 2001;139:624-9.