

Revisión sistemática exploratoria de los mecanismos de pago en la atención del parto en países pertenecientes y no pertenecientes a la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico

A scoping review of the payment mechanisms in childbirth of country members and non-members of the Organisation for Economic Co-operation and Development

Karla Hernández-Sánchez^a , Daniela Hernández-Carrión^b , Daniela Paredes-Fernández^c 

^a Lenz Consultores, Región Metropolitana, Santiago, Chile

^b Escuela de Obstetricia y Puericultura, Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Santiago, Chile

^c Núcleo Académico Instituto de Salud Pública, Universidad Nacional Andrés Bello, Santiago, Chile

*Autor corresponsal dm_paredes@ug.uchile.cl

Citación Hernández-Sánchez K, Hernández-Carrión D, Paredes-Fernández D. A scoping review of the payment mechanisms in childbirth of country members and non-members of the Organisation for Economic Co-operation and Development. *Medwave* 2020;20(4):e7910

Doi 10.5867/medwave.2020.04.7910

Fecha de envío 17/10/2019

Fecha de aceptación 14/3/2020

Fecha de publicación 27/5/2020

Origen No solicitado

Tipo de revisión Con revisión por pares externa, por tres árbitros a doble ciego

Palabras clave cesarean section, reimbursement mechanisms, insurance, health, reimbursement, OECD, parturition

Conclusión

Los países recurren a la arquitectura de los mecanismos de pago para mejorar indicadores en salud materno-perinatales. Es necesario explorar cuál sería la mejor combinación de mecanismos que mejora la provisión de atenciones de salud y bienestar de la población, en el campo de la salud sexual y reproductiva.

Resumen

Introducción

Los mecanismos de pago corresponden a la operacionalización de la función de compra en salud, incentivando comportamientos en los proveedores de servicios sanitarios. Resulta pertinente preguntarse cómo afectan la vía de resolución del parto, considerando el aumento generalizado en índices de cesárea a nivel global.

Objetivo

Describir los mecanismos de pago existentes para la atención del parto en países miembros y no miembros de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico.

Métodos

Revisión sistemática exploratoria (*scoping review*). Se adoptaron los cinco pasos metodológicos del *Joanna Briggs Institute*. La búsqueda se realizó por las investigadoras de forma independiente, logrando la confiabilidad interevaluador (κ 0,96) en bases de datos electrónicas, otras fuentes de información, sitios web gubernamentales y no gubernamentales. Se tamizó en tres niveles, considerando literatura no mayor a 10 años de antigüedad, idioma inglés y español. Se analizaron los resultados considerando el funcionamiento del mecanismo de pago y sus efectos en prestadores, seguros y beneficiarias.

Resultados

Se obtuvo evidencia de 34 países (50% pertenecientes a la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico). El 64% con uso de más de un mecanismo de pago para el parto. Entre los mecanismos más utilizados están: grupos relacionados de diagnósticos (47,6%), pago por resultados (23,3%), pago por servicios (16,6%) y pago fijo prospectivo (13,3%).

Abstract

Introduction

Payment mechanisms serve to put into operation the function of purchasing in health. Payment mechanisms impact the decisions that healthcare providers make. Given this, we are interested in knowing how they affect the generalized increase of C-section rates globally.

Objective

The objective of this review is to describe existing payment mechanisms for childbirth in countries members of the Organization for Economic Co-operation and Development (OECD) and non-members.

Methods

We conducted a scoping review following the five methodological steps of the Joanna Briggs Institute. The search was conducted by researchers independently, achieving inter-reliability among raters (kappa index, 0.96). We searched electronic databases, grey literature, and governmental and non-governmental websites. We screened on three levels and included documents published in the last ten years, in English and Spanish. Results were analyzed considering the function of the reimbursement mechanism and its effects on providers, payers, and beneficiaries.

Results

Evidence from 34 countries was obtained (50% OECD members). Sixty-four percent of countries report the use of more than one payment mechanism for childbirth. Diagnosis-Related Groups (47.6%), Pay-for-performance (23.3%), Fee-for-service (16.6%) and Fixed-prospective systems (13.3%) are among the most frequently used mechanisms.

Conclusion

Countries use payment mechanism architecture to improve maternal-perinatal health indicators. Therefore, it is necessary to explore the best combination of mechanisms that improve the provision of health care and welfare of the population in the field of sexual and reproductive health.

Ideas clave

- Hasta ahora, no existe evidencia nacional o internacional que estudie los mecanismos de pago y la resolución de la vía del parto desde la perspectiva del aseguramiento.
- El aumento de las tasas de cesárea tiene múltiples causas.
- En este reporte no se exploran iniciativas de mejoras en gestión clínica en atención del parto asociadas al conjunto de datos aportados por el sistema de codificación e indicadores de grupos relacionados de diagnóstico.
- Este estudio abre la puerta a la investigación y definición del rol de quién debe ser el principal prestador de las atenciones asociadas al nacimiento, y bajo qué principios hacerlo.

Introducción

Los mecanismos de pago materializan la transferencia de recursos a los proveedores de servicios sanitarios en nombre de la población para la cual los fondos se mancomunan¹. Entre los actores que participan en su funcionamiento se encuentran: aseguradores (públicos o privados), usuarios y prestadores (institucionales o individuales). Los aseguradores operan como agentes que administran los fondos financieros del beneficiario y gestionan el pago a prestadores².

Kutzin³ y la Organización Mundial de la Salud (OMS)⁴ han descrito los mecanismos de pago mayormente empleados en atenciones de salud, destacando sus clasificaciones según flexibilidad del gasto (fijo o variable) y temporalidad del reembolso (retrospectivos o prospectivos). Existen mecanismos de pago fijos, donde la cantidad reembolsada no varía a medida que las actividades prestadas cambian^{5,6}. En contraste, en sistemas de pago variables, los aumentos en la tasa de uso de los servicios prestados inducirán alzas en el pago⁶.

En mecanismos de pago retrospectivos se calcula el pago luego de la prestación de servicios en función de aranceles, incentivándose el aumento de las tasas de uso. En los prospectivos, éste es calculado previo a la prestación de servicios, no coincidiendo siempre el pago

final con el monto basado en la actividad real. Aquí, el incentivo radica en contener costos y emplear la estrategia de selección de casos menos complejos y, por lo tanto, menos intensivos en tasa de uso y menos costosos. Es decir, en estos esquemas se transfiere riesgo a los prestadores⁶, y en casos donde no exista regulación apropiada, incluso se transfiere riesgo al usuario.

De esta forma, basado en la combinación de todas estas variables, también se pueden introducir mecanismos híbridos o mixtos. Por ejemplo, uno de los mecanismos de pago mixtos por excelencia son los grupos relacionados de diagnóstico que poseen un componente prospectivo (dado por el diagnóstico o procedimiento principal) y otro retrospectivo (resultado de las condiciones de salud concomitantes y complicaciones).

Entre los incentivos que conlleva el uso de los mecanismos de pago y que están en línea con la oferta en las prestaciones de salud, destaca la “demanda inducida por el proveedor” que surge a partir del problema de relación de agencia que se establece entre usuarios y prestadores como consecuencia de asimetrías de información e incertidumbre⁷.

Por su parte, la Organización Mundial de la Salud explica que tasas de cesáreas del 10% contribuyen a disminuir la mortalidad materna y neonatal. Sin embargo, su aumento se asocia a riesgos de corto y largo plazo en la salud de la mujer y el neonato⁸. La Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) advierte el aumento sostenido de índices de cesárea, con un alza promedio del 20% en 2000 a 28% a 2015. En este contexto, Chile se posiciona como el tercer país con índices más altos de cesárea, explorándose el rol de la inducción de demanda⁹.

Actualmente, no se ha encontrado evidencia nacional o internacional que estudie, desde la perspectiva del aseguramiento la situación de mecanismos de pago y la resolución de la vía del parto; por lo que, resulta pertinente preguntarse cuáles mecanismos de pago son utilizados en la experiencia internacional. Se describirán los mecanismos de pago existentes para la atención del parto en países pertenecientes y no pertenecientes a la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico.

Metodología

Se condujo una revisión sistemática exploratoria (*scoping review*) adoptando las recomendaciones de Arksey y O'Malley¹⁰ y del *Joanna Briggs Institute*¹¹. Se desarrollaron cinco etapas, articulando la pregunta y estrategia de búsqueda según acrónimo "PCC" (población, concepto, contexto) identificando los mecanismos de pago relacionados al parto en países miembros de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico y no miembros. Se exploró el rol del beneficiario, seguro y prestador. Se combinaron términos MeSH, palabras libres y booleanos en algoritmos en: MEDLINE/PubMed, EMBASE, LILACS, EconLit, *Web of Science*, CINAHL (*"Health Expenditures"*, gastos en salud; *"Insurance, Health, Reimbursement"*, seguro, salud, reembolso; *"Reimbursement Mechanisms"*, mecanismos de reembolso; *"Parturition"*, parto; *"Term Birth"*, parto a término; *"Caesarean Section"*, cesárea; *"Delivery, Obstetric"*, parto; combinando términos extraídos de MeSH y DeCS).

Acorde a la metodología y para controlar sesgos de publicación, se exploró literatura gris relevante mediante búsqueda en Google y Google Scholar, OCDE, OMS, Organización Panamericana de la Salud, Observatorio Europeo de Sistemas de Salud y Políticas, Unión Europea, y sitios gubernamentales referentes sanitarios relacionados con la función de provisión de atenciones y aseguramiento en salud por país.

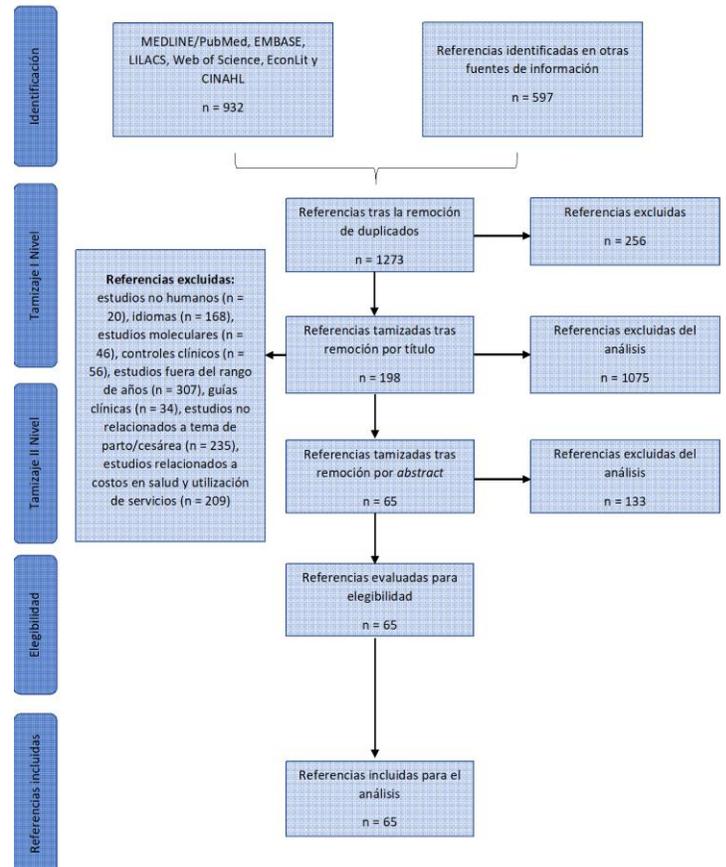
Como tamizaje adicional, se revisaron las listas de referencias de los artículos seleccionados. Se consideraron artículos cuya antigüedad fuese menor a 10 años, en español o inglés. La búsqueda fue realizada por las investigadoras, resguardando la confiabilidad inter evaluador (κ 0,96). Se realizó la selección de artículos en tres etapas:

por título, *abstract* y texto completo. Para la sistematización, se construyó una Tabla de Extracción de Datos y se adoptó el sistema de clasificación de la Organización Mundial de la Salud⁴ y Kutzin³ para el reporte de hallazgos.

Resultados

De un total de 1529 referencias arrojadas, tras la revisión y aplicación de criterios de elegibilidad, se conservaron 65 resultados (Figura 1).

Figura 1. Diagrama de flujo PRISMA.



Ilustra el proceso de selección de artículos.

Fuente: preparado por los autores basado en los resultados del estudio.

Se encontró información de distintas regiones del mundo, siendo la principal Europa y América del Norte con 41,1% (n = 14), seguida de Asia y Pacífico con 26,4% (n = 9). Un 55,3% de artículos fueron publicados en el período entre 2015 y 2018 (n = 36); 30,7% entre 2011 y 2014 (n = 20) y 13,8% entre 2008 y 2010 (n = 9) (Tabla 1).

Tabla 1. Caracterización de los resultados.

Atributo	65 artículos, 34 países (100%)
Pertenencia OCDE	Sí: 17 países (50%) No: 17 países (50%)
Procedencia del artículo según región del mundo	América Latina y El Caribe: 4 países Europa y América del Norte: 14 países Asia y El Pacífico: 9 países África: 5 países Estados Árabes: 1 país
Año de publicación	2018-2015: 36 artículos 2014-2011: 20 artículos 2010-2008: 9 artículos
Tipo de referencia	Revisión sistemática: 23 artículos Otras categorías: 22 artículos Artículo científico analítico/experimental: 6 artículos Evaluación de impacto: 9 artículos Discusiones: 4 artículos Ley: 1 artículo

OCDE: Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico.

Fuente: preparado por los autores basado en los resultados del estudio.

El 64% de los países dispone de más de un mecanismo de pago para la atención del parto, utilizando conjuntamente, por ejemplo, grupos relacionados a diagnósticos (GRD) y *fee-for-service*. Los mecanismos de pago más frecuentes son grupos relacionados de diagnóstico (14 países), *pay-for-performance* (siete países), *fee-for-service* (cinco países) y fijos prospectivos (cuatro países).

Países pertenecientes a la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico

En Australia existe un elevado gasto de bolsillo vinculado con servicios de salud obstétricos, existiendo mayor gasto en el sector privado, donde el 12% del gasto es de bolsillo¹². El reembolso a los hospitales es mayor para cesáreas versus parto vaginal cuando es realizado por seguros privados. La diferencia de reembolso se acentúa cuando los seguros públicos lo realizan mediante mecanismos fijos prospectivos, en lugar de *fee-for-service* (mecanismo de pago más común en seguros privados)¹³.

Corea busca disminuir los gastos en salud asociados al uso de *fee-for-service* implementando la utilización de grupos relacionados de diagnóstico obligatorios en ciertos hospitales y clínicas, sumado al gasto de bolsillo que difiere según tipo de hospital, siendo mayor en hospitales terciarios y menor en clínicas (según la clasificación de ley médica en Corea). Respecto a la atención del parto, el reembolso de la cesárea fue incluido al alero de los grupos relacionados de diagnóstico, mientras que el parto vaginal en *fee-for-service*. Con la primera modalidad, los proveedores de salud limitan sus tasas de cesárea dado que el reembolso queda circunscrito a una banda de ingresos, cambiando la tendencia de mayores ingresos para proveedores dados por el escenario de cobertura de cesáreas bajo el *fee-for-service*¹⁴. Por su parte, en el parto vaginal se intenta inducir mayores tasas de éstos por la vía de brindar mejor reembolso a los prestadores. Sin embargo, esto abre el riesgo de orientar también hacia cascadas de intervenciones que pueden culminar en complicaciones iatrogénicas.

En Europa, de acuerdo con una exploración en las bases de datos de 11 países, se utiliza mayoritariamente el mecanismo de pago de grupos relacionados de diagnóstico para la atención del parto¹⁵, así

como para la mayoría de las prestaciones intrahospitalarias. Los países distinguen entre tres (el caso de Austria, Polonia y Países Bajos) y hasta siete u ocho grupos de grupos relacionados de diagnóstico (Inglaterra y Alemania). Sin embargo, esto no se ha asociado a un mejor uso de recursos¹⁵. Se estima que una cesárea sin complicaciones se relaciona con pagos 40% más altos que un parto vaginal sin complicaciones (en Estonia) y pagos 186% más altos en Irlanda¹⁵. Por otro lado, existe una variación significativa en las tasas de cesárea entre los hospitales de Suecia, siendo una de las razones potenciales los distintos “*case mix*” o mezclas de casos existentes¹⁶.

En Italia el principal mecanismo de pago utilizado es el de grupos relacionados de diagnóstico y posee diferentes tarifas nacionales para formar el reembolso a transferir al prestador. En regiones donde las tarifas son más altas en comparación con la tarifa nacional, se presenta un mayor uso de cesárea. Dado que algunas políticas de reembolso favorecen el uso de cesárea, los proveedores regionales tienen incentivos para realizar este procedimiento por sobre el parto vaginal¹⁷.

Adicionalmente, destaca Estados Unidos donde el seguro Medicaid cubre entre el 23% y 69% de los partos, dependiendo del Estado. Bajo un sistema de pago fijo prospectivo, el seguro realiza un solo pago por todos los servicios médicos perinatales¹⁸. Medicaid también utiliza *fee-for-service* para reembolsar a proveedores¹⁹. El tipo de parto varía entre las regiones de Estados Unidos, siendo el Atlántico Sur (27%) y Oeste Sur Central (18%) los que reportan más nacimientos por cesárea²⁰. Además, el promedio de costos por cesárea es 50% más alto que en parto vaginal²¹. Pese a esto, los proveedores igualmente escogen la cesárea por sobre el parto vaginal debido al alto costo de oportunidad del manejo del tiempo de obstetras e instituciones. Para las instituciones, los partos vaginales requieren mayor planificación y consumo de tiempo que una cesárea programada²¹.

En Chile, se impulsó la atención médica privada creando las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE), como intermediarios financieros para la atención médica, captando la cotización mensual obligatoria previsional, más el gasto de bolsillo de usuarios²². Los adscritos a este sistema acceden a prestadores privados, a través de un plan de salud acordado con el seguro, que utiliza como mecanismo de

pago principal el *fee-for-service*²³. El Fondo Nacional de Salud (FONASA), corresponde al seguro público, parte de la seguridad social²⁴, y está compuesto por dos modalidades de atención, donde la modalidad de atención institucional implica la atención del parto en prestadores públicos mediante mecanismo de pago *fee-for-service* limitados por la escasez sanitaria a copagos que van desde el 0% (no cotizantes), a 10 o 20%^{25,26}.

Por otro lado, en Chile existe un mecanismo de pago fijo prospectivo que contempla la atención profesional del parto, atención médica de la madre y del recién nacido durante la hospitalización, y reparación de ciertas complicaciones derivadas del parto²⁷, según modalidad de libre elección (segunda modalidad de atención en el Fondo Nacional de Salud), donde grupos de beneficiarios del seguro público pueden optar a atención en establecimientos privados de salud²⁴. Todas las atenciones del programa cuentan con un pago fijo conocido²⁸. Respecto a las tasas de cesáreas, en el sector privado estas alcanzaron el 69% a 2015; en el sector público la tasa de cesárea fue de un 40,9%²⁹. En este último, el pago es indiferenciado entre tipo de parto si se exploran los aranceles de la modalidad de atención institucional, no encontrándose necesariamente la explicación de las tasas elevadas respecto de la recomendación de la Organización Mundial de la Salud, basada en los incentivos económicos.

Países no pertenecientes a la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico

En la región de África, el uso de distintos mecanismos de pago está asociado a la búsqueda de un aumento en la atención profesional del parto, acceso a servicios y atenciones de salud reproductiva. En Burundi se emplea el mecanismo de pago *pay-for-performance*, y a las instituciones se les reembolsa de forma retrospectiva, según calidad y cantidad de servicios entregados, incentivándolos a aumentar actividades específicas y aumentando la cantidad de recursos financieros³⁰. En Kenia, los reembolsos realizados se basan estrictamente en los servicios prestados, y deben cumplir estándares específicos³¹, basados en un mecanismo de pago fijo prospectivo, “*Vouchers for Health*”, implementado para un tipo de población objetivo (mujeres de bajos ingresos en edad reproductiva). Además, subvenciona solo aquellas instalaciones que cumplen con estándares de calidad requeridos³¹.

En Asia se busca aumentar el cuidado materno-infantil impulsando la atención profesional del parto. En India, se utiliza mecanismo de pago *pay-for-performance*, donde la beneficiaria es seleccionada según criterios específicos (situación socioeconómica y pertenencia a pueblos originarios), y se asocia también un pago ajustado a los proveedores por cada 100 partos, independiente del tipo, generando un desincentivo hacia las cesáreas³².

En China los índices de cesáreas han aumentado de 20 a 60% entre los años 1998 y 2008. Se atribuye el uso de cesárea, en parte, al temor de la mujer al parto vaginal, viendo a la cesárea como una vía más segura³³. Por otro lado, con el uso de *fee-for-service* como mecanismo de pago predominante para el reembolso, los prestadores tienden a realizar procedimientos que generen mayores ingresos, como es el caso de las cesáreas^{33,34}. Mujeres pertenecientes al grupo beneficiario del seguro de salud deben pagar los costos no cubiertos por el seguro, en cambio las mujeres no beneficiarias pagan la totalidad como gasto de bolsillo, dado que no existe otro tipo de reembolso³⁴.

Taiwán, por ejemplo, adosa una estrategia de copago y utiliza distintos mecanismos de cancelación para incentivar el parto vaginal por sobre la cesárea. El copago de la beneficiaria es cero si corresponde

a un parto vaginal o una cesárea por indicación médica³⁵. De esta forma, no se reembolsará la totalidad del parto por cesárea cuando esta sea electiva, sino que se incluye un copago, es decir, se transfiere riesgo financiero a la usuaria de forma de modular su decisión^{36,37}.

En Brasil, donde los índices de cesárea son elevados³⁸, el principal mecanismo de pago utilizado es el *fee-for-service*, el cual se vincula con el aumento de la tasa de cesárea debido a la relación pago/tiempo y el riesgo que genera este mecanismo de pago de sobreprovisión de atenciones o servicios. Pese a que el copago al profesional es similar entre parto vaginal y cesárea, las últimas pueden programarse, sin riesgo de extenderse al horario extralaboral, a diferencia del parto vaginal^{33,39}.

Discusión

Actualmente, los mecanismos de pago utilizados para la atención del parto varían ampliamente en el mundo, así como las tasas de cesárea, cuya tendencia actual es hacia un aumento, pese a los esfuerzos realizados para disminuirlas y a las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud⁸.

Por otro lado, las características a nivel socioeconómico de cada país hacen que los objetivos sanitarios a alcanzar sean distintos. Al observar países como Burundi, se busca implementar mecanismos que ayuden a aumentar la atención profesional perinatal, enfocándose en la importancia de la salud reproductiva⁴⁰, ya sea en la atención primaria u hospitales del sector público.

Lo anterior también ocurre en países como India, Kenia y Senegal, donde se busca eliminar, o por lo menos reducir, barreras de acceso a la atención profesional tanto para el parto como en las atenciones derivadas de salud reproductiva^{41,42}. Características como nivel de pobreza en la población, acceso a salud pública o privada y pertenencia a pueblos originarios, generan barreras que los gobiernos buscan disminuir, ya sea modificando el mecanismo de pago utilizado como estrategia de acción sobre la oferta, u ofreciendo atención gratuita del parto como estrategia para incidir en la demanda.

En contraste, en Taiwán, el enfoque está en disminuir las tasas de cesáreas y el gasto en salud producto de los mecanismos de pago utilizados hasta ahora³⁶. Esto se ejecuta haciendo una diferencia entre cesárea electiva y por parto vaginal, para seleccionar la totalidad del reembolso e incluir el copago de la usuaria como elemento de transferencia de riesgo entre prestador y seguro de salud a la misma. En muchos sistemas el empleo del copago para regular el consumo de atenciones de los usuarios puede ser discutible. Sin embargo, su rol como herramienta de control del riesgo moral es indudable y se debe velar por su debida calibración.

De esta forma, en las regiones de África y Asia se busca aumentar el porcentaje de atenciones perinatales, mientras que en regiones como Europa buscan, principalmente, disminuir las tasas de cesárea y regularizar los gastos asociados a sobreprovisión de atenciones.

En Italia, por ejemplo, el uso de grupos relacionados de diagnóstico con distintas tarifas a nivel regional está asociado a mayores tasas de cesárea¹⁷. Este mecanismo de pago es utilizado en distintos países, por ejemplo Corea¹⁴ y países europeos¹⁵, con la idea de disminuir el gasto en salud asociado a mecanismos de pago como *fee-for-service* y a altas tasas de cesárea, que se vinculan a mayores costos, comparadas con el parto vaginal. Así queda claro que no basta con implementar un mecanismo de pago diferente, se deben considerar los incentivos

que generan y alinearlos con los intereses de los actores, para conseguir los resultados esperados. Los países también transitan a la modalidad de grupos relacionados de diagnóstico con la idea de generar mejor información respecto de la casuística, así como para contar con herramientas basadas en producción real que permita mejorar la gestión clínica.

En este reporte no se han explorado iniciativas de mejoras en gestión clínica en atención del parto asociadas al conjunto de datos aportados por el sistema de codificación e indicadores de grupos relacionados de diagnóstico. Esta, por ejemplo, es una oportunidad que se vislumbra a raíz de la transición hacia grupos relacionados de diagnóstico que se experimenta en el sector público chileno.

Justamente, Chile registra tasas elevadas de cesáreas, muy por sobre la recomendación de la Organización Mundial de la Salud, llegando hasta 69% en el año 2015 en el sector privado, mientras que en el sector público alcanzó 40,9%²⁹. Las distintas opciones y mecanismos de reembolso entre los sectores público y privado podrían contribuir en las diferentes tasas de cesárea que se registran a nivel país.

Por otro lado, la implementación de un mecanismo de pago fijo prospectivo, llamado bono por pago asociado a diagnóstico (PAD) para beneficiarias del sector público que buscan atención en el sector privado, no diferencia el reembolso entre parto vaginal y cesárea, por lo que podría ser otro factor determinante al momento de evaluar el contexto nacional, en lo que guarda relación con la optimización del tiempo de los prestadores y productividad por turno o guardia. El estudio de Elejalde y Giolito indica que este pago se asocia a más probabilidades de un parto por cesárea y efectos negativos en el peso al nacer⁴³. Este caso es interesante ya que las mayores tasas de cesáreas no se explican porque éstas sean mejores pagadas que un parto, sino que probablemente por los elementos de productividad por turno e incentivo a mayores volúmenes de cesáreas. En este sentido a nivel de prestador, el bono por pago asociado a diagnóstico se transforma en un incentivo para aumentar la productividad marginal (adicional) de cesáreas.

Si bien existen países que buscan aumentar la atención profesional del parto, es importante tener en cuenta que, frente a un escenario mundial de aumento creciente de cesáreas, los países deben vigilar mediante qué estrategias logran sus objetivos para evitar detrimentos. Países en vías de desarrollo vuelcan sus esfuerzos en mejorar el acceso. En ellos, el acompañamiento de estas estrategias con los mecanismos de pagos indicados es vital, siendo los más apropiados los que otorguen incentivos a los prestadores a mejorar el diagnóstico y tratamiento.

Sin embargo, en países donde el acceso está resuelto y existen problemas vinculados a cómo los prestadores se relacionan con los usuarios, volcándose realmente a la mejora de su bienestar, se debe por una parte reformular los mecanismos de pago adecuados y, por otra, regular aspectos como prestaciones, calidad de la atención, normas de acceso basadas en diagnóstico, elegibilidad y capacidad de beneficiarse de las intervenciones, entre otros.

Sería pertinente realizar estudios que permitan dilucidar el impacto de los mecanismos de pago en las tasas de cesárea a nivel local, para poder establecer estrategias sanitarias a nivel de provisión y financiamiento que permitan mitigar las tasas crecientes, y una de las aristas para tener en cuenta serán los mecanismos de pago.

Conclusión

Existen múltiples factores que inciden en la elección de cesárea por sobre el parto vaginal, y que pasan por alto el bienestar de la madre y el recién nacido, como se reporta en los casos de Brasil y China. Entre estos factores destacan desde aspectos socioculturales, hasta incentivos generados por los mismos mecanismos de pago. Cada componente que influye en la toma de decisiones es relevante al considerar cómo disminuir las tasas de cesárea a nivel mundial.

La ponderación de estos factores no es igual en las distintas regiones del mundo. Como se describió previamente, existen metas importantes a alcanzar por cada gobierno, que guardan relación, por ejemplo, con su nivel de desarrollo socioeconómico. Para lograr metas en materia de salubridad, los países están modificando sus sistemas de reembolso para la atención del parto, integrando a sus programas gubernamentales mecanismos de pago como grupos relacionados de diagnóstico, *pay-for-performance* y pagos fijos prospectivos, que les permitan resguardar y guiar la prestación de atenciones. Esto se logra a través de las características inherentes a cada mecanismo de pago y con los incentivos que generan.

Este estudio enfatiza que la generación de condiciones sanitarias para la atención del parto no solo debe pasar por agentes técnicos (ministerios o departamentos de salud), sino que se debe explorar cuidadosamente mediante cuáles mecanismos de pago se financiarán las atenciones, ya que se observa que mecanismos retrospectivos sobrellevan mayores incentivos asociados al aumento del uso de intervenciones, especialmente el *fee-for-service*. A ello se suman los mayores pagos a cesáreas que promueven un aumento en su uso. Estos efectos tienen directa injerencia en la provisión, y en última instancia, en el bienestar de la población.

Finalmente, este estudio deja abierta la puerta para explorar y redefinir el rol de quién debe ser el principal prestador de las atenciones asociadas al nacimiento, y bajo qué principios hacerlo. En este sentido, varios países vienen explorando el rol de las matronas o parteras profesionales como agentes centrales que velen por el mejor tipo de parto acorde a la situación clínica de la diada, y modelos de atención centrados en la conformación de unidades lideradas por estos profesionales.

Notas

Roles de contribución

KHS, DCH y DPF: conceptualización, metodología, validación, investigación, redacción y visualización. KHS y DHC: software, análisis formal, *data curation*. DMF: supervisión y administración del proyecto.

Conflictos de intereses

Los autores declaran haber completado la declaración de conflictos de interés de ICMJE y declararon que no recibieron fondos por la realización de este artículo; no tienen relaciones financieras con organizaciones que puedan tener interés en el artículo publicado en los últimos tres años y no tienen otras relaciones o actividades que puedan influenciar en la publicación del artículo. Los formularios se pueden solicitar contactando al autor responsable o al Comité Editorial de la Revista.

Financiamiento

Los autores declaran que no existieron fuentes externas de financiamiento.

Declaración

Profesora Paredes ha financiado sus estudios de posgrado gracias a beca otorgada por la Comisión Nacional de Investigación Científica y Tecnológica -CONICYT-PCHA/Magister Nacional/2015-22150816.

Disponibilidad de datos

Los autores declaran disponibilidad para la entrega de datos de la investigación a solicitud de los interesados.

Referencias

1. Kutzin J. A descriptive framework for country-level analysis of health care financing arrangements. *Health Policy*. 2001 Jun;56(3):171-204. | PubMed |
2. Buglioli M, Gianneo O, Mieres G. Modalidades de pago de la atención médica. *Rev Méd Urug*. 2002;18(3):198-210. [On line]. | Link |
3. Kutzin J. Towards universal health care coverage : goal-oriented framework for policy analysis. Report No: 28889. The World Bank; 2000: 1-57. [On line]. | Link |
4. World Health Organization. Health financing for universal coverage: Provider payment mechanisms. 2016. [On line]. | Link |
5. Jegers M, Kesteloot K, De Graeve D, Gilles W. A typology for provider payment systems in health care. *Health Policy*. 2002 Jun;60(3):255-73. | PubMed |
6. García-Lacalle J, Martín-Vallespín E, Royo-Montañés S. La financiación de la sanidad pública. Efecto de los sistemas de pago prospectivos en el rendimiento de los hospitales. *Presup y Gasto Público*. 2009;57:99-115.
7. Bellón Saameño JÁ. Demanda inducida por el profesional: aplicaciones de la teoría económica a la práctica clínica. *Atención Primaria*. 2006;38(5):293-8. | CrossRef |
8. Organización Mundial de la Salud. Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea. 2015. [On line]. | Link |
9. Murray M. Childbirth in Santiago de Chile: stratification, intervention, and child centeredness. *Med Anthropol Q*. 2012 Sep;26(3):319-37. | PubMed |
10. Arksey H, O'Malley L. Scoping Studies: towards a methodological framework. *Int J Soc Res Methodol*. 2005;8(1):19-32. [On line]. | Link |
11. The Joanna Briggs Institute. The Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual 2015: Methodology for JBI Scoping Reviews. The Joanna Briggs Institute. 2015. [On line]. | Link |
12. Adams J, Steel A, Frawley J, Broom A, Sibbritt D. Substantial out-of-pocket expenditure on maternity care practitioner consultations and treatments during pregnancy: estimates from a nationally-representative sample of pregnant women in Australia. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2017 Apr 12;17(1):114. | CrossRef | PubMed |
13. Hoxha I, Syrogiannouli L, Braha M, Goodman DC, da Costa BR, Jüni P. Caesarean sections and private insurance: systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*. 2017 Aug 21;7(8):e016600. | CrossRef | PubMed |
14. Kim SJ, Han KT, Kim SJ, Park EC, Park HK. Impact of a diagnosis-related group payment system on cesarean section in Korea. *Health Policy*. 2016 Jun;120(6):596-603. | CrossRef | PubMed |
15. Bellanger MM, Quentin W, Tan SS. Childbirth and Diagnosis Related Groups (DRGs): patient classification and hospital reimbursement in 11 European countries. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2013 May;168(1):12-9. | CrossRef | PubMed |
16. Mesterton J, Ladfors L, Ekenberg Abreu A, Lindgren P, Saltvedt S, Weichselbraun M, et al. Case mix adjusted variation in cesarean section rate in Sweden. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2017 May;96(5):597-606. | CrossRef | PubMed |
17. Calalieri M, Calogero G, Domenico L, Pignataro G. Financial Incentives and Inappropriateness in Health Care: Evidence from Italian Cesarean Sections. *Finanz Public Financ Anal*. 2014;70(3):430-57. [On line]. | Link |
18. Jarlenski M, Borrero S, La Charité T, Zite NB. Episode-Based Payment for Perinatal Care in Medicaid: Implications for Practice and Policy. *Obstet Gynecol*. 2016 Jun;127(6):1080-4. | CrossRef | PubMed |
19. Sonchak L. Medicaid reimbursement, prenatal care and infant health. *J Health Econ*. 2015 Dec;44:10-24. | CrossRef | PubMed |
20. Cunningham SD, Herrera C, Udo IE, Kozhimannil KB, Barrette E, Magriples U, et al. Maternal Medical Complexity: Impact on Prenatal Health Care Spending among Women at Low Risk for Cesarean Section. *Womens Health Issues*. 2017 Sep - Oct;27(5):551-558. | CrossRef | PubMed |
21. Catalyst for Payment Reform. Action Brief: Maternity Care Payment. 2020. [On line]. | Link |
22. Goic A. [The Chilean Health Care System: the task ahead]. *Rev Med Chil*. 2015 Jun;143(6):774-86. | CrossRef | PubMed |
23. Titelman D, Uthoff A. Ensayos sobre el financiamiento de la seguridad social en salud. Los casos de Estados Unidos - Canadá - Argentina - Chile - Colombia. 1a Ed. Santiago; CEPAL: 2000. [On line]. | Link |
24. Gobierno de Chile, Ministerio de Salud, Superintendencia de Salud. ¿FONASA o Isapre? Orientación en Salud. Santiago, Chile: Minsal; 2010. [On line]. | Link |
25. Gobierno de Chile, Ministerio de Salud, Superintendencia de Salud. Cobertura y Bonificaciones. Materias FONASA. Santiago, Chile: Minsal; 2020. [On line]. | Link |
26. FONASA. Tramos y Copagos. FONASA. 2020. [On line]. | Link |
27. FONASA. Programa PAD: Prestaciones: Parto. FONASA. 2020. [On line]. | Link |
28. FONASA. Programa PAD. FONASA. 2020. [On line]. | Link |
29. Sadler M, Leiva G, Perello A, Schorr J. Preferencia por vía de parto y razones de la operación cesárea en mujeres de la Región Metropolitana de Chile. *Rev del Inst Salud Pública Chile*. 2018;2(1):24-49. [On line]. | Link |
30. Bonfrer I, Van de Poel E, Van Doorslaer E. The effects of performance incentives on the utilization and quality of maternal and child care in Burundi. *Soc Sci Med*. 2014 Dec;123:96-104. | CrossRef | PubMed |
31. Janisch CP, Albrecht M, Wolfschuetz A, Kundu F, Klein S. Vouchers for health: A demand side output-based aid approach to reproductive health services in Kenya. *Glob Public Health*. 2010;5(6):578-94. | CrossRef | PubMed |
32. Sidney K, Iyer V, Vora K, Mavalankar D, De Costa A. Statewide program to promote institutional delivery in Gujarat, India: who participates and the degree of financial subsidy provided by the Chiranjeevi Yojana program. *J Health Popul Nutr*. 2016 Jan 27;35:2. | CrossRef | PubMed |
33. Hou X, Sabah Rakhshani N, Iunes R. Factors associated with high Cesarean deliveries in China and Brazil - A Call for reducing elective surgeries in moving towards universal health coverage. *J Hosp Adm*. 2014;3(5):67. | CrossRef |
34. Xiao S, Yan H, Shen Y, Dang S, Hemminki E, Wang D, et al. Utilization of delivery care among rural women in China: does the health insurance make a difference? a cross-sectional study. *BMC Public Health*. 2010 Nov 15;10:695. | CrossRef | PubMed |
35. Hong YC, Linn GC. Financial incentives and use of Cesarean delivery: Taiwan birth data 2003 to 2007. *Am J Manag Care*. 2012 Jan 1;18(1):e35-41. | PubMed |
36. Chen CS, Liu TC, Chen B, Lin CL. The failure of financial incentive? The seemingly inexorable rise of cesarean section. *Soc Sci Med*. 2014 Jan;101:47-51. | CrossRef | PubMed |
37. Lo JC. Financial incentives do not always work: an example of cesarean sections in Taiwan. *Health Policy*. 2008 Oct;88(1):121-9. | CrossRef | PubMed |
38. World Health Organization. Global Health Observatory data repository: Health service coverage: Data by country. 2020. [On line]. | Link |
39. Hoxha I, Syrogiannouli L, Luta X, Tal K, Goodman DC, da Costa BR, et al. Caesarean sections and for-profit status of hospitals:

- systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*. 2017 Feb 17;7(2):e013670. | CrossRef | PubMed |
40. Chaumont C, Muhorane C, Moreira-Burgos I, Juma N, Avila-Burgos L. Maternal and reproductive health financing in Burundi: public-sector contribution levels and trends from 2010 to 2012. *BMC Health Serv Res*. 2015 Oct 1;15:446. | CrossRef | PubMed |
41. Prinja S, Bahuguna P, Gupta R, Sharma A, Rana SK, Kumar R. Coverage and Financial Risk Protection for Institutional Delivery: How Universal Is Provision of Maternal Health Care in India? *PLoS One*. 2015 Sep 8;10(9):e0137315. | CrossRef | PubMed |
42. Witter S, Dieng T, Mbengue D, Moreira I, De Brouwere V. The national free delivery and caesarean policy in Senegal: evaluating process and outcomes. *Health Policy Plan*. 2010 Sep;25(5):384-92. | CrossRef | PubMed |
43. De Elejalde R, Giolito E. More Hospital Choices, More C-Sections: Evidence from Chile. IZA Institute of Labor Economics. 2019. [On lin | Link |

Correspondencia a

Fernández Concha 700
Las Condes, Santiago
Chile 7591538



Esta obra de *Medwave* está bajo una licencia Creative Commons Atribución-No Comercial 3.0 Unported. Esta licencia permite el uso, distribución y reproducción del artículo en cualquier medio, siempre y cuando se otorgue el crédito correspondiente al autor del artículo y al medio en que se publica, en este caso, *Medwave*.