

Pago capitolativo en el sistema público y modelo integrado de laboratorio.

Guerrero Espejo A, Ortuño Alonso M, Hernández Ferrer S, Giménez Sierra A
Hospital Universitario de la Ribera, Departamento de Salud de Alzira, Valencia.

Introducción y objetivo: El pago capitolativo (unidad de pago por cabeza) en servicios médicos es un sistema mediante el cual un proveedor recibe una cantidad fija “per capita” independiente del número o naturaleza de los servicios prestados a cada paciente.

En la Comunidad Valenciana, tras la experiencia obtenida en el “modelo Alzira” (modelo de colaboración público-privado o PPP, Public Private Partnership), se ha establecido el pago capitolativo como fórmula de financiación de los departamentos sanitarios. Es, por tanto, un mecanismo de pago mediante el cual una institución recibe una cantidad fija de dinero por un período (por ejemplo año) para cada individuo cuyas necesidades sanitarias se encarga de proveer; en la Comunidad Valenciana satisface las necesidades de atención primaria y especializada. El pago capitolativo es un modelo común en cobertura sanitaria de países tan distintos como USA o Tailandia con modelos políticos estables o en transición (1;2).

España, como Reino Unido o los Países Bajos, cuenta con un porcentaje mayor de laboratorios clínicos públicos que privados aunque se está produciendo una concertación cada vez mayor y la aparición de nuevas fórmulas de gestión sigue avivando el debate sobre la idoneidad de los diversos modelos (tradicional, unidades de gestión clínica, empresas públicas, concesión administrativa, fundaciones, sociedad anónima, etc.). Los laboratorios de análisis clínicos del sistema sanitario español representan un abanico de modelos de gestión (públicos, privados y mixtos) que conviven y que aportan diversas fórmulas de interés para la más eficiente atención al paciente.

Existen pocos datos sobre gestión en áreas sanitarias con pago capitolativo y un modelo integrado de laboratorio. El objetivo de este trabajo es presentar la experiencia del modelo de un laboratorio integrado en un sistema público de pago capitolativo en una zona geográfica sanitaria.

Material y métodos: El modelo de colaboración público-privado de la Comunidad Valenciana, o concesión administrativa para la prestación de servicios conjuntos de atención primaria y atención especializada, se inició por primera vez en España en 2003 en el departamento de Alzira donde funciona un modelo integrado de laboratorio. El PPP del departamento presta atención primaria y especializada a unos 250.000 habitantes. Su modelo de gestión aparece en el gráfico 1.



Gráfico 1. Modelo de gestión del PPP del departamento de Alzira

Dentro de este sistema de gestión, el Área de Diagnóstico Biológico (ADB) constituye un modelo de laboratorio clínico integrado que agrupa a hematología, microbiología, bioquímica y anatomía patológica. Las áreas de conocimiento que la componen comparten los recursos humanos, espacios (urgencias/rutina), sistema de información, sistema de calidad (ajustado al Decreto de la C.V. 108/2000 y a la Norma ISO 9001:2000), biología molecular y la gestión por procesos y fase extraanalítica. Funciona como un laboratorio de atención continuada las 24 horas. Se ha implantado una red de equipos de POCT controlados por el laboratorio y conectados a los sistemas de información del Departamento,

Su rentabilidad económica se puso de manifiesto mediante el análisis de costes efectuado por una empresa externa.

Su gasto anual está predefinido y asegurado a través del pago capitativo realizado a la institución. Su presupuesto se concreta anualmente en función de la previsión asistencial basada en curvas de tendencia de la actividad asistencial y sus costes directos; además se tienen en cuenta las inversiones y/o innovaciones de pruebas diagnósticas.

Resultados: El sistema de información del Laboratorio (LIS) está integrado con las historias clínicas electrónicas de atención especializada (SIAS) y de atención primaria (Abucasis). Otra herramienta informática de consulta periférica (WebLab) permite el acceso al conjunto de pruebas solicitadas desde cualquier punto del área geográfica del departamento (Gráfico nº 2).

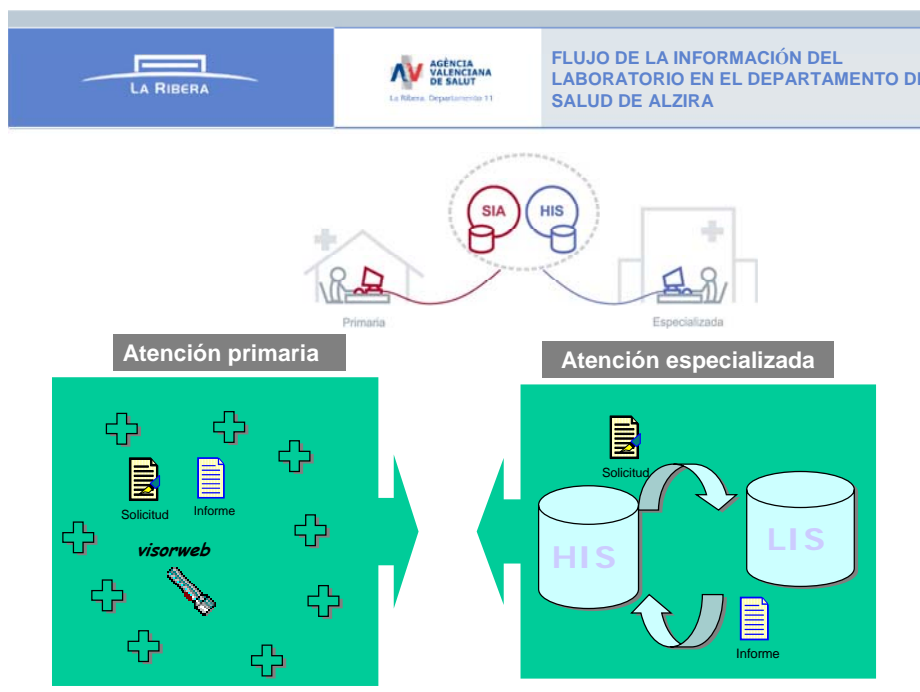


Gráfico 2. Flujo de información entre las historias clínicas y el laboratorio clínico

Los facultativos pueden acceder a las distintas aplicaciones del hospital y de la ofimática también desde su domicilio, incluyendo la historia clínica electrónica de atención especializada. La información se transmite electrónicamente a los centros de salud, centros de atención primaria y centros sanitarios integrados del área geográfica que aparecen en el gráfico nº 2.

La carga de trabajo asistencial creciente ha sido modulada mediante el establecimiento de protocolos clínicos y diversas actuaciones en el seno de la gestión y racionalización de la demanda para ajustarla a la evidencia científica. En los 10 primeros años en el ADB se han realizado más de 31 millones de estudios. En el año 2008 se realizaron 4.608.864 exámenes de laboratorio (Gráfico nº 3).

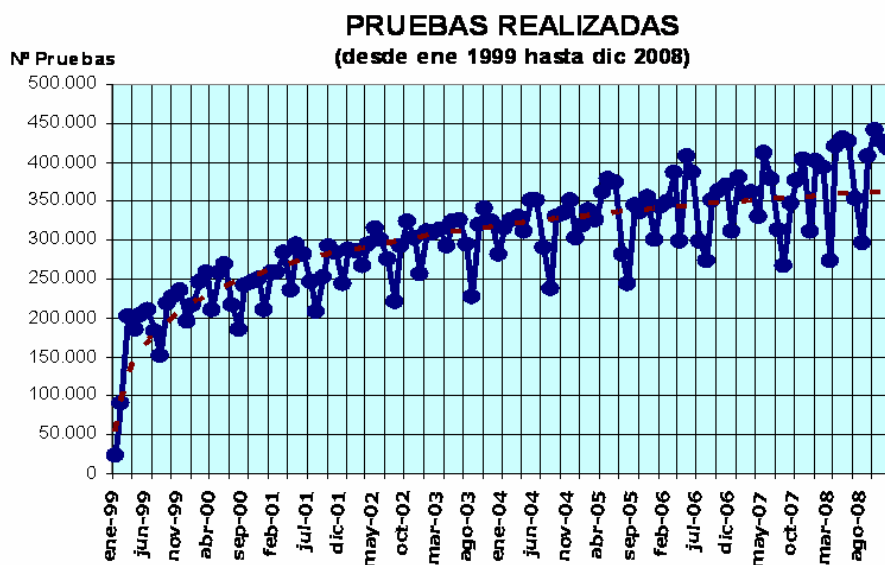


Gráfico 3. Evolución de la actividad asistencial en el ADB

El tiempo medio de respuesta del área de automatización a la solicitud de pruebas se sitúa en: urgentes, <38 minutos; ordinarias de hospitalización, <2 horas; consulta de alta resolución, 3 horas; resto de consultas externas, en el día.



Gráfico 4. Departamento de Salud de Alzira en la provincia de Valencia

La gestión de los recursos humanos mediante selección y potenciación del profesional, autonomía individual en el trabajo, coordinación de los procesos clínicos, docencia (pregrado y postgrado), la formación del personal (coordinada y financiada sin interferencias comerciales) y la combinación del sistema retributivo individual con objetivos permiten alcanzar la fidelización de los profesionales, su implicación en la gestión clínica y altas tasas de satisfacción y calidad percibida.

Las innovaciones en tecnología y cartera de servicios se deciden en función de análisis de eficiencia.

El modelo de laboratorio clínico integrado de atención continuada en el sistema público consigue una disminución significativa del coste global habitual dedicado al diagnóstico.

Discusión: La financiación sostenible de la sanidad es una preocupación mundial y ocupa un lugar prioritario en el debate de las nuevas tendencias en la gestión pública en salud tanto en los países desarrollados como en desarrollo. Por ejemplo, en el seno de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), compuesta por 30 países democráticos y una economía de mercado, al revisar la financiación y la prestación de salud y otros servicios sociales, los participantes expresaron su descontento con los modos tradicionales de gestión del sector público y el debate fue acalorado cuando se valoraron las nuevas tendencias en la gestión de la salud

pública. Los posicionamientos filosóficos influyen en las agencias públicas y en las decisiones para inclinarse por uno u otro modelo. La mejora del rendimiento es el punto clave. Las estrategias utilizables para introducir, por los sistemas nacionales de salud, en la contratación pública incluyen: una mejora en la gestión del rendimiento del personal, las relacionadas con la ejecución del presupuesto, las vehiculadas con organismos autónomos gestionado la contratación y la mercantilización. Estas estrategias pueden ser complementarias e incorporan o imitan las prácticas empleadas por empresas para aumentar la eficacia y eficiencia de los empleados y directivos. En el modelo de laboratorio clínico del Hospital Universitario de Alzira, son puntos capitales en la mejora del rendimiento de las personas el proceso de selección del personal, el contrato laboral, la evaluación de competencias, la formación y la incentivación. Otro punto esencial en el modelo es la planificación presupuestaria teniendo en cuenta la mayor eficiencia económica y la ejecución del presupuesto.

El modelo de pago capitativo se ha empleado en algún país en desarrollo para lanzar el sistema de la seguridad social. Las ventajas de un modelo de capitación en Tailandia han sido la contención de costos ofreciendo un servicio de calidad aceptable, en contraposición al disparo de los costes y la ineficiencia que puede conllevar los modelos de reembolso basados en el pago de honorarios por servicios prestados (3). Para algunos servicios sanitarios concretos se ha demostrado que el pago capitativo es más coste-efectivo, al fomentar la eficiencia, que la tarifa de pago por servicio que puede fomentar la oferta y la demanda (4).

Este modelo integrado de laboratorio clínico dentro de un sistema de pago público "per capita", logra eficiencia económica, satisfacción del cliente, motivación del personal, estabilidad presupuestaria y ahorro para la administración. Una de las ventajas adicionales de este modelo es que mantiene la ventaja presencial de las especialidades de las áreas de conocimiento del laboratorio clínico en la zona de atención sanitaria aportando una calidad que su ausencia o lejanía puede reducir; este aspecto de la presencia de los profesionales del laboratorio aporta valor añadido al cumplimiento de la misión del laboratorio clínico (5).

Para que un modelo se afiance y su estrategia sea sostenible, el entorno debe ser apropiado. Esto incluye condiciones específicas como cambios en las medidas legislativas y de mentalidad, reforma de los servicios, etc. (6). Prácticamente no existen datos basados en la evidencia científica del impacto de diversas formas de pago sobre los resultados en los pacientes aunque la capitación puede resultar en la reducción de los cargos asociados con el manejo de determinadas patologías, sin aparente compromiso de los resultados de salud (7). En la última década de siglo pasado, los pagos capitativos fijos causaron una profunda conmoción entre los proveedores de servicios de salud en los Estados Unidos. Los cambios en los servicios de laboratorio llegaron con notable rapidez al transformar a los laboratorios de los hospitales en centros de coste. Por ejemplo, condujeron a crear algunos consorcios de laboratorios regionales, como los de seis hospitales en Rochester, para competir, en la realización de pruebas externas de pacientes no ingresados, con los laboratorios nacionales comerciales (8) (9). La transformación en los Estados Unidos fue más rápida de lo que se esperaba al comprometerse seriamente la viabilidad financiera de la explotación de los laboratorios: la industria comercial de laboratorios se devoró a si misma y tres grandes cadenas de laboratorio proporcionaban la mayoría de los servicios externos en 1995 (8).

Los laboratorios clínicos en España seguirán transformándose. La evolución de los sistemas analíticos y extraanalíticos (con el uso de los mejores sistemas de enlaces y comunicación informática) facilitan la competencia en la provisión de servicios de laboratorios externos al Hospital favorecidos por la economía de escala. Los laboratorios hospitalarios en Estados Unidos respondieron a estas presiones con estrategia como la reingeniería y la creación de consorcios regionales y redes (8). En España la "reingeniería" de los laboratorios (por ejemplo, con la integración de las fases extra-analíticas o compartir recursos hospitalarios) ha permitido alcanzar niveles óptimos de producción. Su evolución futura podría ser la de asociaciones sinérgicas y complementarias con otros laboratorios hospitalarios o de referencia. Así, algunos laboratorios hospitalarios podrían transformarse en redes de laboratorios integrados virtuales autosuficientes, capaces de realizar pruebas menos comunes, donde se derriben no solo los muros hospitalarios para integrar los laboratorios sino también los interinstitucionales, pero haciendo hincapié en las pruebas realizadas en el punto de atención del paciente, cuando es necesario, y en la comunicación personal de los diversos especialistas del laboratorio con los clínicos.

Las presiones económicas y de organización harán que los laboratorios hospitalarios adopten modelos para adaptarse a los cambios. Un modelo integrado de laboratorios, dentro del sistema de pago "per cápita", es una fórmula organizativa, que permite una eficiente solución al desafío de la financiación pública de servicios de calidad.

Bibliografía:

- (1) Noyes K, Liu H, Temkin-Greener H. Medicare capitation model, functional status, and multiple comorbidities: model accuracy. *Am J Manag Care* 2008 Oct;14(10):679-90.
 - (2) Puenpatom RA, Rosenman R. Efficiency of Thai provincial public hospitals during the introduction of universal health coverage using capitation. *Health Care Manag Sci* 2008 Dec;11(4):319-38.
 - (3) Tangcharoensathien V, Wibulpholprasert S, Nitayaramphong S. Knowledge-based changes to health systems: the Thai experience in policy development. *Bull World Health Organ* 2004 Oct;82(10):750-6.
 - (4) Grieve R, Sekhon JS, Hu TW, Bloom JR. Evaluating health care programs by combining cost with quality of life measures: a case study comparing capitation and fee for service. *Health Serv Res* 2008 Aug;43(4):1204-22.
 - (5) Tillinghast SJ. Competition through physician-managed care: the case for capitated multispecialty group practices. *Int J Qual Health Care* 1998 Oct;10(5):427-34.
 - (6) R.Paul Shaw. *New Trends in Public Sector Management in Health: Applications in Developed and Developing Countries*. Washington: World Bank publications; 2004.
 - (7) Murray JP, Greenfield S, Kaplan SH, Yano EM. Ambulatory testing for capitation and fee-for-service patients in the same practice setting: relationship to outcomes. *Med Care* 1992 Mar;30(3):252-61.
 - (8) Steiner JW, Root JM, Michel RL. The transformation of hospital laboratories: why regionalization, consolidation, and reengineering will lead laboratories into the 21st century. *Hosp Technol Ser* 1995 Nov;14(15):1-33.
 - (9) Marchwinski J, Sullivan SS, Castillo JB, Johnson R. The Rochester Consortium. *Clin Lab Manage Rev* 1996 Sep;10(5):486-7.
-