

Mesa de debate

MEDICIÓN DE LA EFICIENCIA. DIFERENTES MODELOS



De izquierda a derecha: de Sancho JL, Lorenzo S, Escarrabill J, Ayerdi I y Gómez C.

Moderador:

D. José Luis de Sancho Martín
Gerente. Complejo Hospitalario de Albacete

Participantes:

D.ª Susana Lorenzo Martínez
Coordinadora de Calidad de la Fundación Hospital de Alcorcón. Madrid

D. Joan Escarrabill i Sanglós
Director del Área de Evaluación, de la Agencia de Información, Evaluación y Calidad en Salud de Cataluña

D. Ignacio Ayerdi Salazar
Director General de Philips España

Dña. Celia Gómez González
Directora General de Planificación e Innovación Sanitaria. Consejería de Sanidad de Andalucía

JOSÉ L. DE SANCHO: Buenos días. Vamos a comenzar esta mesa que se titula “Medición de la eficiencia. Diferentes modelos”. Vamos a tratar este tema que entendemos que tiene bastante importancia, y más en el actual contexto, en el que si la eficiencia es algo de lo que venimos hablando desde hace años y que va impregnando todo lo que se hace en los centros sanitarios y el trabajo de todos los profesionales, porque la medición es algo menos explorado y más desconocido. De todas formas, se vienen usando desde hace varios años indicadores de eficiencia, muy en relación con la producción en los centros asistenciales, que es lo que toca, pero también en relación con la calidad y con los costes, e incluso con la satisfacción. Todo esto lo podemos meter en este contexto y sobre ello vamos a hablar en esta mesa.

Para hablar de este tema, dispongo de cuatro estupendos ponentes: Susana Lorenzo, Coordinadora de Calidad de la Fundación Hospital Alcorcón; Joan Escarrabill, Director de Evaluación, de la Agencia de Información, Evaluación y Calidad en la Generalitat de Catalunya; Ignacio Ayerdi, Presidente y Director General de Philips España, que está en la mesa para darnos la visión que se tiene de estas cuestiones en la empresa privada; y, finalmente, Celia Gómez, Directora General de Planificación e Innovación Sanitaria, de la Consejería de Sanidad de la Junta de Andalucía. Son cuatro ponentes que, cada uno desde su perspectiva, pueden darnos su distinta visión de cómo se puede medir la eficiencia en los centros sanitarios o en la empresa privada.

Esta es una necesidad mayor que en el pasado reciente por el contexto actual, en el que nos vemos obligados a reducir alguno de los costes y de las prestaciones que hemos venido dando a los ciudadanos sin

perder calidad. Llevamos todas las Jornadas hablando de este asunto y ahora vamos a abordar esta perspectiva de la medición.

“Uno ha pasado por distintas posiciones dentro de este país y siempre se ha planteado la conveniencia o la necesidad de haber dispuesto a nivel de Ministerio y del Consejo Interterritorial, de ese observatorio, el tener esa información general que nos permitiera tomar decisiones y conocer los resultados en mayor medida de lo que los conocemos después del traspaso de las competencias”

José Luis de Sancho

La Fundación Signo, a través de las encuestas que ha venido realizando este último año, ha preguntado a profesionales del sector sanitario y gestores sobre el compromiso de eficiencia y calidad en el Sistema Nacional de Salud. En una de sus preguntas, se cuestionaba si se están produciendo diferencias de resultados entre comunidades autónomas, a lo que el 67% de los encuestados respondía afirmativamente. Por otro lado, se preguntaba si se está sufriendo algún tipo de barrera geográfica que dificulte la mejora de la eficiencia en las distintas comunidades, a lo que un 46% respondía que sí. Otra pregunta era si se estaban produciendo duplicidades de servicio innecesarias, con lo que el 51% estábamos de acuerdo y mayoritariamente éramos directivos y facultativos. También se preguntaba sobre si el control y rendimiento de cuentas en el Sistema Nacional de Salud era correcto y solo el 39% opinaba que sí. Finalmente, un 35% respondía afirmativamente a conveniencias como la de generar alianzas para mejorar la eficiencia y calidad de los servicios y un 65% estaba de acuerdo en la concen-

tración de servicios de alta tecnología, en estos momentos de necesidad de concentrar recursos.

La cuestión de esta mesa es cómo llevar a cabo la medición de la eficiencia. El uso de indicadores, fundamentalmente parciales, enfocados a la producción, es lo que más conocemos en el sector asistencial para medir las distintas facetas de lo que se hace en cada centro, sean estancias, procesos, costes... En otros países están utilizando indicadores similares.

El Plan de Calidad del Insalud del año 99 generó un conjunto de 25 indicadores de calidad y cada vez los hemos venido utilizando más para los contratos, antes llamados programa y ahora contratos de gestión. Para usarlos en evaluación, necesitamos sistemas de información disponibles, aunque con algunas dificultades de integración y comunicación en estos sistemas. También se da una cierta falta de transparencia en la comunicación de los resultados del Sistema Nacional de Salud, aunque existe la necesidad de ponerlos en común a través de observatorios o del propio Ministerio.

En el sector más académico y en muchos casos en proyectos de investigación, se diferencian distintas técnicas de medición de eficiencia: las llamadas técnicas “frontera” o las “no frontera”.

Las técnicas “no frontera” son las que vemos utilizando con asiduidad y son las que nos suenan a los gestores. Las técnicas “frontera” son las que ofrecen la posibilidad de establecer una frontera que permita comparar distintas situaciones, en función de los inputs y de los *outputs*. Este es el escenario que propongo para esta mesa.

Vamos a pasar ahora a las preguntas a tratar. La primera pregunta es sobre la necesidad de la disponibilidad de suficientes y robustos sistemas de información para la gestión hospitalaria, si los que hay en este momento en España nos parecen suficientes y si vemos posible que se introduzcan mejoras en un futuro próximo. Esta pregunta es para todos los ponentes.



José Luis de Sancho

SUSANA LORENZO: Buenas tardes. Quería daros las gracias por la invitación. Con respecto a la primera pregunta y a los sistemas de información, creo que hay mucho por hacer, aunque hemos avanzado mucho. Desde el momento en el que se han introducido historias clínicas electrónicas en el ámbito hospitalario, la obtención de una buena parte de la información nos ha facilitado mucho el trabajo a los que nos dedicamos a la calidad. Esto nos ahorra mucho tiempo en cuanto a la evaluación y a la auditoría de historias clínicas, en muchas de las revisiones de utilización que hacíamos, porque ahora una parte de esa información se obtiene de forma automática. Así no tenemos que hacer muestras,

sino que evaluamos el 100% de las historias. Además, esto nos permite evaluar con una serie de criterios y establecer indicadores, siempre y cuando luego consensuemos lo que estamos midiendo, porque esos indicadores cambian de un centro a otro; por poner un ejemplo, cambia la hora de inicio de los quirófanos. Además, toda esa información que se puede obtener de forma automática, ahorra mucho tiempo, tanto al personal médico como al personal de enfermería, y la retroalimentación de esos resultados de la forma más inmediata posible consigue que se mejore.

JOAN ESCARRABILL: Estoy en una posición un poco atípica, por mis orígenes clínicos y mi posición actual en la agencia, que me hacen enfocar los problemas de una manera no exactamente igual. Me parece que si la pregunta es robustez, hemos mejorado mucho, porque hay mucha más información en el sistema sanitario de la que había antes y mucho mejor.

“Para llegar a la resolución de los problemas no vale con la información, sino que necesitamos más cosas, como revisión de historias o un tipo de registros distintos, pero creo que el sistema de indicadores diagnostica bien la situación, aunque no sirva para mejorar”

Joan Escarrabill

En mi opinión, tal y como tenemos los indicadores y tal y como está accesible la mayor parte de la información, la cuestión se centra en para quién resulta útil. Seguramente es más útil para saber qué pasa, para tener un diagnóstico de esta situación. De lo que no estoy seguro es de si la información va a servir para saber cómo resolvemos los problemas. Para llegar a la

resolución de los problemas no vale con la información, sino que necesitamos más cosas, como revisión de historias o un tipo de registros distintos, pero creo que el sistema de indicadores diagnostica bien la situación, aunque no sirva para mejorar.

Estoy completamente de acuerdo en que cuesta comparar un hospital con otro, porque de alguna manera los indicadores cambian de un hospital a otro. En mi opinión, esto está poco estandarizado y seguramente los académicos sí tienen más herramientas de las que tenemos los pragmáticos.

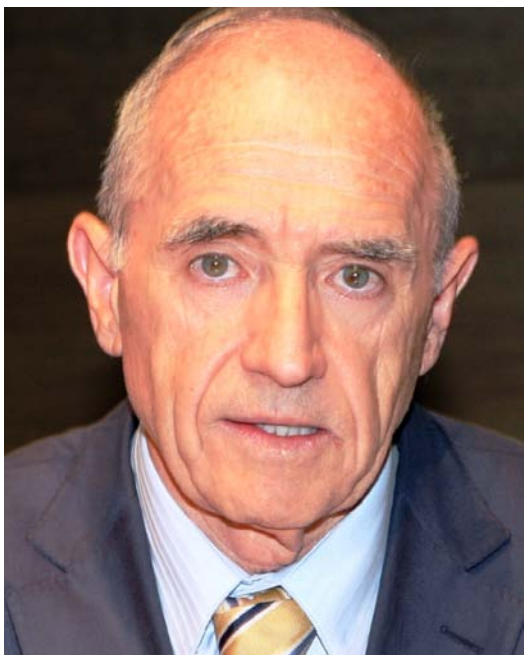
Otra crítica que se podría hacer a la información es que no estoy seguro de que siempre de respuesta a las necesidades de los clínicos y esto haría falta para cambiar la práctica clínica. En muchas ocasiones, se pone más énfasis en el proceso que en los resultados, porque el número de visitas o la satisfacción del paciente son parte del proceso; esto es importante, pero creo que habría que poner mucho énfasis en el resultado, y no solo en los resultados clínicos de mortalidad.

Un elemento clave sería que quien genera la información tuviera *feedback* de una manera rápida y fiable, para atender algunos detalles que le interesan. En ocasiones, el *feedback* es tan general que el que genera la información no tiene el detalle que le puede interesar.

Este sería mi punto de vista. Soy positivo porque hay mucha más información y más fiable, pero desde el punto de vista del que la genera habría que hacer algunas mejoras para generar procesos de cambio.

IGNACIO AYERDI: Buenas tardes. Coincido con mis predecesores. Creo que los siste-

mas de información actualmente disponibles en las distintas comunidades han significado un paso adelante muy significativo. También es cierto que es necesario un sistema de información a nivel de Estado, porque este fraccionamiento genera problemas de integración.



Ignacio Ayerdi

Quiero decir que este problema no afecta solamente a un sistema sanitario como el español, sino que el mundo de la empresa se enfrenta a problemas similares en empresas multisectoriales, como en la que yo trabajo. En una empresa multisectorial hay procesos industriales, procesos de desarrollo, procesos logísticos, procesos de suministro, procesos de servicio, y hay una tendencia natural a tratar de utilizar los sistemas de información con un foco muy específico a cada uno de estos procesos; cuando se evalúa el coste de todos estos sistemas de información con respecto al volumen de negocio que genera la empresa, se ve que es un coste muy superior al de aquellas empresas que son monosectoriales. El mundo de la competencia obliga a la empresa a una mejora continua y, en ese

sentido, el hecho de que haya sistemas fraccionados no es bueno; es un reto importante tratar de buscar lo que hay en común para unificarlos como un proceso de mejora.

“En una empresa multisectorial hay procesos industriales, procesos de desarrollo, procesos logísticos, procesos de suministro, procesos de servicio, y hay una tendencia natural a tratar de utilizar los sistemas de información con un foco muy específico a cada uno de estos procesos; cuando se evalúa el coste de todos estos sistemas de información con respecto al volumen de negocio que genera la empresa, se ve que es un coste muy superior al de aquellas empresas que son monosectoriales”

Ignacio Ayerdi

Quisiera decir que no es fácil aplicar sistemas informáticos en el terreno de la salud, porque tiene la complejidad de una organización muy grande junto con la complejidad del proceso clínico. Por ello, creo que los sistemas sanitarios han estado dando tumbos por un foco muy departamental y otras veces muy general: creo que la solución está en una buena combinación de los dos.

Es imposible, desde mi punto de vista, que un sistema general pueda dar respuesta a la demanda concreta que pida un departamento específico, por lo que ahí habrá que buscar fórmulas de colaboración.

CELIA GÓMEZ: Gracias a la Fundación Signo por la invitación a esta mesa. Básicamente, coincido con lo que han dicho el resto de miembros de la mesa en cuanto a identificar como robustos y con un buen desarrollo

llo a los sistemas de información. Un estudio que ha sacado hace poco Accenture así lo plantea, aunque es verdad que es más robusto y extendido en atención primaria que en especializada.

“El esfuerzo que hemos hecho en desarrollo de sistemas de información ha sido un buen aliado para el desarrollo del Sistema Nacional de Salud y de los sistemas regionales, y que además tiene beneficios socioeconómicos”

Celia Gómez

Los sistemas están bien, no todo lo bien que querríamos, pero sí en relación con la realidad que nos rodea. Creo que faltan herramientas de minería de datos, de explotación de la información. Tenemos mucha cantidad de información muy valiosa y tenemos herramientas con las que podríamos relacionarla, pero no es fácil. Todos los ejemplos que tenemos han empezado a nivel local o con pilotos, algunos de los cuales después no se pueden retocar. Creo que ese es el reto: buscar herramientas que ayuden a la toma de decisión, tanto de clínicos como de gestores, y pienso que todos nos lo estamos planteando y trabajando en ello. Sin embargo, el esfuerzo que hemos hecho en desarrollo de sistemas de información ha sido un buen aliado para el desarrollo del Sistema Nacional de Salud y de los sistemas regionales, y que además tiene beneficios socioeconómicos. Hace dos años hicimos un estudio sobre esto y en el análisis que se hacía en nuestro programa de atención primaria había un beneficio socioeconómico del 1,7%.

Pienso que muchas veces nos encerramos en todo lo que no nos da o no nos ofrece, pero también tenemos que ver ese panorama en el cual tenemos la información,

vamos teniendo herramientas con las que trabajar y eso nos ha permitido tener un sistema del que todos nos sentimos orgullosos.

JOSÉ LUIS DE SANCHO: Uno ha pasado por distintas posiciones dentro de este país y siempre se ha planteado la conveniencia o la necesidad de haber dispuesto, a nivel de Ministerio y de Consejo Interterritorial, de ese observatorio, el tener esa información general que nos permitiera tomar decisiones y conocer los resultados en mayor medida de lo que los conocemos después del traspaso de las competencias. Este es uno de los problemas que tiene el Sistema Nacional de Salud.

El otro problema es la diversidad de sistemas de información, de productos, que se han ido aplicando, cuando a veces no son compatibles o “relacionables” entre sí. No sé si queréis hacer algún comentario adicional a esto que estoy diciendo.

“Con esto de la libre elección de médicos y de hospital, que ya se está introduciendo en Madrid, considero que hay necesidad y conveniencia de que los ciudadanos tengan criterios objetivos reales”

José Luis de Sancho

SUSANA LORENZO: Aparte de coincidir contigo, es muy reciente la incorporación de todas las comunidades autónomas al observatorio de variaciones en la práctica médica. Estos resultados ya están publicados, lo que pasa es que el calaje de la publicación de estos resultados de algunas enfermedades llevan unos cinco años, lo que es una pena, porque si tuviéramos información sobre la utilización de los recursos en temas, por ejemplo, como la fractura de cadera en las diferentes comu-

nidades, nos ayudaría ahora en los recortes que nos está tocando plantear. Sería una herramienta muy valiosa. Es una pena que estos sistemas del ámbito local no sean de aplicación más general.



Susana Lorenzo

JOAN ESCARRABILL: Creo que va a ser muy difícil que encontremos indicadores homogéneos, porque siempre hay matizaciones y, además, cuando tienes un método homogéneo siempre hay alguien que descubre otro mejor y lo aplica por su cuenta. Me parece que hay dos retos. El primero es garantizar la interoperabilidad, más que hacerlo todos igual, que nos podamos entender. El segundo estará en el análisis de grandes cantidades de datos; es decir, comparar por indicadores aislados va a ser complicado, pero a lo mejor va a resultar más fácil ser capaces de analizar grandes cantidades de datos y establecer patrones que puedan indicarnos información útil.

La variabilidad de la práctica clínica es absolutamente escalofriante y, de alguna manera, cuanto más te metes en ella, más

sorprendido te quedas. Por ejemplo, nosotros tenemos un registro de prótesis de cadera y cada hospital utiliza una media de diez modelos distintos de prótesis de rodilla, pero el rango está entre 1 y 35, con lo que os podéis imaginar la gran variabilidad que hay. Creo que el abordaje de todos estos problemas de medición estaría en estas dos dimensiones, en la interoperabilidad y en aprender a manejar grandes volúmenes de información para sacar patrones de actuación.

IGNACIO AYERDI: Coincidiendo con el título de la mesa, creo que también tenemos que medir la eficiencia de los sistemas de información. Si comparáramos los costes de los sistemas de información con el valor que aportan, hallaríamos la eficiencia y tendríamos un elemento que nos ayudaría a reflexionar sobre la inversión que se ha producido en este asunto y que, en mi opinión, seguramente no es sostenible. Ese parámetro ayudaría a ser críticos sobre si estamos dedicando a esto más recursos que a otros ámbitos.

JOSÉ L. DE SANCHO: Seguimos con la segunda cuestión, que es un poco larga. Existen diferentes modelos de medición de la eficiencia, como hablaba yo antes de los modelos frontera o no frontera. Esta terminología es muy académica y hay numerosos trabajos publicados sobre el tema, pero no es habitual que la estemos manejando en nuestro sector. Como comentaba antes, las “no frontera” son las que más venimos utilizando como indicadores. Les preguntaba si podían opinar sobre esta cuestión.

En cuanto a las técnicas “frontera”, creo que la más familiarizada con ellas es Celia y espero que luego pueda resumir lo que se hizo en su momento como un proyecto de

investigación de la Escuela Andaluza de Salud Pública de Andalucía sobre el análisis envolvente de datos, que al final juega con los criterios input y output ampliamente utilizados y los va manejando según interese. Sobre esto hay muy pocas experiencias en España. Existe otra técnica de medición, la medición estocástica, pero ahí sí que nos perdemos totalmente.

Por tanto, querría conocer su opinión sobre el uso de estas técnicas en la gestión de hospitales y de servicios clínicos. Con esta pregunta, vamos a enlazar con la presentación de Susana de lo que se está haciendo en la Fundación Alcorcón sobre el modelo de eficiencia, por lo que empezamos.

SUSANA LORENZO: En la presentación voy a mostrar el resultado de estos años en la red de *benchmarking* que tenemos montada entre siete hospitales y comunidades autónomas diferentes y lo que hemos aprendido con ella. Luego numeraré los hospitales, porque la experiencia no es solo del Hospital Fundación de Alcorcón.

Cuando me hablan de *benchmarking*, me remonto a más de 20 años atrás. Ya en el libro *El Arte de la Guerra*, se decía que cuando vas a la guerra, lo más importante es que conozcas al enemigo y a ti mismo para evitar la batalla y la derrota. Ahora mismo estamos en una batalla bastante fuerte como para saber cuáles son nuestros puntos fuertes y nuestras áreas de mejora.

La otra definición más usada es la de Kant, que habla de un proceso continuo de mejora en la búsqueda de buenas prácticas que conducen a un desempeño excelente. Por citar otra fuente, Microsoft habla de una técnica para descubrir aspectos con los

que luego sirven para hacer nuestra empresa más rentable que otra, con el conocimiento que adquiramos de cualquier otra organización.

“La definición que nosotros hemos adaptado en la red de benchmarking es la de compartir información: primero hay que filtrar y consensuar, aprender de los demás y adaptarlo, porque coger la práctica de otro centro no siempre ofrece en tu centro el resultado que buscabas, sino que a veces puede ser lo contrario del esperado”

Susana Lorenzo

El ámbito del que podemos aprender en cualquiera de estas definiciones no tiene por qué ser asistencial, puede ser de cualquier ámbito; de hecho, les recomiendo que miren lo que están haciendo fuera, porque se aprende mucho de cualquier otra organización. La definición que hemos adaptado en la red de *benchmarking* es la de compartir información: primero hay que filtrar y consensuar, aprender de los demás y adaptarlo, porque coger la práctica de otro centro no siempre ofrece en tu centro el resultado que buscabas, sino que a veces puede ser lo contrario de lo esperado. En ese caso, volveríamos a empezar, porque esto es el ciclo de mejora continua.

Los hospitales que participan en la red son el Valle del Nalón en Asturias; el de Sierrallana en Cantabria, que fue el que propuso la creación de la red a partir de la primera evaluación con el modelo EFQM en su centro, porque se encontró que no tenía con quién compararse; el de San Jorge en Huesca; el de Son Llátzer en Baleares; el Morales Meseguer en Murcia; el Bierzo en León y el nuestro en Alcorcón, Madrid.

Son hospitales de entre 200 y 500 camas, de titularidad pública.

Nuestras líneas de trabajo, a parte de la difusión, fueron dos: el *benchmarking* y el análisis cuantitativo, simplemente de resultados de cara a la comparación con el modelo EFQM, y la identificación del *benchmark*, que viene de un término en inglés que significa poner una mesa para ver dónde y cómo comparamos una cosa con la otra. Nosotros en el *benchmarking* cualitativo utilizamos otro término, que viene de la geometría y que se llama homotecia, que quiere decir que dos formas geométricas son similares. Ahí lo que tratamos es de identificar la buena práctica desde el punto de vista clínico, con todas las pegadas metodológicas que pueda haber en este proceso, pero que no vienen al caso.

En el cuantitativo, utilizamos los criterios del modelo y buscamos cosas que fueran comparables entre los centros. He traído algunos ejemplos. Uno es el número de reclamaciones con respecto al número de altas en los diferentes centros, con el criterio de los resultados en los clientes. Por otro lado, está el consumo de material biosanitario, como agua o material reciclado, en el que sí se observa disminución desde que hemos empezado a hacer intervenciones en los centros.

En el *benchmarking* cualitativo, hemos estado trabajando por procesos: primero los pensamos nosotros y después nos pusieron deberes los gerentes. Los dos primeros procesos los seleccionamos entre los representantes de cada centro y fueron enfermedad pulmonar obstructiva crónica y fractura de cadera, por la prevalencia y por el impacto económico que tendría la mejora en ellos. Los otros dos procesos nos los pusieron los gerentes de los centros en

una reunión hace ya tres años, y nos ha costado mucho más trabajo: urgencias y cáncer de mama, con el que todavía no hemos terminado.



Joan Escarrabill

En el *benchmarking* cualitativo, lo que hacemos es crear un grupo de trabajo, elegimos el proyecto y delimitamos un límite de entrada y un límite de salida; luego definimos indicadores y vemos si son o no comparables los centros. Posteriormente, se elabora un cuestionario y se intercambia la información. Al final, hay que analizar esa información para valorar si se puede o no comparar esos centros, porque no todos los centros son comparables. En el cuestionario ponemos entradas, salidas, recursos de los servicios e indicadores que se utilizan para gestionarlos. En cada hospital se rellena el cuestionario. La información es totalmente compartida de puertas adentro y de puertas hacia fuera estamos numerados.

Por ejemplo, en urgencias analizamos cosas como si hay más de una puerta, quién nos manda a los pacientes, quién decide el

ingreso y quién lo lleva a cabo, el tipo de servicio de admisión, el número de pacientes atendidos, etc. Una vez decididos los indicadores, a veces nos toca comprobar historias clínicas o coger el reloj y ponernos en la puerta para analizar puntos, como el año pasado, cuando tuvimos que hacer un muestreo para ver qué pasaba en cada uno de los centros. Así encontramos el *benchmark*, pero la solución hay que buscarla después.

JOAN ESCARRABILL: Ahora, para ser honesto, tendría que ceder la palabra a Ignacio Ayerdi, porque este tema es muy académico y yo soy un pragmático y no tengo mucha idea de esto. Pero primero voy a compartir mis dudas.

No estoy seguro de si lo primero que toca es hablar de eficiencia, porque me da la impresión de que a lo mejor hay que hablar de solvencia; es decir, si las instituciones son solventes o no, si son instituciones que pagan lo que gastan, si son conscientes de sus limitaciones y establecen prioridades, y si saben lo que tienen que hacer.

Cuando me plantearon lo de las técnicas “frontera” o “no frontera”, pensé que se referían a los estándares, y se acerca un poco a esto, pero me planteó una duda. No sé si este estándar lo ponemos en la media o en la excelencia. La tendencia humana natural es la mediocridad, pero lo que habría que plantearse es la excelencia, lo que no quiere decir lo mejor, porque es un término relativo y coyuntural, pero sí es exigible ser suficientemente bueno, donde habría que poner el límite.

En cuanto a qué entendería yo por una organización o por un hospital eficiente, habría dos o tres cosas que tendría que incluir. Habría que hablar de innovación

dentro de la eficiencia, aunque en este contexto alguien puede horrorizarse al oír hablar de innovación, porque es más gasto. Por mi parte, pienso que si hay que reorganizar las cosas es para que la innovación esté incluida en lo que hacemos.

Al hablar de eficiencia desde un punto de vista pragmático, me cuesta mucho hablar de eficiencia de un hospital solo, porque creo que hay que hablar de un contexto y de una cooperación, porque de lo contrario no entiendes muchas cosas. Hace tres años, en tres grandes hospitales de Barcelona analizamos la mortalidad por insuficiencia cardiaca; en uno era del 23%, en otro del 5% y en el último del 24%. Si te dan estas cifras, te sorprendes, pero es que había un hospital que tenía un mecanismo que podía derivar pacientes desde el servicio de urgencias a otro centro, lo que explicaba que la mortalidad allí fuera más baja. Por eso comparar la eficiencia cuesta bastante.

“Creo que el abordaje de todos estos problemas de medición estaría en estas dos dimensiones, en la interoperabilidad y en aprender a manejar grandes volúmenes de información para sacar patrones de actuación”

Joan Escarrabill

Para hablar de eficiencia hay que entender un poco cómo funciona el hospital. Me cuesta mucho hablar de eficiencia en un hospital absolutamente fragmentado por servicios, en un hospital en el que los pacientes en la unidad de cuidados intensivos comen dieta normal o en un hospital en el que por la noche hay más médicos durmiendo que en la puerta de urgencias. Por tanto, para hablar de eficiencia, hay que conocer el funcionamiento del hospital.

Para finalizar, me pareció interesante el informe Bandles, que me ayudó a entender un poco todo esto de la eficiencia y la sostenibilidad del sistema. Hace unos siete años, el Tesoro del Reino Unido encargó a Bandles hacer la predicción de si el sistema sanitario inglés gastaría más en 2022. Él dijo que se va a gastar más, seguro, pero que la pregunta adecuada es si lo vamos a poder pagar y sostener, y eso depende de varias cosas: depende de la capacidad que tengamos de transformar los servicios sanitarios, de la capacidad que tengamos para influir en la sociedad para que tenga hábitos saludables, de cómo tengamos el sistema de información y de cómo los profesionales se especialicen o no. Hablar de la eficiencia es bastante complejo.

IGNACIO AYERDI: En el área académica, poco voy a contribuir. Desde el punto de vista de una persona que está en el mundo de la industria de la salud, me parece que es muy importante medir la eficiencia de las organizaciones sanitarias, porque el resultado de la actividad salud es algo muy relevante para la sociedad y porque los recursos que se usan para conseguir ese resultado son muy altos. Por ejemplo, el 44% del presupuesto de Castilla y León se dedica a la sanidad.

“El esfuerzo que hemos hecho en desarrollo de sistemas de información ha sido un buen aliado para el desarrollo del Sistema Nacional de Salud y de los sistemas regionales, y que además tiene beneficios socioeconómicos”

Ignacio Ayerdi

Estamos trabajando con un producto que es muy importante y al que se dedican muchos recursos; por lo tanto, tenemos que hacer algo para medir la eficiencia de

ese sistema. Sin embargo, creo que es muy difícil, porque el producto salud tiene componentes estrechamente ligados a la práctica clínica y otros que no; por eso es muy complicado llegar a un acuerdo de que indicadores representarían los parámetros más importantes.

Desde que me he puesto a mirar todo este tema de la parametrización, mi respeto por las organizaciones sanitarias ha crecido. Me da la sensación de que esta parte es muy académica y seguramente ello es necesario para hacer una valoración muy global de las organizaciones sanitarias pero, a la hora de vincularnos al lema de reorganizar la sanidad, buscamos objetivos muy simplistas, que pueda entender todo el mundo, porque es imposible la mejora del sistema si todos los agentes no comparten la misma visión.



Celia Gómez

Sin menospreciar la parte académica, creo que debe complementarse con la parte no paramétrica, que son indicadores seguramente menos objetivos, pero más prácticos a la hora de utilizarlos en la gestión.

CELIA GÓMEZ: Ahora mismo tampoco practico la academia y no voy a entrar ahí. Creo que en la mayor parte de los sistemas de salud, a nivel regional, nacional e internacional, utilizamos indicadores que se sitúan en técnicas de medición “no frontera”, porque es un lenguaje que conocemos y que es fácil de trasladar a la sociedad. Al final, muchos de esos indicadores son los que luego utilizamos también en los niveles econométricos, porque no pueden ser otros puesto que no hay resultados que digan que los indicadores sintéticos pueden ayudarnos. No encontramos un indicador clave, porque además el contexto influye mucho y es una de las mayores limitaciones en cualquiera de las técnicas. Hay algunos intangibles, que son muy tangibles, que son muy difíciles de incorporar en indicadores y dan unos resultados extraños.

“Creo que en la mayor parte de los sistemas de salud, a nivel regional, nacional e internacional, utilizamos indicadores que se sitúan en técnicas de medición ‘no frontera’, porque es un lenguaje que conocemos y que es fácil de trasladar a la sociedad”

Celia Gómez

Nosotros utilizamos modelos econométricos en los modelos de financiación del Servicio Andaluz de Salud, buscando eficiencia relativa; sobre todo es eficiencia de coste-efectividad, pero también se busca la eficiencia en el uso de los recursos para obtener resultados. Creo que tenemos que hacer una visión del conjunto de indicadores con los que medir para tener una visión global. Hay que buscar los distintos ejes que nos ayudan a componer esa visión poliédrica o estaremos desenfocando la visión.

En nuestro modelo sanitario hay unos indicadores globales. Primero fueron los de un proyecto que se llamaba transparencia y ahora los del proyecto calidad de resultados, que tienen reflejo en los contratos programa y en los acuerdos de gestión. Esto hace que estemos hablando el mismo lenguaje con clínicos, gerentes y ciudadanos.

JOSÉ L. DE SANCHO: Me gustaría que, ya que está en el uso de la palabra, Celia nos explicara la experiencia de la Escuela Andaluza de Salud Pública.

CELIA GÓMEZ: Algunos profesionales de la Escuela Andaluza de la Facultad de Económicas de Granada, con la ayuda de la Agencia de Evaluación de Tecnologías, han estado trabajando en buscar métodos de envoltentes de datos, que pudieran dar como resultado indicadores sintéticos de la eficiencia.

Hablaba de la importancia del contexto porque, sorprendentemente, en el proceso de selección de los indicadores sobre los que se construía el indicador sintético, que se hizo con un grupo de profesionales y gerentes, se veía que hay indicadores que no dan toda la información necesaria para que el resultado pueda tener fuerza suficiente. En el resultado final, de 28 hospitales, el indicador sintético de la eficiencia era mayor en los hospitales más pequeños que en los más grandes. Por eso, después hay que hacer la reflexión de que probablemente haya que buscar una alimentación de fuentes distinta o buscar elementos que introduzcan el contexto, porque son hospitales que tienen una carga de costes mayor que no siempre se puede repartir en los resultados.

En todo caso, somos partidarios de continuar trabajando en estos modelos, porque puede que no lleguemos a encontrar resultados que puedan ser operativos en la práctica diaria para medir, pero que sí tienen aplicación en ámbitos como los modelos de financiación.

En cuanto a la innovación, que es uno de los indicadores que utilizamos, me preocupa que el contexto de crisis y de búsqueda de la eficiencia en el que estamos olvidemos poner el norte a la situación, para poder ser eficientes de aquí a diez años.

JOSÉ L. DE SANCHO: No soy un experto en estos temas, pero creo que ahí hay una línea de futuro interesante, que no sé muy bien cómo se va a traducir en la práctica. En ese sentido, probablemente todos los que trabajamos día a día en un hospital prefiramos el *benchmarking* o el *balanced scorecard*, que ha relacionado bien este tema con la estrategia del centro.

Pasamos al siguiente tema, que es para qué nos sirven estos resultados.

SUSANA LORENZO MARTÍNEZ: En teoría, nosotros lo que estamos buscando es lo mejor, porque si no llegamos a eso, va a haber problemas. En cuanto a nuestra experiencia, nos hemos encontrado dentro de los hospitales la buena práctica que teóricamente iba a servir: por ejemplo, en uno de los centros, nos encontramos con que en la fractura de cadera la estancia media era mucho menor que en el resto de hospitales, porque tenían un internista que trabajaba con los traumatólogos para que los pacientes se fueran en perfecto estado de revista desde el punto de vista clínico. En este hospital, contrataron al internista para que revisara el trabajo con los traumatólogos, con el indicador de estancia

media, y lo que pasó es que aumentó la estancia media, aunque los pacientes se iban en perfecto estado. Por tanto, el objetivo, que era reducir la estancia media, no se consiguió.

Esto es lo que pasa con los ciclos de mejora, que muchas veces te encuentras con que planificas los indicadores y después no funcionan y hay que volver a empezar, pero en eso consiste mi trabajo.

En cuanto a los *driver*, que son palancas que se colocan para mejorar algún aspecto, hemos encontrado muchos en urgencias. En muchos hospitales se han comentado los resultados, pero en algunos no se ha hecho nada con ellos por varias circunstancias, como equipos directivos cambiantes, falta de liderazgo, tardanza de la información, etc. Esta es la realidad de lo que está pasando: a veces nos encontramos con que las cosas mejoran, pero otras veces no, y si medimos para no hacer nada con los resultados, es mejor no hacerlo.

“A veces nos encontramos con que las cosas mejoran, pero otras veces no, y si medimos para no hacer nada con los resultados, es mejor no hacerlo”

Susana Lorenzo

Existe una gran resistencia al cambio en todos los ámbitos, a nivel asistencial y no asistencial. La experiencia nos ha enseñado esto en todo tipo de procesos. Hemos aprendido que había un déficit de comparación de buenas prácticas, de ahí surgió la experiencia de la red, que es una herramienta de mejora, y que se pueden hacer comparaciones de centros, tanto de resultados asistenciales como no asistenciales, pero no queremos hacer un *ranking*: el coste es cero, los hospitales participan en

los análisis de forma complementaria, vamos rotando de centro y cada uno se encarga de gestionar uno de los procesos.

Nosotros hemos definido un conjunto de indicadores y nos ha costado trabajo validar la información para ver qué era lo que estábamos midiendo y cómo, pero una vez acabado y definido, vamos compartiendo esa información y sí nos sirve. Lo más importante de la red es que tenemos un grupo de gente que intercambia la información de forma clara y transparente, lo que nos está permitiendo hacer comparaciones. Esta red es muy útil, independientemente del EFQM, que se sigue haciendo en algunos hospitales y en otros no.

En cuanto al análisis cualitativo, es una técnica de mejora, tanto de forma paramétrica como no paramétrica. La adaptación de los *driver* requiere una adaptación muy cuidadosa para que sirva. No siempre se mejora, para ello hay que probar. Para eso necesitamos un índice de indicadores de la fase de planificación para valorar si sirve y, si no sirve, cambiar a otra cosa.

La red se constituyó en noviembre de 2008, por lo que llevamos casi cuatro años, pero es mucho más lenta de lo que quisiéramos, porque no tenemos tiempo y todo el mundo en el hospital tiene cada vez menos recursos.

JOSÉ L. DE SANCHO: En esta pregunta nos van a referir experiencias concretas, aunque Celia ya lo ha hecho de alguna forma. Escarrabill nos va a explicar de cuándo se habla de eficiencia comparativa entre hospitales públicos y privados; nos va a comentar dos experiencias en Cataluña: de cirugía cardiaca en un centro público y privado y de centros de atención primaria.

JOAN ESCARRABILL: Cuando conocí la pregunta que me hizo José Luis, me pareció difícil separar entre público y privado, porque a veces cuesta identificarlo y más en Cataluña, que tenemos una red no pública, pero de uso público y no lucrativa. Este es un debate en el que se comparan cosas muy difíciles de comparar, porque los modelos son distintos.

En cuanto a la cirugía cardiaca, en la Agencia hicieron un trabajo muy bueno cuando yo no estaba. En este estudio, comparaban la cirugía cardiaca en centros públicos y privados. En Barcelona hay dos centros claramente privados que hacen cirugía cardiaca. Lo que vieron es que los resultados de mortalidad eran muy parecidos, pero curiosamente los centros privados atendían a pacientes más agudos y hacían intervenciones en pacientes más agudos. Lo que me interesa de este estudio es la dificultad de comparar modelos asistenciales distintos.

Hay otras comparaciones en el tema de equipos de atención primaria, básicamente tres modelos: equipos de atención primaria del Instituto Catalán de la Salud, como el modelo Insalud convencional, equipos de atención primaria gestionados por estas entidades no públicas, pero no lucrativas, y algunos equipos de atención primaria que son las entidades de tipo asociativas, en la que un grupo de profesionales gestiona un equipo de atención primaria y que, de alguna manera, tiene algunos beneficios o gestiona dinero y tiene riesgo. Andreu Segura analizó esto hace dos o tres años y no constató diferencias significativas de resultados, aunque había algunos matices en cuanto a solicitudes de exploraciones y derivaciones y quizás era algo superior la satisfacción de los profesionales que trabajaban en las entidades asociativas. En

ningún caso había unas diferencias significativas.

Es muy difícil hacer comparaciones y necesitamos matizar mucho las comparaciones que hacemos para saber qué es exactamente lo que queremos medir. También tenemos que saber si queremos ver qué hacen los centros o qué deberían hacer. Algún aspecto de comparación podría ser intentar buscar comparaciones que representen alguna comparación disruptiva, alguna innovación en la práctica. Por ejemplo, con el caso del internista trabajando con trauma, lo disruptivo no es que el internista trabaje en la planta de traumatología, sino que directamente se ingrese al paciente en medicina interna, o en el caso de urgencias, igual no hay que aumentar gente, sino trabajar por turnos. La comparación de mejora habría que enfocarla a este tipo de procesos disruptivos que produjeran cambio en el sistema.

JOSÉ L. DE SANCHO: Ignacio quería comentar en esta pregunta de qué manera una empresa privada como Philips quiere o puede buscar la forma de colaborar en la mejora de la eficiencia y de los indicadores.

IGNACIO AYERDI: Primero quiero hacer una reflexión genérica. Las empresas también precisan de indicadores para la toma de decisiones y éstos son multidisciplinarios; la eficiencia es uno de ellos, pero no hay que perder de vista a todos los demás.

En ese sentido, en mi empresa hemos optado por seguir un modelo que se asemeja a unas técnicas de mejora continua desarrolladas en la escuela japonesa, que son identificar objetivos que tienen dos características, que son muy concretos y fácilmente adaptables, lo que parece imprescindible en un entorno como el actual. Es

muy importante que esos objetivos se desplieguen a toda la organización para que sea fácil monitorizar el progreso.

Volviendo al tema de reorganizar el sistema sanitario español, que es algo que también afecta a la industria, creo que es necesario. Pienso que en los últimos cuatro o cinco años, España es un laboratorio de innovación en el tema de sanidad, a pesar de lo críticos que podemos ser los que trabajamos en el sistema. Si observamos otros sistemas sanitarios europeos no muy lejanos, son mucho más conservadores. Seguramente nos está azuzando la imperiosidad de la crisis económica.



de Sancho JL, Lorenzo S, Escarrabil J, Ayerdi I y Gómez C

Pienso que la reorganización del sistema es una tarea de titanes, en la que hace falta involucrar a todos los agentes, y creo que la industria puede colaborar en ese proceso. Nosotros hemos pasado una experiencia del área industrial a las organizaciones más comerciales, porque las áreas industriales fueron las primeras en incorporar técnicas de gestión del desperdicio en la producción, donde el medidor final es la cruel decisión del cliente. Ahí es donde empezó la búsqueda de eficiencia de los sistemas productivos y hace años que lo incorporamos a las organizaciones comerciales de gestión y de servicio, primero

entendiendo que no era tan fácil como en la producción y después viendo que el desperdicio que tenemos es enorme.

Nosotros hemos vivido y vivimos como una empresa que suministra tecnología sanitaria, pero creo que el sistema nos infrautilizaría si no fuéramos capaces de sacar recursos. Estamos muy cercanos a los hospitales y podemos aportar mucho. Por tanto, creo que habría que invitar a otros agentes a colaborar en la mejora de la eficiencia del sistema sanitario español.

JOSÉ L. DE SANCHO: La última pregunta era en relación a vuestras experiencias en cuanto a la utilización en vuestros centros del *balanced scorecard* o cuadro de mando integral, que lleva ya unos cuantos años utilizándose y que tiene la virtud de contemplar la visión estratégica que tiene la organización y relacionarla.

SUSANA LORENZO: La experiencia que tengo es de ver cuadros de mando no integrales y, desde luego, no alineados con la estrategia, como indica el cuadro de mando integral. Además, creo que hay mucha gente mal informada en cuanto a la utilidad de esta herramienta, que es magnífica, pero se usa muy poco y casi no se despliega al resto del personal. Esto debería usarse mucho más rápido para poder meterle mano a todos los despilfarros.

Creo que deberíamos aprender a utilizar no solo la gestión lean, sino también las cinco eses que usan los japoneses y que resumiendo es esto no me sirve, lo guardo y lo utilizo, esto no me sirve, lo tiro y no lo utilizo. Esto serviría para reducir muchas cosas que tenemos guardadas en todos los centros sanitarios y que no se utilizan. El problema es que cuando lo aplico, me quedo con él por si acaso. Tendríamos que me-

ternos en esa dinámica de gestión mucho más ágil y darle transparencia.

JOAN ESCARRABILL: Estoy absolutamente de acuerdo con lo que dice Ignacio de que hacen falta indicadores para poder decidir, pero uno de los riesgos del *balanced scorecard* o de los indicadores es que nos centremos en productos, porque lo nuestro no es un producto, sino un servicio, que es atender al paciente. Por tanto, si no vamos un poco más allá de estos indicadores, podemos quedarnos en el producto.

Con esto me refiero a que, como dijo Polster, deberíamos enfocarnos a resultados, que no deberían ser solo los resultados en salud inmediatos, sino que también deberíamos pensar en cuánto tarda el paciente en recuperar su estado previo y cuánto tiempo se mantiene en este estado. Es decir, que no tenemos que mirar solo el resultado, sino también el servicio. En muchas ocasiones, el riesgo de algunos sistemas de información es que nos quedemos en el producto y en el proceso, en vez de en el resultado y en el servicio.

IGNACIO AYERDI: En el mundo de la empresa está muy introducido el tema del *balanced scorecard* y los cuadros de mando, aunque ha habido una evolución dinámica importante. El énfasis en los primeros años estaba en los parámetros financieros, porque son los más fáciles de identificar, pero tampoco son buenos para ver la viabilidad de futuro. Nosotros hemos incorporado temas de satisfacción de clientes y de empleados; de hecho, hasta en la política de incentivos tiene el mismo peso la satisfacción de clientes y empleados que los objetivos financieros.

Esto es muy importante para esta dinámica de la mejora constante.

Otro elemento clave en el éxito o fracaso del uso del *balanced scorecard* es el orden operativo con el que se utiliza; es decir, hay muchas empresas que hemos conseguido crear un cuadro de mando, pero cuando se revisa, nadie sabe de quién es la responsabilidad. Lo importante es poner un orden operativo, con qué periodo se revisa y quién se responsabiliza de qué, la gestión de las acciones.

CELIA GÓMEZ: Me parece básico también introducir elementos de la percepción del usuario, porque creo que todos los utilizamos en los seguimientos de los contratos programa. Seguramente, sea el cuadro de mando más periódicamente alimentado y con indicadores de más largo recorrido.

Además, tendríamos que darle visibilidad al conjunto de indicadores. Las personas que tienen el trabajo tedioso de rellenar los datos o de hacer el seguimiento tienen que entender en qué se enmarcan esos objetivos, teniendo una visión global como un servicio de salud.

Si analizamos los datos que mostramos a la sociedad los servicios regionales o nacionales de salud, es probable que no sean del todo iguales, aunque tengan mucho en común.

Tenemos que buscarle la aplicación de las tres erres a más cosas, no solo a los residuos, porque todos hemos empleado mucho dinero y tiempo en soluciones que seguramente puedan ser reutilizadas en otro centro o con otro fin. Este es el momento para ello y ahí hay parte también de innovación, de buscar el cómo aprovechamos todos los recursos y conocimientos que tenemos.

JOSÉ L. DE SANCHO: Me gustaría abrir un breve turno de preguntas.

OYENTE 1: Quería preguntar a Doña Susana Lorenzo, porque me parece magnífica la experiencia del *benchmarking* de siete hospitales. ¿Piensa que eso puede ser el embrión de un proyecto más ambicioso que compare y publique los parámetros de calidad de hospitales?



de Sancho JL, Lorenzo S, Escarrabil J, Ayerdi I y Gómez C

SUSANA LORENZO: Lo importante es que la información sea transparente. Nosotros la estamos compartiendo de acuerdo con el código europeo del *benchmarking*. Hay dos proyectos más en marcha que conozco. Uno que estamos liderando desde la Sociedad Española de Calidad a través de análisis del CMBD y estamos en negociaciones con el Ministerio de Sanidad para que vele por el método y por la calidad científico-técnica. Yo iría a más, a dar información a los ciudadanos, pero para ello habrá que educar primero a los pacientes.

JOSÉ L. DE SANCHO: Con esto de la libre elección de médicos y de hospital, que ya se está introduciendo en Madrid, considero que hay necesidad y conveniencia de que los ciudadanos tengan criterios objetivos reales.

SUSANA LORENZO: La otra experiencia que iba a contar es la de la Comunidad de Madrid. El otro día en el hospital, el grupo medicina interna, obstetricia, cirugía general y trauma dio los datos que la comunidad quiere poner a disposición de los pacientes para que esa libre elección se haga con criterios explícitos. Lo malo es que nos parece que hay muchas cosas que mejorar antes de hacerlo público.

Nuestra opción como hospital fue comentar que primero se comunicaran los resultados a los profesionales, para que tengan acceso a esa información. Así, teniendo información centro contra centro, podremos empezar a mejorar y empezar a facilitar la información a los pacientes.

JOSÉ L. DE SANCHO: Si no hay más preguntas, pasamos a las conclusiones de la mesa. Lo primero es agradecer el esfuerzo de preparación y el estar aquí; ha sido un tema difícil, pero ha resultado muy interesante.

En relación con los sistemas de información, decimos que hay cierta dificultad para llevar a cabo la comparación, pero los retos de estos sistemas son su interoperabilidad y generar grandes cantidades de datos que nos den patrones para comparar. También sería bueno medir la eficiencia de estos sistemas.

Creo que la experiencia de Susana es muy interesante y creo que se ha comentado

suficiente con respecto a los resultados cualitativos y cuantitativos, de cara a la mejora de las prácticas y a los indicadores de proceso que se puedan utilizar. Joan hablaba de que habría que hablar más de solvencia que de eficiencia en los tiempos que corren y que no sirve de mucho hablar de un solo hospital, sino que tenemos que relacionarlo con toda la organización. Ayerdi decía que es difícil avanzar en la eficiencia si todos los agentes no comparten la visión de forma conjunta. Celia, en relación con las técnicas “frontera”, decía que no tenemos resultados de estas técnicas paramétricas que se puedan utilizar en la práctica clínica y que siguen siendo de contexto académico. En relación con el *benchmark*, decía Susana que medir y no hacer nada es perder el tiempo, y yo comparto esa visión. El uso en *benchmark* es variable en nuestro país, pero todos entendemos que puede ser eficaz en la mejora de los procesos. Joan comentaba las experiencias comparativas entre centro público y centro privado en relación con la cirugía cardíaca y atención primaria, sin establecer grandes diferencias. También comentaba el riesgo de que nos quedemos en el producto y no en los resultados y en los servicios. Ayerdi terminaba diciendo que las empresas también necesitan indicadores. Gracias a todos, también a los asistentes.