

# Sistemas de Información, Eficiencia y Financiación de los Hospitales Públicos

D. JOSÉ IGNACIO CASTAÑO LASAOSA. Gerente Hospital de Barbastró

Si los países desarrollados han logrado ponerse de acuerdo en algo, sin duda es en compartir la preocupación por el crecimiento del gasto sanitario en términos de porcentaje del PIB. Esta preocupación, que puede ser fácilmente entendida en los países con financiación pública de la sanidad en donde el gasto sanitario rivaliza con otros componentes del gasto público y, por tanto, el debate se establece en los términos de: ¿Cuál es el gasto público que los ciudadanos estamos dispuestos a soportar?, o, ¿Qué porcentaje del mismo se destina a sanidad frente a otros componentes del gasto público como educación o defensa?, o incluso, ¿Qué partidas del gasto sanitario son susceptibles de usos alternativos dentro del propio sistema sanitario público?, sorprende que también esté presente en un país como EE.UU. donde los servicios sanitarios tienen la consideración de un bien privado y en consecuencia su mayor o menor peso refleja exclusivamente preferencias en la distribución del presupuesto familiar frente a otros bienes como el transporte o la vivienda.

La explicación de ello es que estamos, cada vez más, en un mundo interdependiente en el que el volumen total del gasto sanitario afecta claramente a la competitividad internacional de un país.

Iaccoca, presidente de Chrysler, averiguó que su principal proveedor eran las aseguradoras sanitarias y que el coste/hora de un obrero de Chrysler incluye 2,74 dólares de gasto sanitario mientras que el coste/hora, por el mismo concepto de un obrero de Toyota es la mitad, lo que acaba trasladándose al precio final del vehículo. La consecuencia que podemos extraer es que las consideraciones de eficiencia han de introducirse en la sanidad por un condicionante externo cada vez más importante como es la creciente competitividad internacional.

## 1.- ASIGNACIÓN DE RECURSOS EN EL SECTOR SANITARIO

Argumentos como “La salud no tiene precio” tropiezan con una realidad tozuda: Los recursos son escasos y por ello tanto a los individuos como a la sociedad no les queda más remedio que elegir entre usos alternativos de los mismos. Dos son los mecanismos de asignar recursos en una sociedad: mediante el libre juego de la oferta y la demanda o, políticamente, a través del voto democrático. De estas alternativas ya casi sólo en Estados Unidos predomina, y no totalmente, la

visión de la asistencia sanitaria como un bien económico cualquiera. En los demás países desarrollados se considera como un derecho de los ciudadanos que no debe ser influido por su renta o riqueza lo que ha justificado una alta financiación pública del gasto sanitario. No obstante, no debemos olvidar que en el sector sanitario, independientemente de su forma de financiación, quien efectúa realmente la mayor parte de las decisiones de asignación de recursos es el médico. Él es quien prescribe los tratamientos y las pruebas diagnósticas, ordena ingresos y altas.

Como definió Eisenberg, en EE.UU. menos del 0,5% de la población (los médicos) toman decisiones que se traducen en el consumo de más del 12% del Producto Nacional Bruto (los gastos sanitarios).

En consecuencia de poco servirá introducir cambios en la política sanitaria si éstos no se trasladan a los millones de decisiones cotidianas mediante las cuales los médicos asignan los recursos.

Dado que en España el Sistema Nacional de Salud cubre al 99% de la población, está financiado públicamente en un 78% y la producción pública de servicios sanitarios es muy mayoritaria, representando el 67% del total; a partir de estos momentos nos centraremos en el papel del médico que presta sus servicios en el sector público.

## 2.- EFICIENCIA Y ÉTICA MÉDICA

Por eficiencia entendemos la relación existente entre los resultados obtenidos en una actividad y los recursos utilizados. En este contexto la toma de decisiones en base a la eficiencia tiene sentido tanto en el caso de asignación de recursos por la administración sanitaria como por los profesionales sanitarios; sin embargo, la realidad es que aunque las consideraciones de eficiencia están calando entre los gestores sanitarios apenas empiezan a introducirse entre los médicos clínicos, que como se señalaba anteriormente, son los que determinan el uso de la mayoría de los recursos, lo que está generando una importante disfunción.

Probablemente, entre otras, una de las causas de ello es que continúa predominando entre los médicos que trabajan en la Seguridad Social la ética individual en la relación paciente-médico, más propia de épocas en la que medicina y mercado eran más afines y que se traduce en la práctica a que si es posible hacer algo más por un paciente hay que hacerlo hasta llevarlo al límite de lo imposible y como señala Cochrane, pasando por alto el coste de oportunidad, el bienestar, de otros pacientes potenciales del sistema, que no pueden ser atendidos.

La ética médica no ha cambiado mucho mientras que el mercado de los servicios médicos sí lo ha hecho. En países con sistemas sanitarios financiados públicamente, el concepto de ética médi-

ca debe ampliarse hacia la ética del bien común (sin que ésta tenga que sustituir a aquélla), de manera que en un contexto social la eficiencia significa conseguir lo mejor para la mayoría de los enfermos no lo mejor para un solo enfermo, considerando que un TAC (tomografía axial computerizada) para una cefalea puede ocupar el lugar de un TAC para un tumor cerebral o que el tiempo de un cirujano puede ser utilizado en intervenciones quirúrgicas de mayor impacto.

La clave para resolver este conflicto está en reconocer que “costes” significa sacrificios soportados por otra gente. Como señala Alan Williams de la Universidad de York en el contexto de sistemas de asistencia sanitaria con recursos inevitablemente limitados, la decisión explícita de asignar recursos a un paciente es inevitablemente una decisión implícita de negárselos a otra persona. La ética de contabilizar los costes y dejar que los costes influyan en las prioridades, es que estos costes representan sacrificios de salud sufridos por otras personas. Ignorar los costes es ignorar los riesgos para otros de sufrimiento evitable. La práctica médica ética (al menos en el ámbito de la asistencia sanitaria pública), requiere alcanzar un equilibrio entre los intereses de los diferentes pacientes (o potenciales pacientes) y eso significa contabilizar los costes de todas y cada una de las decisiones que se tomen.

Es precisamente la financiación social de la sanidad la que implica situar el óptimo social sobre el óptimo individual cuando ambos diverjan.

### 3.- EFICACIA Y EFECTIVIDAD SUBJETIVA

Con toda esta argumentación no estoy defendiendo, ni mucho menos, una política indiscriminada de contención de costes. Un objetivo único de minimización de costes es tan sin sentido como puede ser la maximización de beneficios aislada de cualquier consideración sobre los costes. Sin duda todos conocemos numerosos casos de aplicación de una política de contención de costes, de contención del gasto público a nivel macroeconómico que se acompaña de una elevada ineficiencia a nivel microeconómico.

Como paso previo recordemos que por eficacia entendemos la aplicación de una tecnología médica, para la resolución de un problema de salud determinado, bajo condiciones ideales (experimentales) de actuación. Este término se transforma en efectividad cuando hablamos de las condiciones reales de aplicación por el médico. Bajo estas premisas, Brook y Lohr definen la calidad de la atención médica en función del grado de coincidencia entre la eficacia y la efectividad de las técnicas utilizadas.

Aquí es donde comienzan muchos de los problemas de la medición de la calidad real de la asistencia. La eficacia de muchos procedimientos está establecida pero de bastantes aún está por

probar (la Oficina de Valoración de Tecnología del Congreso de EE.UU. estima que la eficacia ha sido documentada mediante ensayos aleatorios controlados para menos del 20% de las prácticas médicas habituales), pero lo que resulta realmente difícil de conocer es la efectividad.

Sin tener en cuenta el empleo de pruebas diagnósticas y terapéuticas ineficaces, pensemos cuántos millones de pesetas se gastan cada día en el sistema sanitario público en la realización de pruebas diagnósticas innecesarias o en el uso de tratamientos ineficaces, de manera rutinaria, cuando no deben ser utilizados.

Ejemplos llamativos investigados por Wennberg son los siguientes: en Maine una mujer de setenta años tiene una probabilidad de un 20% de haber sufrido una histerectomía mientras que en otra zona comparable tal probabilidad asciende al 70%. En Iowa, la probabilidad de que un hombre a los ochenta y cinco años haya sufrido una prostatectomía oscila entre un 15% y más de un 65% según áreas hospitalarias. En Vermont, la probabilidad de que un niño sea operado de amígdalas varía entre el 8 y el 70%. Las diferencias son tan grandes en ocasiones que ningún comité de ética autorizaría la asignación aleatoria del procedimiento entre los extremos que se registran (Editorial del *The Lancet*, 1989).

Otro tipo de ineficiencia, que el aumento de los costes de la hospitalización fuerza a que se le preste atención, es el lugar correcto para el tratamiento de determinadas enfermedades (recordar el estudio del Dr. Mather comparando los resultados del tratamiento domiciliario y hospitalario del IAM), o las enormes variaciones observadas en las tasas de admisión hospitalaria o en la duración de la estancia para una misma patología, que los estudios de utilización apropiada coinciden en señalar como inadecuados.

Estas variaciones en la utilización y uso apropiado de tecnología médica, que deterioran la eficiencia y equidad de los sistemas públicos de salud, no deben llevarnos a la conclusión de que necesariamente hay que racionar la prestación de servicios sanitarios, sino que si fuéramos capaces de eliminar selectivamente los servicios inefectivos, se podría disponer de recursos para atender a todas aquellas personas que necesiten la aplicación de procedimientos diagnósticos o terapéuticos efectivos. Las consideraciones de eficiencia se introducirán en la "cultura sanitaria" si trasladamos a los médicos la necesidad de evaluar la relación coste/efectividad de todas sus actuaciones.

#### 4.- POR LA COMPETENCIA HACIA LA EFICIENCIA

La mayor parte de los sistemas sanitarios públicos ofrecen pocos incentivos tanto para los consumidores (pacientes) como para los proveedores (médicos), para estimular la eficiencia. La efi-

ciencia necesita ser estimulada, no puede ser asumida. Por ello la mayoría de las reformas de los sistemas sanitarios públicos incorporan en sus propuestas mecanismos de competencia e incentivos que promuevan la adaptación de la calidad y composición de los servicios sanitarios a la demanda de la población. Se trata de alcanzar simultáneamente los objetivos de eficiencia y equidad combinando las ventajas del mercado con las del Estado de Bienestar. Para ello, sin modificar los principios de igualdad de acceso en función de necesidad de cuidados que proporciona una financiación pública, se necesita establecer mecanismos de competencia entre los productores públicos, e incluso, entre éstos y los privados, en la línea de crear “mercados internos” propuesto en el Informe Abril Martorell.

De esta manera la función de demanda se reparte entre dos agentes: un comprador que actúa en nombre del consumidor negociando contratos con los productores (precios y cantidades de los servicios) y controlando la ejecución del contrato, especialmente el nivel de calidad de la atención; y los consumidores que elegirían entre los distintos productores (hospitales) que competirán entre sí por atraer pacientes a través de su médico de cabecera.

Esta reforma precisa, además de la consideración de los hospitales públicos como empresas, con autonomía de gestión y mayor grado de descentralización, aspectos sobre los que no voy a incidir por no ser tema de esta mesa, una estandarización del producto de los servicios sanitarios y un desarrollo importante de los sistemas de información.

## 5.- SISTEMAS INTEGRADOS DE INFORMACIÓN

Desde el punto de vista de la información, los hospitales españoles se habían caracterizado por haber desarrollado diversos sistemas de información a partir de distintas fuentes: área económica, área de personal, actividad hospitalaria... que acababa agrupándose en función de su utilización en dos grupos casi antagónicos: información médica e información administrativa.

Evidentemente el desarrollo independiente de estas áreas tiene una utilidad muy limitada para el gestor en la medida en que, diagnosticando un problema en una de ellas, no tiene orientación alguna respecto de las repercusiones que sus acciones sobre la misma tendrán en las otras.

Nadie puede negar que en los últimos tiempos se ha producido en los hospitales públicos españoles un salto espectacular respecto a la cantidad y calidad de la información manejada, tampoco es desdeñable el avance producido en el establecimiento de circuitos y documentos que canalizan la información e incluso es muy destacable su automatización mediante la utilización de aplicaciones informáticas, pero quizás el aspecto más destacado que se ha producido es la superación de la dualidad información médica frente a la información económica.

Hoy no se puede hablar de control del gasto sanitario ni de evaluación de la calidad y eficiencia de la atención prestada, sin establecer previamente un sistema de información integrado que permita identificar y evaluar adecuadamente el producto de la actividad hospitalaria en relación con los recursos utilizados y su coste.

En este campo los esfuerzos para reunir en un mismo sistema información de diversas fuentes son muy recientes en los hospitales públicos y en ello ha jugado un papel destacado el proyecto SIGNO y la Subdirección General de Gestión Analítica y Costes como dinamizador del cambio, aportando nuevas herramientas de gestión a los hospitales, lo que en palabras de Ángel Pérez pronunciadas en las I Jornadas de Gestión y Evaluación de Costes Hospitalarios, permitirá afrontar el reto de un nuevo escenario determinado por la búsqueda de la eficiencia de los servicios asistenciales como fórmula para competir por la asignación de recursos.

Sin duda los pasos dados en este terreno han sido importantes: definición y delimitación de Grupos Funcionales Homogéneos (GFH), Servicios y Áreas Funcionales de los hospitales, Identificación de costes y organización del gasto. Determinación de los sistemas de imputación (facturación) entre unidades. Estandarización mediante catálogos de productos y Unidades Relativas de Valor. Homologación de los sistemas de información interhospitalarios mediante la realización de auditorías (embrión de la futura acreditación hospitalaria), que aseguren la comparación del producto sanitario y sus costes.

Ahora bien, dicho todo esto queda pendiente el gran reto, la asignatura pendiente, y es que todo este arsenal de información, de gestión analítica, incida en el comportamiento de nuestra organización, fundamentalmente en el gran agente decisor del uso de los recursos sanitarios que es el médico.

## 6.- PRESUPUESTOS Y EFECTIVIDAD CLÍNICA

La constante de toda mi exposición es introducir la conciencia de coste. Por el lado del usuario del hospital público, dada la ausencia de precio, procurando, en palabras de Barsky, que las expectativas de la población respecto a la Medicina no crezcan más que sus posibilidades, a fin de evitar la paradoja de que una efectividad cada vez mayor vaya acompañada de una insatisfacción creciente. En este sentido probablemente podría colaborar la emisión de facturas-sombra.

Por el lado del médico, como forma de aplicar consideraciones de eficiencia en la práctica clínica. Para ello no hay fórmulas mágicas, sin duda se precisa una reforma del marco laboral y la recuperación del presupuesto como instrumento de gestión, pero además hay que admitir de una manera clara que si el médico es quien asigna recursos, debemos trasladarle la realidad de

unos recursos limitados a través de la configuración de presupuestos clínicos por servicio que determinen los medios diagnósticos y terapéuticos disponibles y la actividad por realizar. Se trata que en el presupuesto, por ejemplo, de Cirugía General no figuren tan sólo los recursos necesarios para que la hospitalización y la consulta externa de Cirugía funcione, sino también la parte que corresponde de Quirófanos, Anestesia, Radiología, Laboratorios, Anatomía Patológica, Farmacia, etc.

Dado que sin efectividad no hay eficiencia y como dice V. Ortún: Cuando la efectividad de algunos procedimientos no está probada, cuando la de otros muchos es subjetiva, cuando existen grandes diferencias no explicadas en tasas quirúrgicas y de hospitalización no queda otro remedio que fomentar el análisis coste/efectividad y la investigación epidemiológica aplicada como fórmula de mejorar la efectividad, que a su vez sirva para la consecución de la eficiencia social, entendida sobre la base de la ampliación de la Ética Médica individual, actualmente imperante, para incluir la preocupación por el Bien Común, que lleve al médico a considerar el bienestar de todos los pacientes potenciales del sistema.

De que encontremos un camino adecuado depende la salud de nuestro sistema hospitalario público. Es una empresa a la que vale dedicar una gran parte de nuestros esfuerzos.