

## SISTEMAS DE INFORMACIÓN SANITARIOS Y ASIGNACIÓN DE RECURSOS EN LOS HOSPITALES DEL S.A.S.

PONENTE: D. JUAN GOICOECHEA SALAZAR, *Jefe de Servicio de Gestión Asistencial, Servicios Centrales S.A.S.*

### 1. LA FINANCIACIÓN HOSPITALARIA EN EL SERVICIO ANDALUZ DE SALUD. CARACTERÍSTICAS GENERALES Y ANTECEDENTES

Entendemos como financiación la asignación presupuestaria, que la Dirección del Servicio Andaluz de Salud (SAS) establece, para que el nivel de gestión de recursos (Distritos y Hospitales) mediante acuerdos o contratos con sus Unidades Clínicas preste asistencia sanitaria a los ciudadanos en un marco de servicio público, asegurando la calidad científico-técnica de las prestaciones, la satisfacción de los usuarios y el aprovechamiento óptimo de los recursos.

Los criterios de financiación deben entenderse como elementos de regulación básica, coherentes e integrados con otros aspectos reguladores como la ordenación de recursos y la oferta de servicios, (reflejando así la capacidad que el comprador tiene de valorar las necesidades y demandas públicas de servicios).

No hay que olvidar además que los servicios sanitarios trabajan para un usuario cada vez mejor informado y capaz de ejercer elecciones respecto a su propia salud y a la utilización de los servicios sanitarios, por lo que los criterios de financiación deben contemplar el ejercicio del derecho de libertad de elección y valorar de forma especial la actividad que se realice para ciudadanos que elijan un centro asistencial distinto al previsto en la ordenación inicial de recursos.

### ■ Características generales

De acuerdo con estas líneas el SAS articuló para 1998 un modelo de financiación prospectivo que mediante un presupuesto global limitado permitiera el control de los costes del sistema frente a los modelos de pago por proceso.

El modelo contempló como bases fundamentales de la financiación hospitalaria tanto la actividad que estos deberían desarrollar en el ejercicio como sus características estructurales.

Los objetivos de actividad se fijaron mediante un proceso negociado entre los SSCC del SAS y sus hospitales. Se limitaron determinadas áreas de actividad y se propició el crecimiento de servicios y líneas de productos de demostrada eficacia, eficiencia y calidad. Una vez finalizado este proceso, los objetivos de actividad quedaron cerrados para cada hospital.

Mediante la tasación de la actividad a un precio unitario para el conjunto de la red, se buscó minimizar costes para volúmenes pactados de actividad.

El modelo de financiación considera que las características estructurales de los hospitales y su capacidad instalada constituyen un factor de discriminación de los costes en que incurren estos. Del mismo modo debe ser una función del modelo asegurar la equidad en el acceso a las prestaciones e impedir la selección de riesgos por parte de las instituciones.

Ante la dificultad inicial de identificar este componente estructural, se optó por mantener un porcentaje de financiación histórico elevado (70%) que amortiguara los riesgos de un modelo basado exclusivamente en la valoración de la actividad. A pesar de ello, el modelo de financiación expuesto implicó cierto traslado de riesgos del financiador al proveedor de servicios y contempló un período de ajuste para que dicho traslado pudiera realizarse progresivamente. A tal objeto se introdujeron los conceptos de subvención y de plan de ajuste o viabilidad para el ejercicio.

Se diseñó asimismo un sistema de seguimiento y evaluación del modelo de financiación que con periodicidad mensual informa sobre la evolución del mismo.

#### ■ Antecedentes

El desarrollo de este modelo se gesta a partir de distintos procesos que han venido desarrollándose en los últimos tiempos en nuestro entorno, entre los que cabría destacar:

El desarrollo de sistemas de información que han permitido una mejor identificación de los productos hospitalarios y de los costes de los mismos. En concreto, la puesta en funcionamiento desde 1992 del Conjunto Mínimo de Datos Básicos Andaluz (CMBDA) y la aplicación de técnicas de agrupación de pacientes, han permitido identificar, en el ámbito de la hospitalización, pacientes con similares características clínicas y de requerimientos de recursos, superando la innovación que en su día supuso la introducción de escalas relativas de valoración como la UPA o la EVA y sentando una base fundamental para el establecimiento de nuevos contratos entre la Gerencia del SAS y sus hospitales.

El programa de control de gestión hospitalaria (COANh) fue diseñado en 1993 como un siste-

ma de análisis de costes por servicio. El sistema, mediante la identificación de las relaciones entre las diferentes unidades productivas de los hospitales permite obtener los costes de las mismas y vincularlos a la producción asistencial. El sistema ha hecho posible el desarrollo de contratos y la mejora en la distribución de recursos entre las distintas unidades productivas del hospital y ha permitido la tarificación de determinados productos sanitarios fundamentalmente en el ámbito de las unidades diagnósticas.

Los Contratos Programa, que desde 1992, han constituido el marco en que se han hecho explícitos los objetivos y presupuestos hospitalarios propiciando el desarrollo de metodologías para la vinculación de ambos. El Contrato Programa de 1997 introdujo la actividad (sí bien en un pequeño porcentaje) como uno de los factores determinantes de la financiación hospitalaria de ese año.

## 2. EL MODELO DE FINANCIACIÓN HOSPITALARIA EN 1998

### ■ Modelo general

El modelo se configura con los siguientes componentes:

- Presupuesto histórico
- Presupuesto por actividad
- Subvención
- Conceptos extraídos y nuevos servicios

Dentro del apartado histórico se han identificado algunos componentes de actividad (cuyos sistemas de información no son en la actualidad lo suficientemente precisos como para incluirlos y financiarlos dentro del apartado de actividad) como la hemodiálisis y las actividades diagnósticas realizadas para los dispositivos de Atención Primaria. Del mismo modo los objetivos de ingresos por cobros a terceros se consideran actualmente parte del apartado histórico.

La resultante de detraer al componente histórico estos conceptos se expresa como "financiación por ordenación de recursos".

## ■ FINANCIACIÓN HOSPITAL

### CUENTA DE INGRESOS

#### ACTIVIDAD PROPIA

INGRESOS

URGENCIAS NO INGRESADAS

PROCESOS CONSULTA JERARQUIZADA

PROCESOS CONSULTA NO JERARQUIZADA

CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA

HEMODIALISIS

#### ACTIVIDAD DE ATENCION PRIMARIA

RADIOLOGIA DISTRITOS

ANALITICA DISTRITOS

FACTURACION A TERCEROS

ORDENACION DE RECURSOS

SUBVENCION

SUBTOTAL

#### CONCEPTOS EXTRAIDOS

AMBULANCIAS

OXIGENOTERAPIA

RNM

TAC

MIR/EE/UD

ACTIVIDADES FORMACION

TOTAL INGRESOS

### CUENTA DE GASTOS

CAPITULO I (31A) EXCEPTO CUOTAS

CAPITULO I (31A) CUOTAS

CAPITULO II (31A)

SUBTOTAL

AMBULANCIAS

OXIGENOTERAPIA

RNM

TAC

MIR/EE/UD

ACTIVIDADES FORMACION

TOTAL GASTOS

BALANCE

## ■ Metodología para la determinación de la actividad

Se elaboró una propuesta inicial de objetivos de actividad para 1998 por los SSCC del SAS que una vez negociados con cada uno de sus hospitales fueron traducidos a una unidad común de medida (puntos GDR) según la siguiente metodología:

### ● Hospitalización:

Se tuvieron en cuenta el número de ingresos pactados y el índice casuístico (IC) de los hospitales. El IC se determinó a partir del CMBD de 1996 y del periodo disponible de 1997 procesados con la versión 12 de los GDRs y sobre la base de estos dos parámetros se estableció el objetivo de puntos en el ámbito de la hospitalización según la siguiente fórmula:

Puntos GDR de hospitalización = Número de Ingresos x IC

### ● Otras Actividades:

La actividad objetivo en las áreas de urgencias no ingresadas y consultas externas se tradujo a puntos GDR similares a los de hospitalización tras buscar la equivalencia entre esta escala y la de la EVA (unidad de valoración andaluza de similares características a la UPA en que tradicionalmente se han medido estas actividades).

Para ello se comparó la actividad desarrollada en 1996 en hospitalización medida en ambas escalas. Los puntos GDR resultaron de multiplicar el total de ingresos del conjunto de los hospitales por el índice casuístico de ese año. El número de EVAs resultó de aplicar la siguiente tabla de equivalencias al ámbito de la hospitalización:

	EVAS
Estancias Médicas	1,00
Estancias Quirúrgicas	1,00
Estancias Obstétricas y Ginecológicas	1,20
Estancias Pediátricas	1,30
Estancias UCI	5,80
Urgencias no ingresadas	0,30
Primeras consultas	0,25
Consultas sucesivas	0,15
Intervenciones Ambulatorias	0,25
Intervenciones con Ingreso	5,00
Cirugía Mayor Ambulatoria	10,00

Obteniéndose los siguientes resultados:

EVAS HOSPITALIZACION 1996	6.479.987
INGRESOS INIHOS 1996	554.966
IC CMBDA1996 (PESOS GDR V12)	1,18
PUNTOS GDR 1996	652.512
1 EVA ~ PUNTOS GDR	0,10

El objetivo de **Urgencias No Ingresadas** para cada hospital en 1998, se tradujo a puntos estándar mediante la siguiente equivalencia:

Puntos GDR de Urgencias No Ingresadas = Número de Urgencias no Ingresadas x 0,03

La actividad de **Cirugía Menor Ambulatoria** no se incluyó en el Contrato Programa de 1998, dado que los registros de los últimos años recogían procedimientos de muy diversa índole y en muchos casos banales.

En el ámbito de las **Consultas Externas** los objetivos se expresaron como "Procesos de Consulta" que incluían una primera visita y un número determinado de sucesivas según la siguiente relación:

Proceso de Consulta Jerarquizada = 1 primera consulta + 2 sucesivas

Proceso de Consulta No Jerarquizada = 1 primera consulta + 0,75 sucesivas

Los Puntos GDR de los Procesos de Consulta Jerarquizada y No Jerarquizada se obtuvieron al

multiplicar el número de Procesos de Consulta de cada tipo por 0,05 y 0,03 respectivamente.

Los objetivos de **Cirugía Mayor Ambulatoria** se ponderaron con los mismos puntos GDR que sus homólogos más frecuentes dentro del ámbito de la hospitalización según la siguiente relación:

PROCESOS	PESOS
HERNIAS PARED ABDOMINAL	0,6691
VARICES	0,7767
TUMOR BENIGNO DE MAMA	0,7095
HALLUX VALGUS	1,1226
ENFERMEDAD DE DUPUYTREN	0,8259
LIBERACION DEL TUNEL CARPIANO	0,6443
CATARATAS	0,8158
AMIGDALAS	0,5666
NODULOS CUERDAS VOCALES	0,4136
BLOQUEO TUBARICO	0,7721
VASECTOMIA	0,2522
FIMOSIS PEDIATRICA	0,3211
ACCESO VASC. PARA HEMODIALISIS	1,5400
LEGRADO UTERINO	0,4741
QUISTE PILONIDAL	0,5241
GALNGLIONECTOMIA	0,8259
FISTULA Y FISURA ANAL	0,5241
CRIPTORQUIDIA	0,6002
EXTRAC. MATERIAL OSTEOSINTESIS	0,6000
ARTROSCOPIA	0,7902

El total de puntos resultantes de traducir los objetivos de las áreas hasta aquí expuestas a unidades comunes se recoge en la tabla siguiente:

ACTIVIDAD	PUNTOS GDR	%
INGRESOS	654.031	71,28
URG. NO INGRESADAS	72.990	7,95
PROCESOS DE CONSULTA JERARQUIZADA	110.800	12,08
PROCESOS DE CONSULTA NO JERARQUIZADA	53.786	5,86
CMA	25.967	2,83
<b>TOTAL</b>	<b>917.574</b>	<b>100,00</b>

### ■ Asignación Presupuestaria

La asignación presupuestaria inicial se configuró como la suma de los componentes histórico y de actividad.

El componente histórico aseguró a cada hospital el 70 % de su gasto real en 1997 en los capítulos I y II más el incremento porcentual que para 1998 se determinó para cada uno de estos.

El componente de actividad financió los puntos de actividad pactados a precio unitario (precio medio) y globalmente constituyó el 30 % del total del presupuesto de los hospitales de 1998 (sin incluir conceptos extraídos y nuevos servicios).

TAS. DE LA ACTIVIDAD	PUNTOS	PTAS.
PUNTO GDR	1,00	114.177
INGRESO TIPO	1,22	139.409
URGENCIA	0,03	3.425
PROCESO JERARQUIZADO	0,05	5.709
PROCESO NO JERARQU.	0,035	3.996
CMA TIPO	0,63	72.021
RADIOLOGIA		2.200
ANALITICA		559
HEMODIALISIS		19.147

En el caso de algunos hospitales, la asignación inicial fue inferior a la que hubiera resultado de una distribución puramente histórica del presupuesto y en otros casos superior.

A los hospitales que consiguieron un superávit según este modelo, se les aseguró el 100 % de la financiación histórica, si bien los márgenes de negociación al alza (por ejemplo la creación de servicios nuevos) fueron más flexibles que en el resto.

Los hospitales cuya financiación resultó deficitaria en comparación con una distribución histórica pura, fueron en algunos casos subvencionados en función de los resultados del proceso de negociación del Contrato Programa (con un

techo máximo del 100% de su presupuesto histórico). La diferencia entre el presupuesto final (modelo + subvención) y el presupuesto histórico puro representa el esfuerzo que debe realizar el hospital en 1998 para ajustarse progresivamente al modelo. El hospital debe en estos casos elaborar un "Plan de viabilidad para 1998" donde se recojan las medidas que le permitirán realizar dicho ajuste y su consolidación (anualidades) para sucesivos Contratos Programa.

La financiación por conceptos extraídos y por nuevos servicios se añadió con posterioridad al modelo resultante.

### 3. DESARROLLO FUTURO Y NECESIDADES DE INFORMACIÓN

La aproximación al componente estructural mediante el mantenimiento de un porcentaje de financiación histórico es quizá el factor más cuestionable del modelo de financiación expuesto y su inexacta valoración pudiera estar provocando falsas posiciones de eficiencia relativa de los distintos hospitales. Mediante el porcentaje histórico se financia actualmente la actividad que desarrollan los hospitales y que no se recoge, o se recoge mal, en los sistemas de información existentes, los componentes estructurales propiamente dichos y las posibles ineficiencias del hospital.

Es necesario por tanto realizar un esfuerzo que permita identificar y separar de este bloque la actividad que desarrollan los hospitales y que en Andalucía se centrará en las siguientes áreas:

- Hospital de Día Medico (listado básico para el Contrato Programa de 1999)
- Ampliación del listado de CMA (Contrato Programa de 1999)
- Cirugía Menor Ambulatoria (listado básico para el Contrato Programa de 1999)

- Actividad desarrollada en Observación de Urgencias
- Hospitalización Domiciliaria
- Pacientes Crónicos
- Actividades de algunos dispositivos de Salud Mental
- Procedimientos Diagnósticos
- Hemodiálisis
- Identificación de pruebas diagnósticas realizadas para Atención Primaria
- Consultas externas
  - Mejoras en la identificación de primeras consultas y sucesivas
  - Identificación de ratios primeras sucesivas por especialidades
  - Identificación de consultas solicitadas por Atención Primaria
- Mejorar la calidad del CMBDA y COANh

Con relación a los componentes estructurales propiamente dichos, y sin abandonar los abordajes que permitan la determinación de las características y tipología estructural de los hospitales de la red, el SAS ha desarrollado una aproximación posibilista a corto plazo basada en varias estrategias simples:

- La Identificación particularizada de algunos componentes estructurales de cada hospital y su tratamiento como conceptos extraídos del modelo de financiación (existencia de Servicios Especiales de Urgencia, liberados sindicales, personal en nómina que trabaja en otros dispositivos,...)
- Aproximación al coste de algunos componentes estructurales mediante su identificación con los denominados Centros Básicos en el COANh
- Identificación de determinadas actividades de referencia y su financiación al margen del componente de actividad