

LA MEJORA DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN LAS CCAA



¿Qué papel juega el análisis del rendimiento de lo sistemas sanitarios?

Dr. Juan del Llano
Director

Barcelona, 11 de junio 2008



ÍNDICE

1. Justificación
2. Experiencias internacionales
3. Aplicabilidad al contexto español
4. Propuestas de mejora
5. Conclusión
6. Perspectivas futuras



I. Justificación (I)

Tres requisitos para que los sistemas sanitarios consigan sus fines:

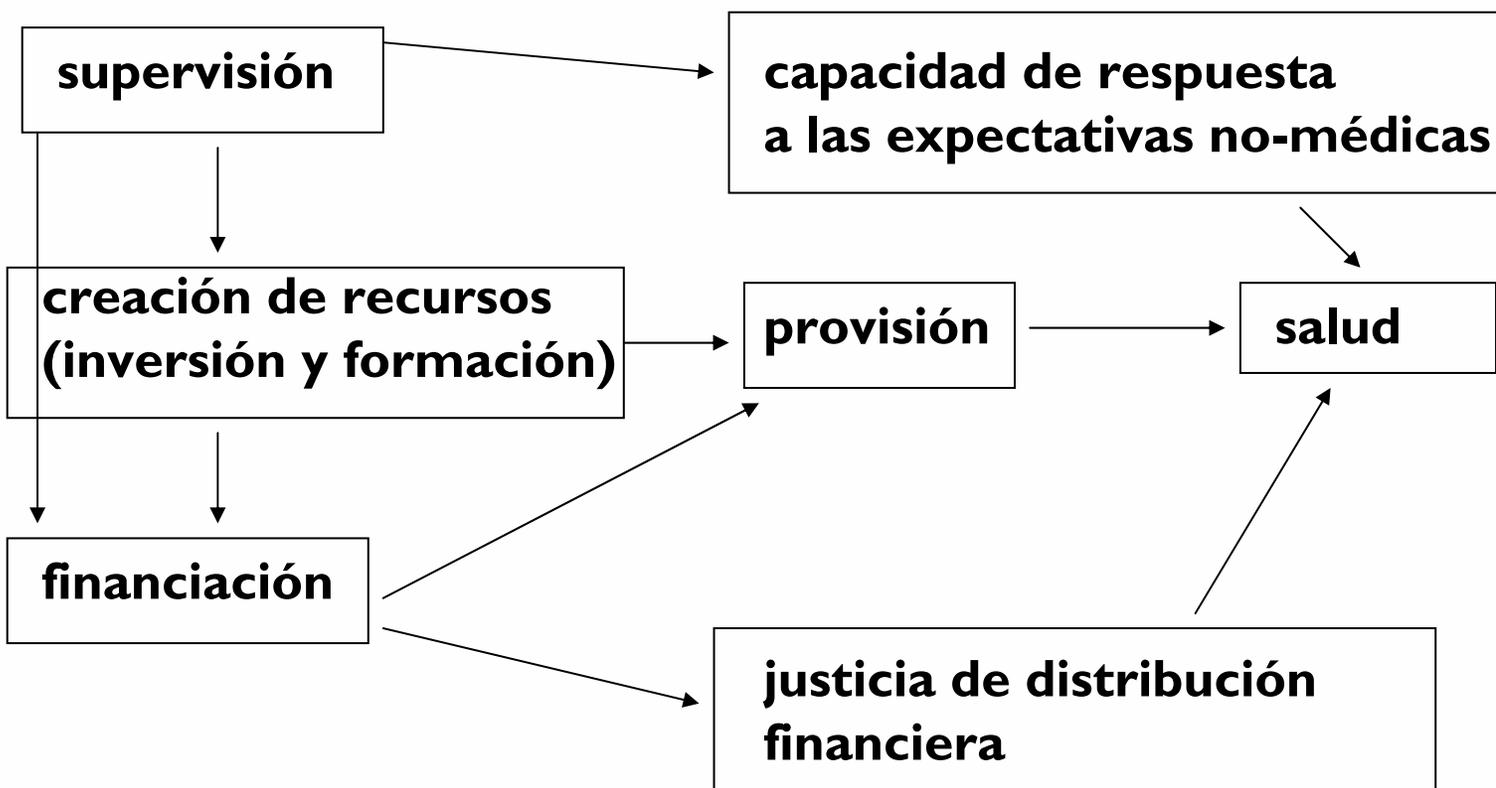
- Asegurar **recursos** suficientes y estables: financiación y otros “inputs” (médicos, infraestructuras, tecnologías, etc)
- Gobernar los **procesos**
- Producir unos **servicios**



I. Justificación (II)

FUNCIONES DEL SISTEMA

METAS



I. Justificación (III)

DISTINCIONES CLAVE

LOGRO: valor absoluto de lo conseguido

DESEMPEÑO: lo conseguido frente a los recursos empleados

POTENCIAL: el máximo alcanzable con los recursos disponibles



I. Justificación (IV)

DEFINICIONES

SEGUIMIENTO DEL DESEMPEÑO:

Proceso continuo de recogida y análisis de datos acerca de cuán bien una función de un sistema, proyecto, programa o política está siendo puesta en práctica.

EVALUACIÓN:

Uso sistemático de métodos de investigación para recoger información sobre el diseño, la puesta en práctica y los resultados de los proyectos, programas y políticas.



I. Justificación (V)

Los indicadores de desempeño pueden usarse por razones internas y/o externas.

RAZONES INTERNAS:

Relacionadas con las diversas funciones gestoras de la organización prestadora de servicios; aportan información gestora para monitorizar, evaluar o mejorar las funciones a largo o a corto plazo.

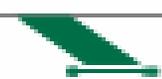
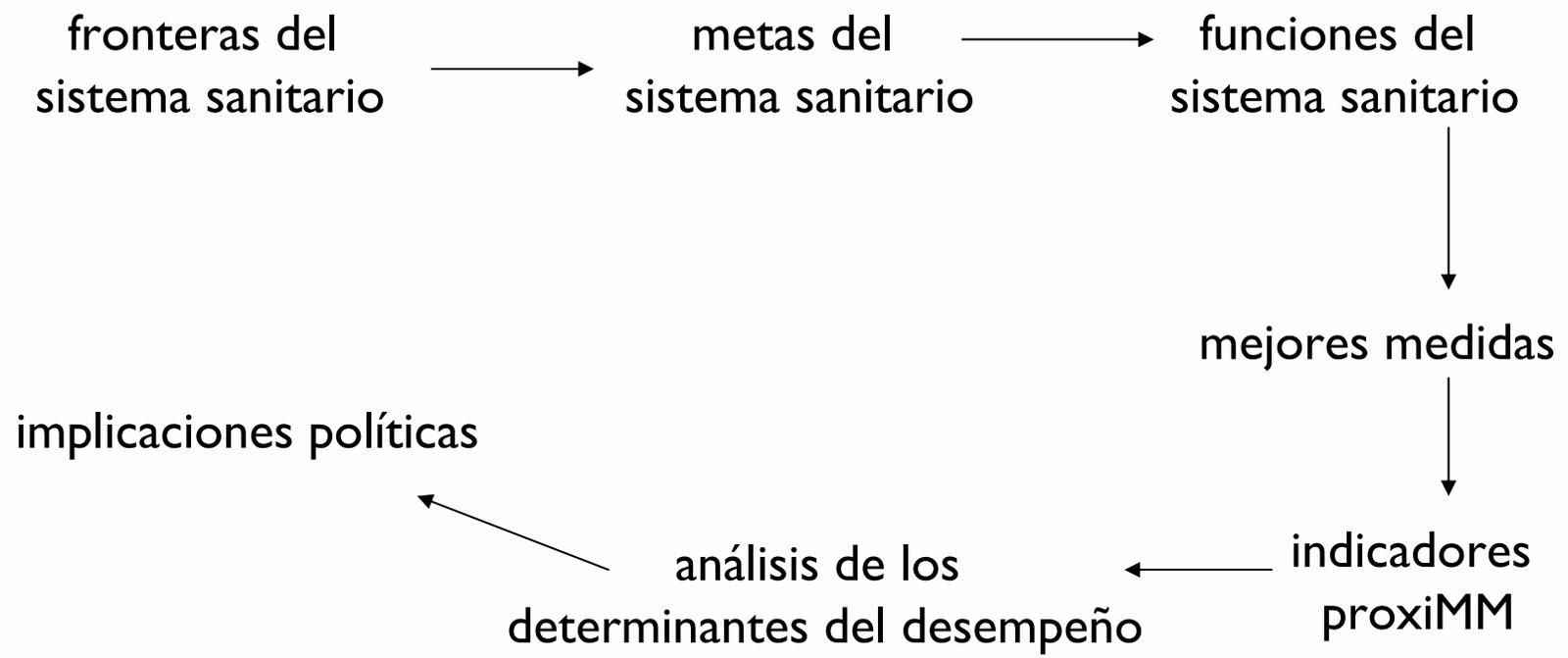
RAZONES EXTERNAS:

Relacionadas con rendir cuentas ante exigencias de otras partes implicadas, como el financiador (una aseguradora o el estado), los pacientes/consumidores y el público en general



I. Justificación (VI)

MARCO PARA ANALIZAR EN DESEMPEÑO DEL SISTEMA SANITARIO: Principales elementos:



I. Justificación (VII)

ANÁLISIS DEL DESEMPEÑO DEL SISTEMA: Conjunto de actividades que incluye:

- Medir que se consiguen las metas
- Medir los recursos internos y externos empleados para conseguir las
- Estimar la eficiencia con que se usan los recursos para alcanzar esos resultados
- Evaluar en qué forma las funciones del sistema influyen en los logros y en la eficiencia observados
- Diseñar e implementar políticas para mejorar esos logros y la eficiencia



I. Justificación (VIII)

■ METAS INTERMEDIAS

- Carga de enfermedad, mortalidad específica por causas, factores de riesgo, morbilidad (estimaciones de prevalencia según ICD10)
- Cobertura efectiva (de un conjunto de intervenciones clave)
- Calidad (seguridad del paciente, calidad de la asistencia en régimen de ingreso y en consulta externa)
- Acceso (geográfico, tasas de utilización, conducta de búsqueda de asistencia en relación a la necesidad)
- Elección del proveedor
- Eficiencia técnica (ocupación de camas, duración de la estancia, mezcla de habilidades de los recursos humanos, productividad de los proveedores, tasas de prescripción de los genéricos, etc)
- Eficiencia ubicativa (coste-efectividad en la compra de servicios)
- Mezcla publico-privado en la financiación (fracción en la participación del gobierno, tamaño del pago de bolsillo)
- Grado de puesta en común de los riesgos y de pre-pago (fracción del gasto privado prepagada, fragmentación de los pools de riesgos, etc).



I. Justificación (IX)

MARCO DE UN SISTEMA SANITARIO

FUNCIONES DEL SISTEMA

supervisión

creación de recursos
(inversión y formación)

provisión

financiación

METAS

salud
(nivel y equidad)

capacidad de respuesta
a las expectativas no-médicas

Protección financiera y
distribución justa de las
cargas de la financiación

eficiencia



I. Justificación (X)

Otros requisitos a considerar:

- La salud en el individuo afecto (“outcomes”)
- La salud de otros (externalidades +)
- La economía de otros (^ bienestar social)
- El mayor gasto sanitario no siempre merece la pena. Normalmente, el mayor gasto **sí** merece la pena pero, a veces la asistencia sanitaria necesaria no se recibe adecuadamente o existe una variabilidad en su práctica que no explica el azar. Ejemplos: Atlas de Variabilidad de la Práctica Médica y EPIMED.
- Con la tecnología y los recursos disponibles, los Sistemas Sanitarios intentan reducir la distancia entre **lo que puede hacerse** (eficacia- condiciones ideales) y **lo que realmente se hace** (efectividad-condiciones reales).



I. Justificación (XI)

- No existe una ecuación sencilla que muestre un adecuado equilibrio entre bajo **coste** y alta **calidad**. No existe ningún sistema de salud perfecto.
- Lo esencial **no es cuánto** se gasta **sino cómo** se gasta: las mejoras en la calidad pueden reducir costes (ej., el empleo de trombolíticos o administración de AAS en pacientes con IAM) o no (ej., el empleo de lidocaína en el IAM).



I. Justificación (XII)

Se establecen **índices para medir el desempeño** de los sistemas.

Esos índices deben reflejar:

- El estado de salud de la población
- La capacidad de respuesta del Sistema Sanitario a las expectativas de la población
- El uso eficiente de las partidas presupuestarias del Gasto Sanitario Público



I. Justificación (XIII)

No obstante, la **construcción de medidas de desempeño** afronta tres retos:

1. Los outputs del sector sanitario son difíciles de medir y monitorizar.
2. La medición de la calidad asistencial es compleja.
3. Es deseable agregar esos outputs en un solo índice que permita medir, seguir en el tiempo y comparar entre sistemas.



2. Experiencias internacionales (I)

Informes relevantes

International Working Group on Quality Indicators, The Commonwealth Fund, 2004.

Indicadores de uso apropiado y efectividad (tasa de cribado de cáncer de mama, supervivencia observada por cáncer de mama a los 5 años), accesibilidad (dificultad en conseguir atención las noches y fines de semana), continuidad y aceptabilidad (comunicación médico-paciente: importantes preguntas no contestadas y no preguntar opinión del paciente).



2. Experiencias internacionales (II)

Understanding Health System Performance of Leading Countries.

The Conference Board of Canada, 2004.

Muestra rankings sobre el estado de salud (mortalidad infantil, esperanza de vida, ev libre de incapacidad y percepción del estado de salud,...), outcomes (mortalidad por cáncer de pulmon, por IAM, por ACVA,...) y factores no médicos (peso, consumo de tabaco y alcohol, accidentes de tráfico, inmunizaciones,...).



2. Experiencias internacionales (III)

A high performance health system for the USA. The Commonwealth Fund Commission on a high performance health system, 2007.

Estrategias recomendadas:

- 1) Universalizar la cobertura médica
- 2) Alinear incentivos para premiar la atención sanitaria de alta calidad y eficiencia
- 3) Organizar el sistema sanitario para conseguir una atención sanitaria responsable y coordinada
- 4) Invertir en informar al público, en medicina basada en la evidencia y en la infraestructura necesaria
- 5) Monitorizar objetivos de rendimiento y prioridades de mejora y emitir recomendaciones institucionales.



2. Experiencias internacionales (IV)

*El Comité del Instituto de Medicina de los EEUU recomienda que el Congreso solicite al Secretario del US Department of Health and Human Services el establecimiento de un **Programa de Evaluación de la Efectividad Clínica**, único para todo el país, con autoridad y recursos y regido por 8 principios:*

1. **Rendición de cuentas:** responsable de cumplir estándares.
2. **Consistencia:** con procesos estandarizados para ser usados por pacientes, profesionales sanitarios, sociedades médicas, financiadores y compradores.
3. **Eficiencia:** que evite gasto y duplicación innecesaria.
4. **Factibilidad:** operativo en el mundo real, reconoce las implicaciones políticas, económicas y sociales.



2. Experiencias internacionales (V)

5. **Objetividad:** basado en la evidencia y sin sesgo, participación equilibrada, gobernanza, y estándares que minimizan los conflictos de interés.
6. **Capacidad de respuesta:** dirigido a suplir necesidades de información de los decisores, pacientes y profesionales de un modo ágil en el tiempo.
7. **Rigor científico:** con métodos claros para minimizar sesgos y brindar resultados reproducibles.
8. **Transparencia:** con métodos explícitos y consistentemente aplicados, disponibles para que el público pueda ver en qué datos se basan las decisiones.



2. Experiencias internacionales (VI)

National Performance Indicators System for the Dutch Health System, 2006.

Partiendo del modelo de Lalonde y de que el rendimiento no es sólo cuestión de “producir beneficios en salud” sino también de conseguir objetivos funcionales, este informe refleja indicadores de rendimiento en la asistencia sanitaria (valorando calidad y accesibilidad).

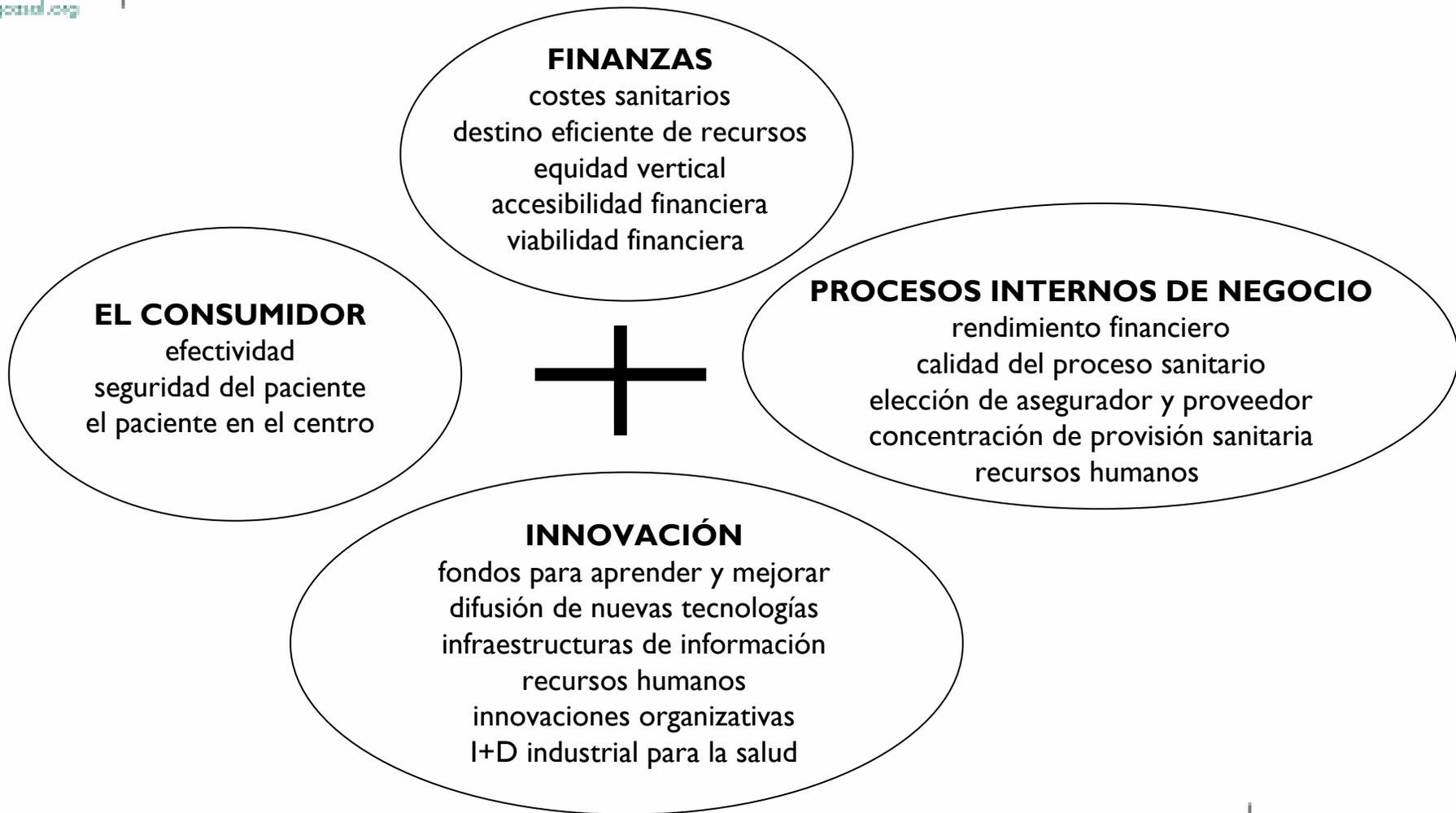
Son indicadores de rendimiento integrales, incluyendo la asistencia sanitaria, la prevención, las políticas intersectoriales, etc.

Se relaciona el “balanced scorecard” con toda la salud pública, incluyendo factores ambientales, físicos y de estilos de vida.



2. Experiencias internacionales (VII)

La medida del rendimiento del sistema sanitario holandés interrelaciona:



2. Experiencias internacionales (VIII)

NHS pay modernisation: New contracts for General Practice Services in England. National Audit Office, 2008.

Este contrato vincula casi un tercio de las retribuciones de los médicos generales a sus puntuaciones en 146 indicadores de calidad y eficiencia.

Las evaluaciones de este nuevo contrato apuntan a una espectacular mejora en los indicadores evaluados, aunque no es mérito exclusivo de esta acción sino más bien la continuación de una tendencia establecida años antes, en consonancia con los importantes incrementos presupuestarios .



2. Experiencias internacionales (IX)

Health at a glance, OCDE, 2007.

Tendencias y datos comparables sobre diferentes aspectos del rendimiento de los sistemas sanitarios en los países de la OCDE.

Muestra las enormes variaciones existentes en indicadores de estado de salud (expectativa de vida, mortalidad, salud percibida, etc) y riesgos sanitarios, así como de los inputs y outputs de los sistemas (recursos y su utilización, gasto y financiación sanitaria, calidad de la atención sanitaria, etc).



2. Experiencias internacionales (X)

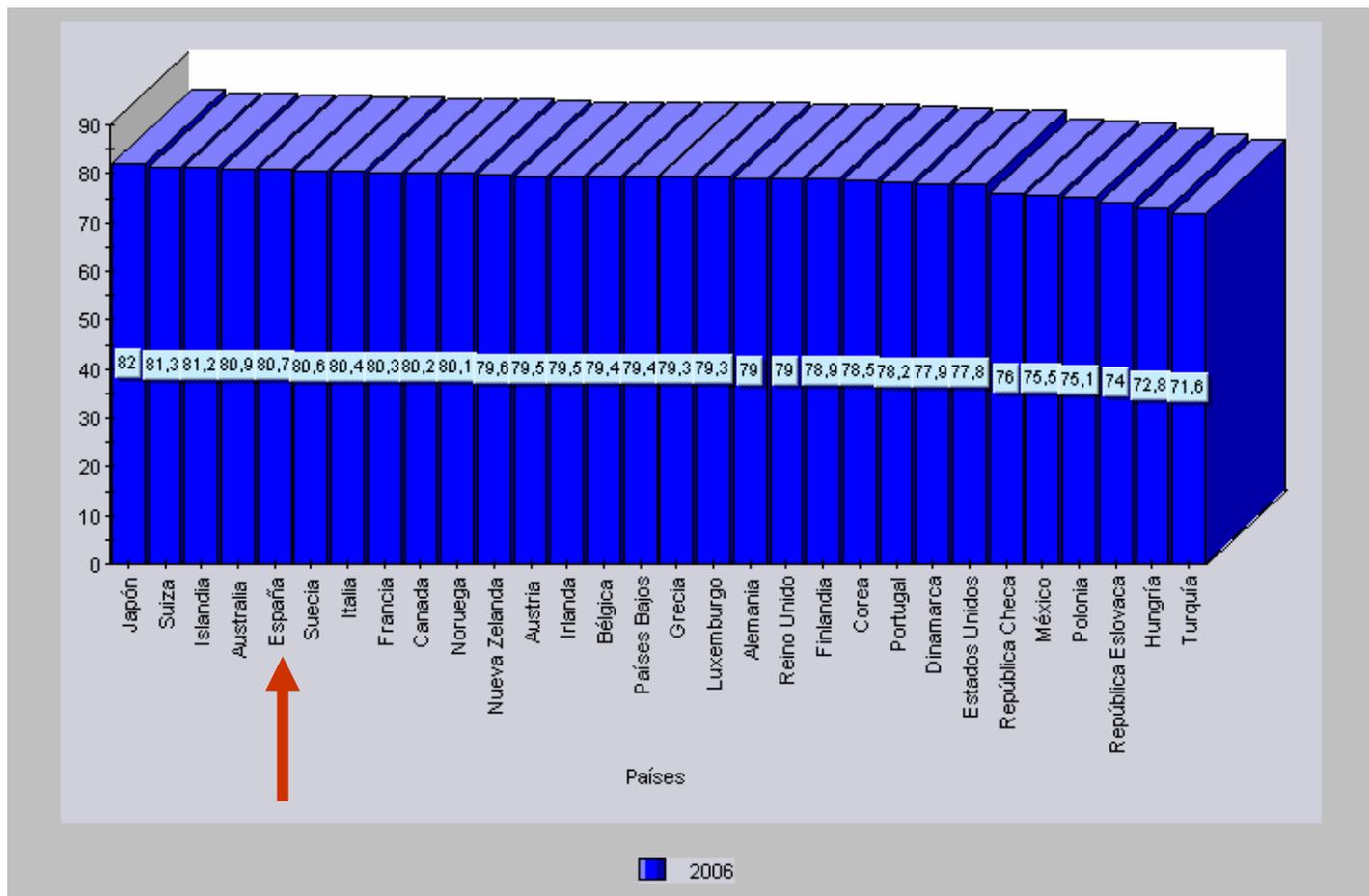
INDICADORES OCDE DEL FUNCIONAMIENTO DE LOS SISTEMAS SANITARIOS

- ✓ Esperanza de vida y esperanza de vida libre de incapacidad al nacer
- ✓ Esperanza de vida y esperanza de vida libre de incapacidad a los 60 años
- ✓ Mortalidad infantil
- ✓ Años de vida potencialmente perdidos
- ✓ Consumo anual de alcohol por persona
- ✓ Tomógrafos computerizados, unidades de resonancia magnética y equipos de radioterapia por millón de habitantes
- ✓ Camas de agudos por mil personas
- ✓ Días de hospitalización por persona
- ✓ Estancia media en hospitales de agudos
- ✓ Gasto Sanitario Público y total por persona
- ✓ Gasto Sanitario como proporción del PIB



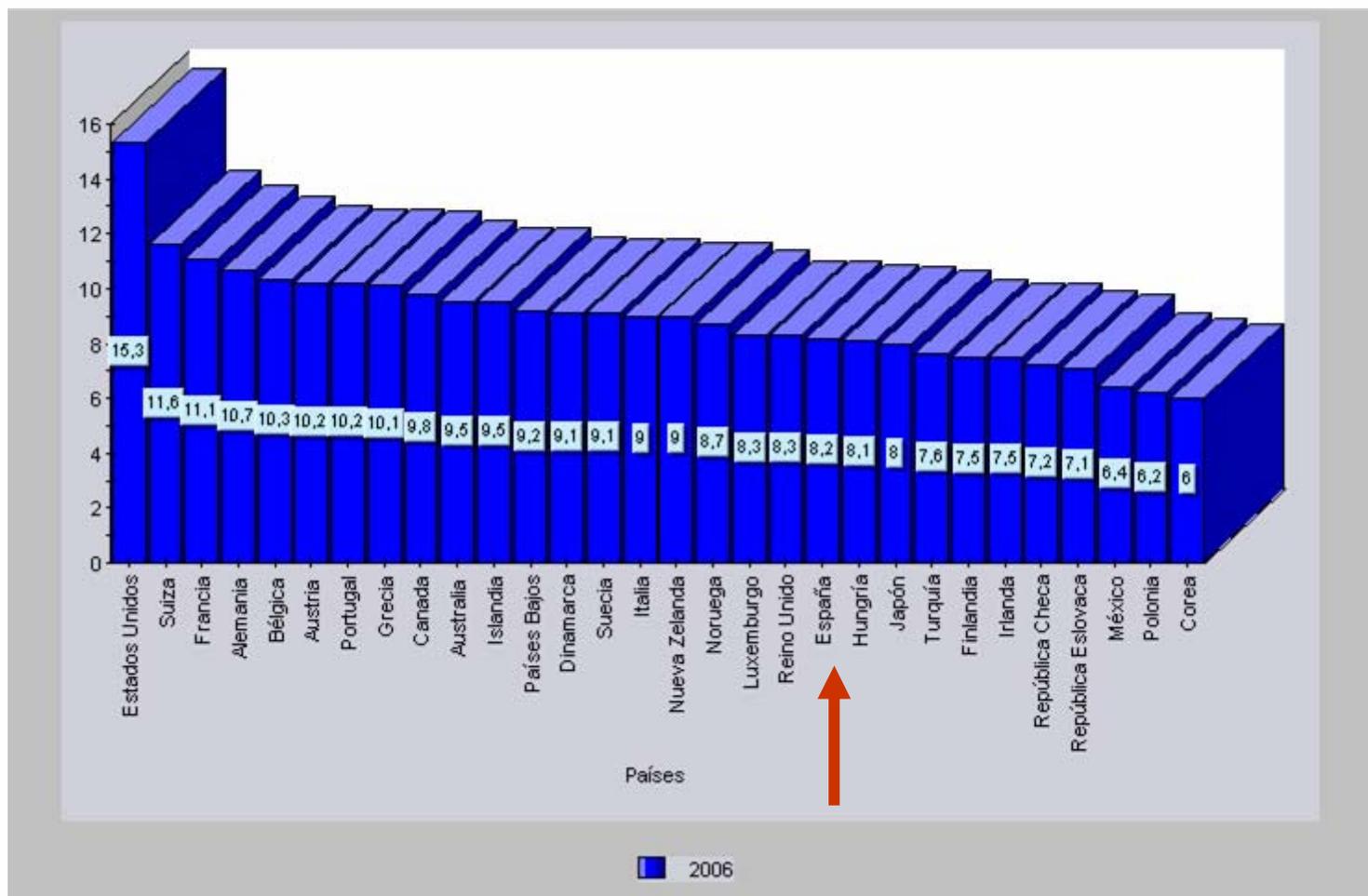
2. Experiencias internacionales (XI)

Esperanza de vida al nacer- años (OCDE, EcoSalud 2007)



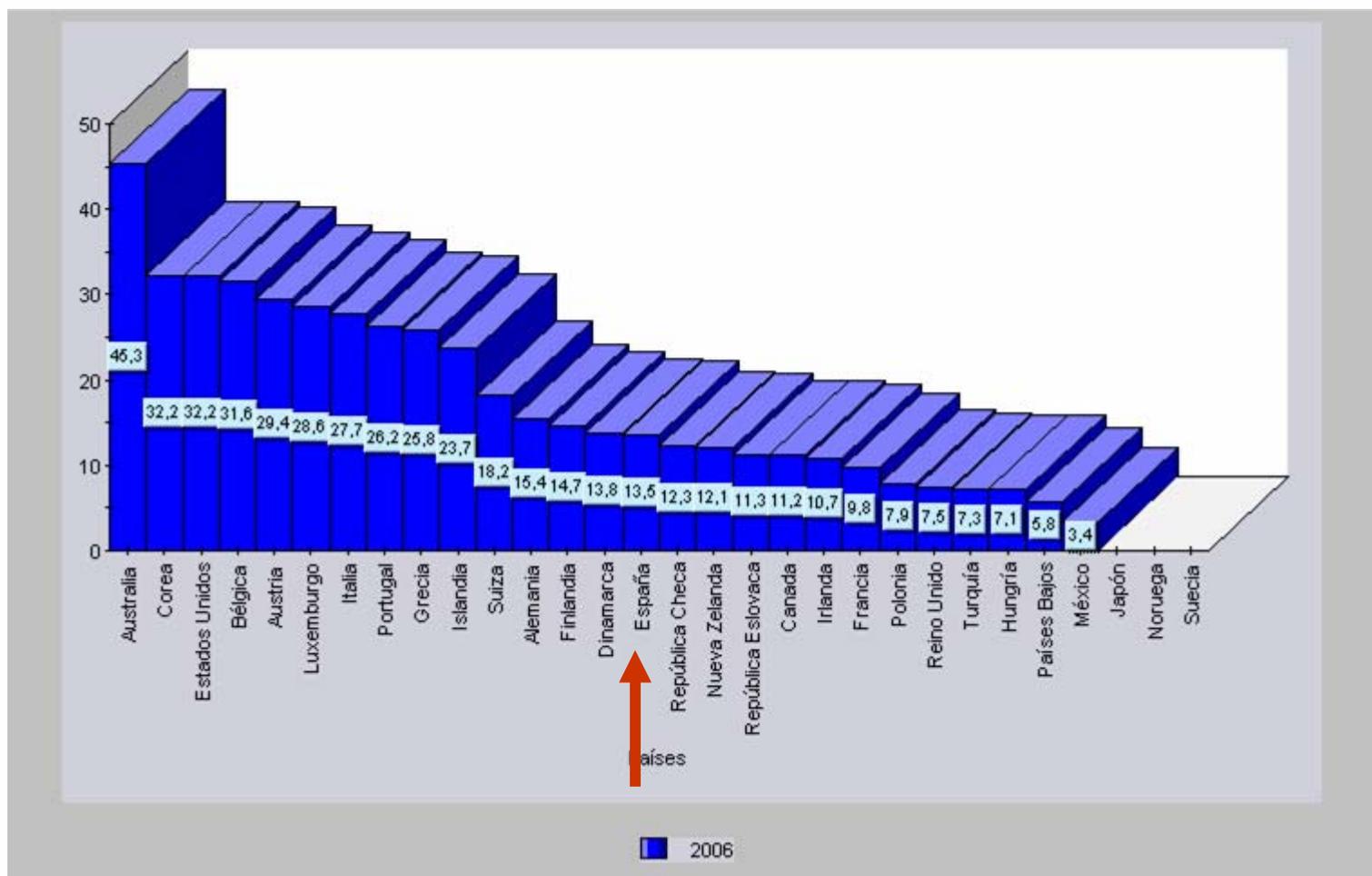
2. Experiencias internacionales (XII)

Gasto total en salud- % PIB (OCDE, EcoSalud 2007)



2. Experiencias internacionales (XIII)

Núm de tomógrafos /millón hab. (OCDE, EcoSalud 2007)



2. Experiencias internacionales (XIV)

WHO's Statistical Information System: <http://www.who.int/statistics>

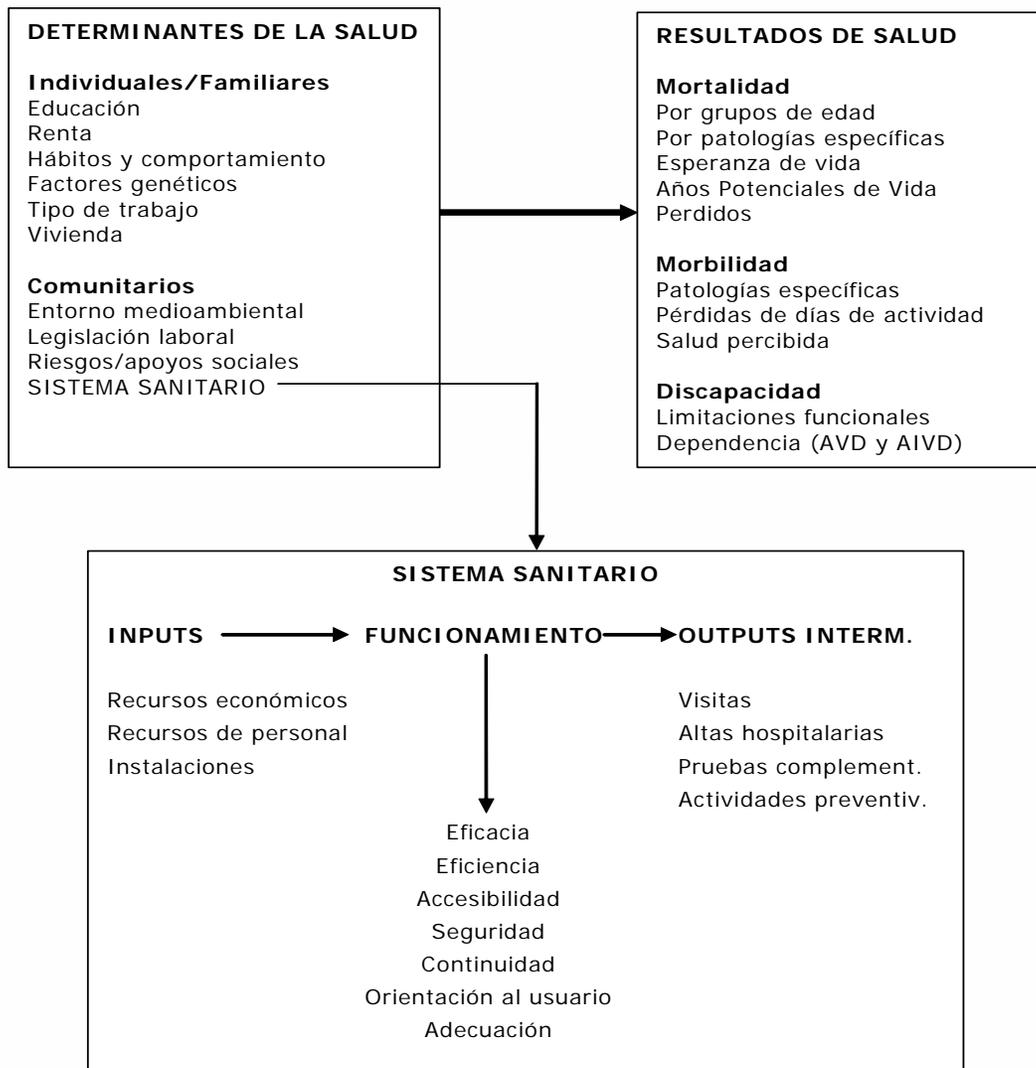
WHOSIS 2008

- Las diez señales en estadísticas de salud a nivel global
- Mortalidad y carga de enfermedad
- Cobertura de servicios sanitarios
- Factores de riesgo
- Recursos de los sistemas de salud
- Inequidades en el cuidado de la salud y “outcomes”
- Estadísticas demográficas y socioeconómicas



3. Aplicabilidad al contexto español (I)

Conocer el estado de salud y sus determinantes en las CCAA



3. Aplicabilidad al contexto español (II)

España: Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo.

Plan de Calidad 2006-2008

Surge tras la Conferencia de Presidentes de noviembre de 2005, con la finalidad de modernizar y garantizar la calidad del SNSE.

La Agencia cuenta con una Oficina de Planificación y con un Instituto de Información Sanitaria.

Se ha conseguido pactar 105 indicadores clave del SNSE regionalizados.

http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/inclasSNS_DB.htm

Ejemplos:

Estado de salud percibido, esperanza de vida, índice de dependencia, prevalencia de sobrepeso y obesidad, tasa de cobertura vacunal...

3. Aplicabilidad al contexto español (III)

Las experiencias españolas:

Esquemas de “retribución variable”, como parte de los contratos de gestión (Atención Primaria) y los méritos de la carrera profesional (Hospitales).

Hay dos estudios empíricos en Cataluña: impacto de incentivos económicos relacionados con clima laboral y satisfacción de usuarios en AP; aplicación del *benchmarking* en los EAP.

Ante la falta de estudios nacionales consistentes que evalúen sus ventajas y limitaciones de los estudios que analizan el rendimiento de las organizaciones, sigue siendo un reto gestionar el pago por objetivos en el SNS.



4. Propuestas de mejora (I)

¿Cómo mejorar el rendimiento de los Sistemas Sanitarios?

1. Las **posibilidades de mejora** están limitadas por el pasado histórico y la dirección política, los juegos de suma cero, los intereses creados y las actividades de influencia (Vicente Ortún, RAE 2006).
2. Cierta dosis de **competencia** mejora la **eficiencia**.



4. Propuestas de mejora (II)

3. El *Managed Care* ha cambiado la forma en que los **proveedores** compiten:

- La contención de costes a través de la modificación del comportamiento de los médicos, incentivando la coordinación con especialistas en régimen ambulatorio.
- La selección y organización de los proveedores (más peso de la Atención Primaria).
- La forma de pago (más capitación y salario) y menor pago por servicio.
- El control de la utilización de los servicios/tecnologías (autorizaciones).



4. Propuestas de mejora (III)

4. La **competencia normativa** como esquema regulatorio con mecanismo de recompensa entre centros sanitarios similares sobre la base de la comparación del rendimiento:

A mayor eficiencia, mayores beneficios e incentivos para mejorar el rendimiento.

Sin embargo:

¿Cual es el 'benchmark' adecuado? (Top 20).

¿Cómo aplicarlo?: Financiación del input (IR-GRD, casuística); Financiación del output (criterios multidimensionales, esquemas de performance relativos como el holandés)



5. Conclusión

Es necesario **medir** y **comparar** la relación entre el diseño y la definición de las de un sistema sanitario y los resultados obtenidos, para así identificar **oportunidades de mejora** de funcionamiento y rendimiento, y así, re-diseñar **intervenciones sanitarias más efectivas**.



6. Perspectivas futuras

Perspectivas futuras del análisis del desempeño de los Sistemas Sanitarios

¿Más planificación?

¿Más elección?

¿Más responsabilidad individual?

¿Más valentía política?

¿Cambios en los incentivos del mercado de trabajo?

Las soluciones analíticas tienen sus dificultades en la implantación:

¿Qué factores están limitando la implantación y qué puede hacerse?

¿Cómo se está liderando el cambio?



GRACIAS POR SU ATENCIÓN

juan.delllano@fgcasal.org

www.fgcasal.org

