

Benchmarking de resultados en hospitales, una necesidad de salud



En esta última entrega de la serie “El poder de la información para transformar los servicios de salud”, se completa el análisis que hace Carles Illa, Principal Healthcare de IQVIA, sobre el concepto, la metodología y las posibilidades de resultados que ofrece el benchmarking al sector sanitario y sus hospitales.

Defensor de cuestiones como la implantación de la clasificación CIE-ES-10, la atención domiciliaria como continuidad asistencial y el futuro que prometen las Unidades de Corta Estancia (UCE), **Carles Illa**, *Principal Healthcare de IQVIA*, aportó datos para cerrar su ciclo de reflexiones sobre la evaluación comparativa de hospitales, a través de conceptos clave como los GRD, las CDM, la variabilidad, el retorno de la inversión (ROI), el gasto en Farmacia por médico y la productividad por trabajador sanitario, entre otros. Dentro de un análisis tan inagotable en sus contenidos como lo es el propio medio hospitalario.

El directivo de la firma especializada en información de salud expuso prácticas de benchmarking clínico para comparar los resultados esperados en contraste con los observados en términos de diagnóstico a partir de los valores de mortalidad, complicaciones y estadías (estancias) en el medio hospitalario, entre otras magnitudes cuantificables. En un proceso de localización, destinado a calibrar las posibles desviaciones en los distintos servicios clínicos y los procedimientos concretos. De forma que se sumen los datos y argumentos necesarios para poder actuar, desde la interpretación de la información, la comunicación entre las partes del proceso y la consecuente toma de decisiones.

En ese esquema, el sistema de atención sanitaria debe ser visto como un conjunto formado por tres escalones de asistencia en las atenciones especializada, primaria e integrada. Con unos flujos que tienden al paradigma de hospital, mediante el conocimiento de la demanda, la práctica de la eficiencia y el ejercicio de la calidad. Meta última que requiere completar los *gaps* de desempeño de plantillas de profesionales sanitarios y factores y ajustes que desandan el camino realizado desde el hospital modélico y los tres escalones asistenciales indicados arriba. (Tabla 1)



Observar lo inesperado

Para el directivo de la multinacional especializada en información de salud y hospitalaria, resultó imprescindible precisar los requisitos elementales de cualquier ejercicio de comparación entre dos hospitales. Así, para llegar a una valoración objetiva de los resultados (*output*) entre dos centros asistenciales puestos en contraste, donde resulta imprescindible estipular sus poblaciones de pacientes, su adscripción al sistema internacional de clasificación de enfermedades (CIE) y los GRD, o Grupos Relacionados por el Diagnóstico. Todo ello, con el objetivo de conocer los isoconsumos de recursos de ambas entidades asistenciales comparadas y su respectiva lógica clínica. (Tabla 2)

Precisamente, en términos de GRD, Carles Illa apeló al trabajo de Robert Fetter que en 1991 fijó el concepto de los Grupos Relacionados por el Diagnóstico cuando, bajo el título de *"DGRs: Their Design & Development"*, sentó las bases de lo que hoy se considera la forma de medir la productividad de un hospital y, por

Comparativa de prácticas del sector versus prácticas observadas



1

Esquema comparativo básico entre dos hospitales



2

tanto, la manera de realizar su evaluación y hacer pertinentes las comparativas. Algo especialmente útil, como se aprecia en este análisis, al enjuiciar eventos sanitarios tan prevalentes en el medio hospitalario como la hernia inguinal, la EPOC, el infarto agudo de miocardio o la fractura de cadera, por ejemplo.

Carles Illa reparó de manera reiterada en que la transversalidad es la clave en cualquier acercamiento global que se pretenda de la asistencia sanitaria. En ese sentido, señaló dos flujos paralelos y verticales de trabajo, correspondientes a la Atención Especializada (AE) y la Atención Primaria (AP), cuya transversalidad radica en la población que asisten, que es común, aunque en distintos tiempos. En la AE, la localización de desviaciones dimana de los hospitales y servicios en los que se articula, para recaer directamente en los médicos especialistas. Por su parte, en AP el acceso a la información relevante emana de las gerencias para su distribución por los equipos de Primaria y, consecuentemente, también a sus facultativos como profesionales individuales.

Visión integrada y desviaciones

Carles Illa explicó el sistema IAmetrics, aplicado al medio hospitalario. Para ello, recurrió a un ejemplo sobre 80 hospitales "cliente"

con más de 900 usuarios, sin limitación de los mismos y mediante soporte consultor. El análisis se centró en ocho áreas clave, con módulos de extensión y refresco de la información a demanda. Dichas áreas fueron: Mortalidad, Complicaciones, Readmisiones, Estancias, Estancia Preoperatoria, Ambulatorización, Complejidad y Casuística. Así mismo, el enfoque se realizó en tres niveles. Por un lado, la visión de síntesis agregada, por otro, la localización de desviaciones, tanto de servicios como de pacientes. (Tabla 3) Dentro de la visión de síntesis integrada, se aplicó Benchmark a la gestión de estancias, según el Índice de Estancia Ajustado por Riesgo (IEAR); con un impacto en días de 13.757,6 y más de 37 camas. Lo que dio un IEAR medio de 1,05.

En relación a las variaciones registradas en los servicios, se observaron en Medicina Interna, Neumología, Cardiología y Pediatría. En los que se puso en contraste la Estancia Media (EM) Observada frente a la Esperada, según el referido índice ajustado por riesgo, IEAR, la variación que experimentó el mismo y el impacto en tiempo (días). Así, se apreció que, en el servicio de Medicina Interna, la EM observada fue de 12,38 en lugar del 8,50 esperado, lo que dio un índice de estancia descendente, que quedó situado en el 1,46, con un impacto de 3.039,4 días. (Tabla 4)

En Neumología, el IEAR fue de 1,51 una vez que se contrapuso la EM esperada (8,45) a la EM observada (12,74), con una variación ascendente del índice y un impacto temporal de 2.036,3 días. Por su parte, en Cardiología, la variación del IEAR también fue hacia el aumento, con un índice final de estancia ajustado por riesgo del 1,33, con un impacto temporal de 1.659,0 días, y una EM esperada de 5,99, cuando la observada fue de 7,95. Por último, en Pediatría, la variación del IEAR también fue descendente, quedando fijado en el 1,35, con una EM observada de 6,19 frente a una esperada de 4,58, y un impacto anotado de 1.607,7 días.

Ocho áreas clave en el análisis integrado de las desviaciones por servicios y patologías



3

Benchmark hospitalario: Localización de desviaciones por servicios

Servicio	EM observada	EM esperada	IEAR	Impacto	Var. IEAR
MEDICINA INTERNA	12,38	8,50	1,46	3.039,4	▼
NEUMOLOGÍA	12,74	8,45	1,51	2.036,3	▲
CARDIOLOGÍA	7,95	5,99	1,33	1.659,0	▲
PEDIATRÍA	6,19	4,58	1,35	1.607,7	▼

4

Localización de desviaciones por patologías prevalentes y tipología de pacientes

GRD	CDM	T	Descripción	Atas hospitalización	IEAR	Impacto
544	05	III	Insuficiencia cardíaca crónica y aguda con lo más	32	2,27	315,1
303	07	III	Neoplasia maligna del sistema hepatobiliar o pancreas	19	3,11	100,1
062	04	III	Neoplasia respiratoria	20	1,67	109,7

5

El Benchmarking entre hospitales debería ser clave en la asignación presupuestaria

Calidad y mortalidad

Así mismo, Carles Illa analizó un caso de variabilidad del Índice de Mortalidad Ajustado por Riesgo por hospital (IV) en España, a partir de datos procedentes de 32 hospitales del SNS en 2014, igualmente a partir de datos Top20 Hospitales. Como requisito del estudio, se consideró que cada uno de estos centros asistenciales fuera referencia en, al menos, alguna especialidad clínica. En estos términos, los valores registrados se distribuyeron entre 0,6 y 1,4, con la media situada en 1,0, como divisoria de la mitad de los hospitales analizados (Tabla 9). A la vista de esta gráfica, el experto se refirió a la mortalidad como a una de las magnitudes que más claramente determinan la calidad asistencial en los hospitales, siendo a la vez un buen dato de comparación entre centros.

En otra dimensión, Illa también escudriñó el concepto de Productividad por cada trabajador en el medio hospitalario, trascendiendo su estudio como mero tema de calidad y adecuación, para ser cuestión de eficiencia asistencial y equidad de la atención. De esta forma, consideró la Variabilidad de la productividad (UPH) por trabajador sanitario en España a partir de datos extraídos en 2013 de 125 hospitales del SNS.

En su análisis, el directivo trazó una frontera entre las posibilidades que ofrece la producción (Tabla 10) para plantear interesantes interrogantes. Entre otras cuestiones se preguntó si, tras analizar dos hipotéticos hospitales (A y B), procede dudar que deban

recibir el mismo monto, cuando resulta evidente que su grado de productividad es distinto. A lo que añadió la necesidad de conocer el impacto económico que puede generar, con valor universal, la posibilidad de igualar la productividad en ambos centros asistenciales.

En este estudio, el directivo de IQVIA colocó en el eje de la ordenada ("y") el número de unidades de producción hospitalaria, y el número de trabajadores sanitarios en el eje de la abscisa ("x"). Entre dichas unidades, situó el máximo de ellas en 140.000 frente a un máximo de 5.000 profesionales en ejercicio. Donde el punto de comparación entre los hospitales A y B se situó entre las 95.000 unidades aproximadas, y las 72.000, respectivamente, lo que arrojó una variabilidad de más de 38 puntos. Por lo que el experto volvió a preguntarse si ambos hospitales deben recibir el mismo monto de recursos, ante una productividad tan divergente, en perjuicio del hospital B, claramente menos eficiente en su ejecutoria laboral. (Tabla 10)

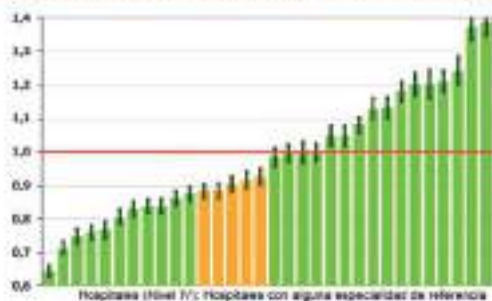
La evaluación que no cesa

Con esta pieza se cierra la serie de artículos dedicada a "El poder de la información para transformar los servicios de salud". Su vigencia se mantiene en el tiempo ante las fuerzas centrífugas que amenazan la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud, especialmente el envejecimiento poblacional y la cronicidad. Dentro de un cambio de modelo que no termina de transitar de la atención masiva de pacientes agudos a crónicos.

Por ello, y a la vista de las reflexiones de Carles Illa, acrisolada en estudios realizados en cientos de hospitales públicos, el SNS debe dotarse de una visión tan integradora como transversal entre sus distintas esferas asistenciales, según ejes comunes a toda organización como el retorno de la inversión realizada y los recursos empleados, en aras de una mayor eficiencia, capaz de reducir la gran variabilidad todavía manifiesta entre los distintos hospitales. Ya que, hoy nadie lo duda, la evaluación hospitalaria es indisoluble de los ejercicios de eficiencia comparada. +

La mortalidad como modificador de la calidad

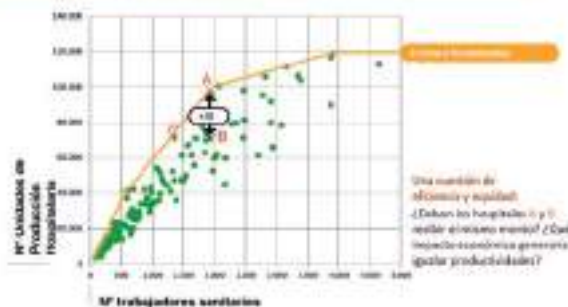
Datos procedentes de 32 hospitales SNS España, Año 2014. Fuente: Información propia a partir de datos del SNS



9

Variabilidad en la productividad de los trabajadores sanitarios en hospitales

Datos procedentes de 125 hospitales SNS España, Año 2013. Fuente: Información propia a partir de datos del SNS



10

La evaluación hospitalaria es indisoluble de la eficiencia comparada