

FIGURA 1. LA CADENA PRODUCTIVA DEL DESEMPEÑO

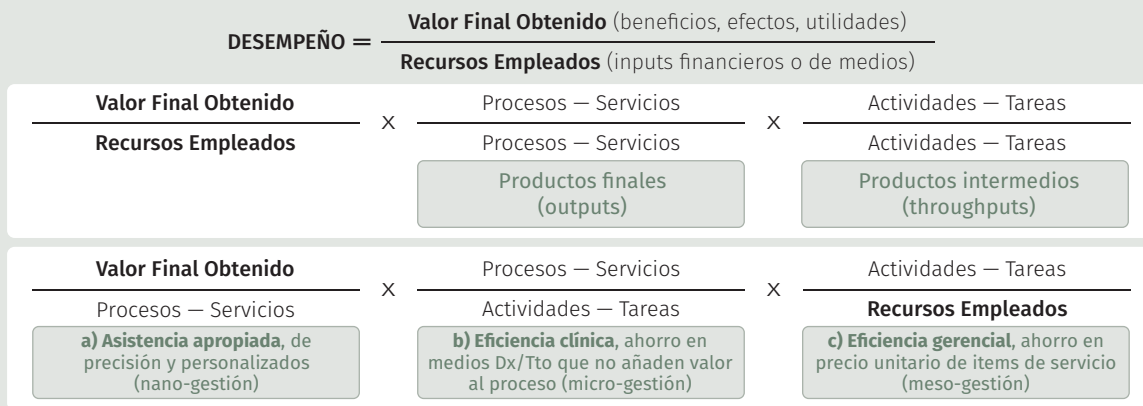
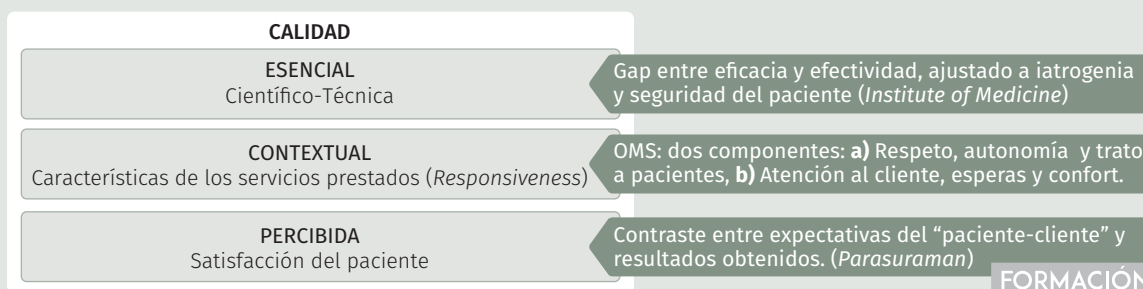


FIGURA 2. LA MULTI-DIMENSIONALIDAD DE LA CALIDAD

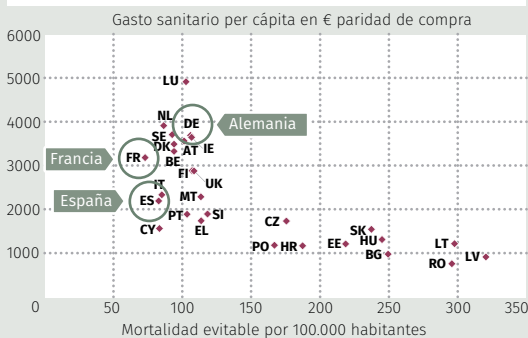


FORMACIÓN €DS

TEMA 5. EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO: RETOS METODOLÓGICOS

¿SINTETIZAR EN UN RANKING O NOTA, O COMPARAR POR MATRICES DE INDICADORES AJUSTADOS?

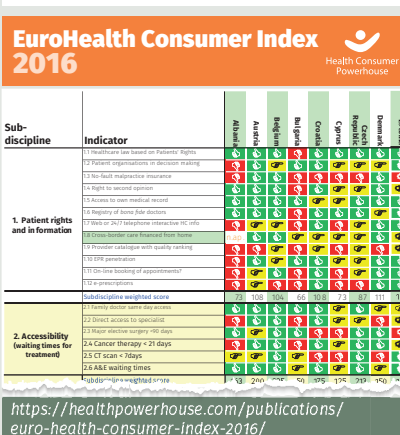
FIGURA 1. INDICADORES BIEN CONSTRUIDOS



Fuente: Jonathan Cylus, Irene Papanicolas and Peter C Smith. IDENTIFYING THE CAUSES OF INEFFICIENCIES IN HEALTH SYSTEMS.

http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/342463/EH_v23n2_WEB_Final_23june2017.pdf?ua=1

FIGURA 2. ÍNDICES MULTI-ATRIBUTO DE VALIDEZ DISCUTIBLE



Los Servicios Sanitarios de las CCAA. Informe 2017

CCAA con mejores servicios sanitarios:

- Navarra:..... 90
- País Vasco:..... 90
- Aragón:..... 82
- Asturias:..... 79

CCAA con servicios sanitarios regulares:

- Castilla y León:.....78
- Castilla la Mancha:..... 77
- Extremadura:.....77
- Galicia:.....76

CCAA con servicios sanitarios deficientes:

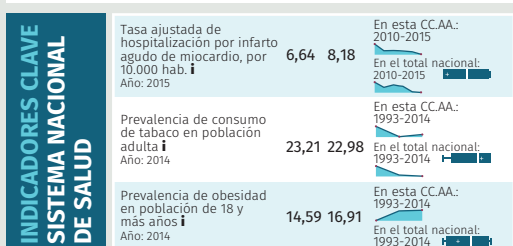
- La Rioja:.....69
- Cantabria:.....65
- Madrid:.....65
- Baleares:.....63
- Murcia:..... 61

CCAA con peores servicios sanitarios:

- Andalucía:..... 60
- Cataluña:..... 60
- Valencia:.....59
- Canarias:.....49

<http://www.fadsp.org/documents/2017/INFORME17.doc>

FIGURA 3. ALTERNATIVAS VÁLIDAS, AUNQUE LABORIOSAS



Análisis de la eficiencia técnica en los hospitales del Sistema Nacional de Salud español

- | | |
|---|--|
| <p>Inputs</p> <ul style="list-style-type: none"> • Camas instaladas • Personal facultativo • Otro personal sanitario • Personal no sanitario • Compras y servicios exteriores | <p>Outputs</p> <ul style="list-style-type: none"> • Altas totales ajustadas por casuística • Consultas externas • Urgencias no ingresadas • Procedimientos de cirugía mayor ambulatoria |
|---|--|

http://scielo.icscii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-9112017000200108

FORMACIÓN €DS

LAS “EFICIENCIAS” Y LAS “CALIDADES”

La industria del “performance evaluation”

La evaluación del **Desempeño (Performance)** es nueva pero compleja. Éste sería una medición de lo que produce y lo que consigue una organización, en relación a los medios disponibles. Incluye las dos dimensiones de eficiencia: a) la técnica-productiva (producción económica y sin despilfarros, relación outputs/inputs); y b) la asignativa (“valor por dinero”), que incorpora en el numerador a los outcomes o resultados finales, lo que obliga a juzgar tanto beneficios como utilidades para el consumidor. En otros términos, cantidades y calidades de servicios, relacionadas con costes de producción o precios de comercialización.

La multi-dimensionalidad, complejidad y cambio científico-tecnológico de la medicina y la sanidad crea una enorme asimetría de información con el paciente, y también con el financiador-gestor; juzgar qué sistema, hospital, servicio, profesional, procedimiento o tratamiento es el mejor, pasa a ser el santo grial de una nueva industria de comparación de desempeño. Para los financiadores permitiría pagar más al mejor; para el paciente recibir la mejor asistencia. Pero, ¿qué es lo mejor?: un auténtico desafío metodológico...

La cadena productiva del desempeño (Fig. 1)

En la Figura 1 hemos descompuesto la definición más amplia de Desempeño, en tres componentes para desvelar la complejidad antes mencionada. Para ello multiplicamos por dos cocientes iguales; uno se refiere a outputs o

productos finales, que en sanidad serían los procesos asistenciales (servicios); otro se refiere a los productos intermedios (*throughputs*) que sería cualquier actividad o tarea elemental que utiliza recursos. Al reorganizar la fórmula (intercambiando numeradores y denominadores) quedan tres componentes encañados de desempeño:

- En la **asistencia apropiada** lo esencial es hacer las cosas correctas al paciente correcto, en el momento adecuado, y contando con su conformidad; el ajuste no es sólo a sus peculiaridades genéticas o biológicas (medicina de precisión), sino a sus preferencias y experiencias (medicina personalizada); algunos han llamado “**nano-gestión**” a dicho ajuste individualizado.
- En la **eficiencia clínica** se trata de practicar correcta y austeramente el arte y oficio clínico, conduciendo los procesos sin utilizar actividades que no añadan valor (a modo de método “Lean”); en las unidades clínicas es donde se promueve esta eficiencia, asociada a la “**micro-gestión**”.
- En la **eficiencia gerencial** se busca que los recursos económicos se transformen al máximo en componentes técnicos incorporables a los procesos asistenciales, a través de la función de compra y aprovisionamiento, o de la organización y gestión interna inteligente y sobria; el resultado de comprar bien y despilfarrar poco es que los precios unitarios de los insumos e items de servicio sean bajos, y esta sería una función clave de la “**meso-gestión**”.

La multidimensionalidad de la calidad (Fig. 2)

Para la evaluación del desempeño cabría hablar de tres “calidades”:

La **primera calidad** sería **esencial o científico-técnica** tiene que ver con el criterio de “necesidad” (“ability to benefit”, o capacidad de beneficiarse de la máxima mejora de la morbimortalidad que puede aportar la medicina moderna); el Informe del IOM de 2001 sitúa esta calidad como la distancia entre la excelencia (eficiencia) y lo que conseguimos (efectividad); el otro informe del IOM del año anterior incidía en la seguridad del paciente, y obligaba a que la calidad científico-técnica diera más peso al problema de la iatrogenia.

La **segunda calidad** es **contextual, atribuible a los propios servicios que recibe el paciente**, más que a su contribución específica a la salud. Fue la OMS en el Informe Mundial del 2000 donde lo incluye como atributo de calidad de los sistemas sanitarios bajo el término “responsiveness” (capacidad de respuesta), en el que incluye tanto la dimensión de respeto por las personas (trato, confidencialidad, autonomía en decisión...) como la adecuada orientación al usuario (esperas, confort, servicios generales, capacidad de elección...).

Y la **tercera calidad**, sería la **percibida o satisfacción**, que parece estar muy condicionada por la comparación de expectativas y resultados.

JOSÉ RAMÓN REPULLO.

Jefe del Departamento de Planificación y Economía de la Salud en la Escuela Nacional de Sanidad. Instituto de Salud Carlos III.

¿SINTETIZAR EN UN RANKING O NOTA, O COMPARAR POR MATRICES DE INDICADORES AJUSTADOS?

La pulsión por el ranking o la nota global: ¿hay métodos válidos?

Los humanos contemporáneos tenemos una clara tendencia a rankings, tops, estrellas o listas ordenadas que expresen de forma sintética lo bueno o lo malo de una realidad compleja.

Pero esta tendencia contrasta con la escasa capacidad para disponer y procesar información relevante para la toma de decisiones, lo que el Premio Nobel Herbert Simon llamó “racionalidad limitada”.

Ahora muchos pretenden saltarnos este modelo tan cualitativo e informal, para construir algoritmos que agrupen y sinteticen lo mejor. Sin embargo hay problemas metodológicos graves que amenazan la validez de las conclusiones, y que en buena medida tienen que ver con el manejo de los indicadores y de la multi-dimensionalidad.

Algunos indicadores están bien contruidos: por ejemplo, en la Figura 1, se analiza la mortalidad evitable (amenable mortality) por determinadas causas que un buen sistema sanitario debería controlar; y para que sea “desempeño” la relaciona con el gasto sanitario per cápita en euros ajustados por poder de compra. Cuando los indicadores son inteligentes y ajustados con rigor, se consigue capturar una buena porción del desempeño, sin sacrificar la validez. Pero, las conclusiones no suelen ser multidimensionales, ni podemos llevarlas más allá de un rango razonable de validez.

La débil validez de la multidimensionalidad

Muchos se saltan estas sutilezas, y pasan a atribuir puntuaciones a cada variable de interés, ponderarlas por importancia, y finalmente sumarlas como calificación global.

En la Figura 2 reseñamos dos ejemplos de este tipo de índices multi-atributo de validez muy discutible:

- Uno (el de la izquierda) sería más comercial, como es el caso del Euro Health Consumer Index de la empresa Health Consumer PowerHouse, que pretende integrar 6 dimensiones y 49 indicadores; en 2016 (como de costumbre) ganó Holanda (927 puntos), siendo Rumanía el peor (497) y España por en medio (709); sin entrar en el asunto, este índice está muy sesgado por el peso que se da a las variables de tipo “clientelar”.
- El otro ejemplo (a la derecha) se refiere al **ranking de CCAA españolas** que hace anualmente la **Federación de Asociaciones para la Defensa de la Salud Pública**, que ordena variables por cuartiles para puntuar de mejor a peor comparativamente, pero que, además del problema de juntar dimensiones, incurre en la falacia de ponderar en el mismo bloque aditivo INPUTS y OUTPUTS: un buen servicio de salud es el que gasta más y tiene más recursos... estos son inputs que deberían ponerse en el otro plato de la bandeja para ver si obtienen los resultados esperados; tomarlos como proxy de buen servicio es una desmesura metodológica.

Alternativas válidas, aunque laboriosas, e interpretadas con prudencia

Vemos que el análisis de desempeño es complejo y de validez controvertida. Pero esto no significa que no se pueda hacer nada...

- Se pueden hacer **buenas matrices de indicadores ajustados**, ordenados por dimensiones, y que faciliten una interpretación visual fácil por parte del lector (infografías incluidas); un ejemplo sería el INCLASS del Ministerio de Sanidad (indicadores clave del SNS <http://inclasns.msssi.es>), en la Figura 3, a la izquierda; aunque hay cada vez más informes de este tipo (por ejemplo los informes de Health at a Glance que para la OCDE y Europa se producen anualmente).
- Si se quieren unir varias dimensiones para construir indicadores de desempeño, el único método válido (aunque de uso difícil y prudente) es el **Análisis Envolverte de Datos**, donde a través de una comparación se crea una frontera de eficiencia a partir de múltiples indicadores, diferenciando los INPUTS y los OUTPUTS; en la misma Figura 3, parte derecha, se referencia un trabajo reciente de José Martín que ha comparado el desempeño de hospitales españoles.

JOSÉ RAMÓN REPULLO.