

Cómo pagamos a nuestros hospitales. La referencia de Cataluña y el contrapunto desde Andalucía

F. Cots / X. Castells

Servicio de Estudios. Institut Municipal d'Assistència Sanitària (IMAS). Barcelona. Unidad de Investigación en Servicios Sanitarios. Institut Municipal d'Investigacions Mèdiques (IMIM). Barcelona.

Correspondencia: Francesc Cots. Servicio de Estudios. Hospital del Mar. Passeig Marítim, 25-29. 08003 Barcelona. Correo electrónico: 91188@imas.imim.es

Recibido: 22 de agosto de 2000.
Aceptado: 27 de febrero de 2001.

(Public hospital payment system in Spain: the experience of Catalonia and Andalusia)

Resumen

Desde mitad de los años noventa se ha estado hablando, en el conjunto del Estado español, de la introducción de nuevos métodos de pago a hospitales públicos que significasen una herramienta para la mejora de la eficiencia de nuestros hospitales en un marco de competencia gestionada. Los sistemas que reconocen la importancia de la actividad realizada y también del rol de los hospitales en la red de provisión pública, conocidos como sistemas mixtos, han aparecido como la herramienta más equilibrada tanto en la adjudicación del riesgo como en la dialéctica eficiencia-sostenibilidad del sistema público.

En este trabajo se analiza la situación en el método implantado en Cataluña desde 1997, y se contrapone con la solución adoptada en Andalucía un año más tarde. La valoración se centra en los instrumentos utilizados para incorporar el carácter mixto en las dos situaciones. De un lado tenemos la validez limitada de los grupos relacionados por el diagnóstico (GRD) para definir el coste del producto hospitalario y el numeroso grupo de posibles ajustes necesarios a los que deben ser sometidos antes de poder ser aplicados a nuestro entorno. De otro lado tenemos la forma a través de la cual se define el nivel estructural mediante instrumentos como el *grade of memberships* (GOM) para el caso catalán o los centros básicos (CB) para el caso andaluz.

Más adelante se analiza cómo se han introducido los diferentes métodos y cómo se han adaptado a la realidad, tanto en Cataluña como en Andalucía. Los períodos transitorios no parecen haber conducido a una solución definitiva, más bien han puesto en evidencia la fragilidad de los instrumentos utilizados y, en todo caso, del uso que se ha hecho de ellos.

La conclusión es que ha habido precipitación y cierto grado de ingenuidad en la introducción de elementos que favorecerían la eficiencia de los hospitales desde los sistemas de pago. La realidad es que los métodos de pago a hospitales de una red pública bastante harán si llegan a considerarse métodos de asignación de recursos transparentes y son sostenibles en el tiempo. La eficiencia en los hospitales públicos hay que trabajarla día a día desde los propios hospitales y desde los sistemas de información que pueden llegar a generar los Sistemas Regionales de Salud, y no se conseguirá solamente mediante elementos financieros externos y claramente indirectos a la realidad asistencial.

Abstract

Since the mid-1990s, the introduction of new public hospital payment systems to improve the efficiency of Spanish hospitals within the context of managed competition has been debated. Blended systems, which recognize the importance of the activity performed, as well as the role of the hospital in the public health system, have emerged as the best-matched tools both in risk assignment and in efficiency-economic feasibility dialectic.

In this article, the payment method used in Catalonia since 1997 is analyzed and contrasted with that introduced in Andalusia in 1998. The evaluation focuses on the instruments used to incorporate the mixed model in the two different settings. On the one hand, the capacity of diagnosis related groups (DRGs) to define hospital product cost is limited. Furthermore, DRGs require numerous adjustments before introduction into Spain. On the other hand, structural level can be defined through the Grade of Memberships in Catalonia and the Basic Centers in Andalusia.

We also analyze the introduction of the different methods into Spain and their adaptation to the Catalan and Andalusian environments. The transition periods seem not to have led to a definitive solution and have served to highlight the fragility of the instruments used and of the use that has been made of them.

We conclude that the introduction of new tools to improve hospital efficiency through payment systems was precipitate and, to a certain extent, naive. Public hospital payment systems can be considered to be effective when they manage to allocate resources over a period of time. Ensuring the efficiency of public hospitals implies daily work on the part of each hospital and the information systems generated by regional health systems and will not be achieved through external financial tools poorly adapted to the setting in which they are applied.

Key words: Hospital payment system DRG-weight. Risk adjustment. Case-mix reimbursement.

Palabras clave: Sistema de pago a hospitales. Pesos relativos de los GRD. Ajuste de riesgos. Reembolso basado en case-mix.

Introducción

Definir un sistema de pago según la prestación de servicios asistenciales hospitalarios es una empresa de especial dificultad, tanto por el número de agentes que participan como por las funciones que realizan. Monrad Aas¹ ejemplifica esta dificultad con la pregunta-definición de Glaser (1987): «¿Quién tiene que pagar cuánto a quién para hacer qué para llegar a qué objetivos?». Este autor clasifica los diferentes sistemas de pago de la actividad sobre la base de dos criterios definitorios básicos: el hecho de ser sistemas de pago retrospectivos o prospectivos, y —tanto o más importante que el anterior— el hecho de ser sistemas de pago basados en un presupuesto global de reparto o bien sistemas basados en pago por caso o acto. La combinación de los dos vectores da un mosaico amplio de posibilidades. Se reconocen, no obstante, tres tipos básicos de sistemas de financiación: sistemas de pago por acto, de presupuesto global y mixtos.

En casi toda Europa se trabajó, hasta finales de los años setenta, con sistemas retrospectivos que reconocen el coste por estancia. Se paga por acto —por estancia— y de forma retrospectiva, reconociendo el coste observado de los propios hospitales. Fácilmente se puede estar de acuerdo en que este método de pago implica la sobredotación de recursos, ya que supone la coincidencia de intereses del médico (por seguridad), del gestor (por costes marginales decrecientes) y del paciente (por más calidad recibida) en querer más actividad. Éste es el principal problema de los sistemas de pago por estancia de base retrospectiva¹. Estos sistemas eran adecuados en etapas expansivas, cuando se quería aumentar la cantidad de atención y recursos ofertados a los ciudadanos en un contexto de financiación pública y cobertura universal. En el momento en que las restricciones presupuestarias han aparecido y se ha considerado la necesidad de contener el crecimiento del gasto sanitario², estos sistemas de pago han resultado poco adecuados.

El entorno organizativo

El Sistema Nacional de Salud (SNS) español se caracteriza por dar una cobertura casi universal a la población y por tener un catálogo de prestaciones muy amplio. Centrémonos en Cataluña, cuando hablamos

de un sistema de pago para los hospitales de la red pública (XHUP), nos referimos a un sistema de pago que ha de mantener una red implantada en el territorio y que es de referencia básica para el conjunto de la población. El SNS en Cataluña se ha organizado según un modelo de competencia simulada o gestionada³. En primer lugar, la administración tiene un papel de modulador del sistema⁴; el papel de financiador lo realiza la Seguridad Social (SS), que es la que aporta los recursos, que a su vez recibe de los Presupuestos Generales del Estado. En segundo lugar, se define la función de compra que ejerce el Servei Català de la Salut (SCS), y finalmente se dibuja la función de provisión.

Este modelo organizativo intenta un equilibrio entre los diferentes objetivos prioritarios de la prestación hospitalaria: *a)* adecuar la prestación de los servicios ofertados a las necesidades reales observadas; *b)* delimitar el gasto público en salud. Saber qué se está dispuesto a destinar al bien social preferente salud en relación con otros bienes públicos o necesidades sociales; *c)* independizar capacidad de pago y nivel de acceso a los servicios asistenciales, y *d)* incentivar la eficiencia de los hospitales (empezando por una mejora de los parámetros de productividad).

La función de compra

El comprador intentará comprar aquella actividad necesaria para satisfacer la demanda expresada por la población y también priorizar las necesidades por la propia función de compra. Para poder realizar esta tarea, el comprador ha de ser capaz de valorar correctamente la actividad que compra, obteniendo una valoración de la misma que sea objetiva, transparente y homogénea.

Las variables que explican el valor diferencial entre actividades realizadas en un contexto de la misma productividad y eficiencia son la complejidad de la patología asistida, las características del paciente y la complejidad estructural del centro de provisión.

La función de provisión

El centro hospitalario basa su viabilidad económica y social en la voluntad de realizar el mayor volumen de actividad demandada por parte del comprador, al menor coste económico posible. En un entorno público donde los proveedores no tienen como objetivo el beneficio privado, cuanto menor sea el coste unitario

de actividad, mayor será el rendimiento de la asignación de recursos económicos públicos.

Las variables que influyen en la mejora de la relación coste-actividad son la productividad y la eficiencia. Estas dos variables serán las responsables de la diferencia de coste entre diferentes establecimientos que realicen el mismo tipo de actividad y sean estructuralmente similares.

El contrato

La compra de la actividad se realiza en virtud de una relación contractual entre comprador y proveedor⁵. De esta relación se desprende que el precio de compra (la tarifa) será aquel que valorará la actividad realizada por el proveedor y pagada por el comprador:

1. La tarifa debe incluir el coste justificable valorado según la complejidad de la patología, las características del paciente y estructurales del hospital.

2. La tarifa no debe incluir el coste no justificado debido a la falta de productividad y eficiencia en relación con el conjunto de hospitales.

3. Valora la consecución de los objetivos planteados por el comprador (el sistema de salud), lo que se concreta en que la tarifa debe incorporar los incentivos que conduzcan al proveedor de servicios hospitalarios a modificar su oferta en la línea que el planificador marca sus prioridades.

La historia reciente

Las unidades de medición ponderadas (UMP), primero en Cataluña con la Unidad Básica de Asistencia (UBA)⁶ y luego en el resto del Estado con unidades similares (UPA⁷, UCA, EVA⁸, etc.), intentaron delimitar el sistema de pago *per diem* para que no tuviese un comportamiento expansivo, sino de reparto. La fórmula fue pactar la duración de la estancia media global y un presupuesto de actividad, con la finalidad de repartir un presupuesto global con una tarifa y volumen de actividad conocidas de forma prospectiva por los proveedores y la administración. Además, las UMP tienen la característica de ser extensibles al conjunto de las actividades del hospital y no sirven únicamente para la de hospitalización. Las UMP han sido, por tanto, un instrumento global de relación entre el proveedor y el comprador-financiador. Analizado con la perspectiva temporal necesaria, el sistema UMP es un sistema de presupuesto global con criterio de asignación prospectivo, donde se reparte de forma muy equilibrada el riesgo entre proveedor y financiador^{9,10}, y donde se puede incidir, mediante la formulación de incentivos, en el comportamiento

de los proveedores. Del acuerdo entre ambos, proveedor y comprador, surge un escenario válido para la gestión.

Entre las dificultades más evidentes del sistema basado en las UMP destaca el hecho de reducir la valoración de la actividad hospitalaria a una relación de estancia media que no reconoce la diversidad casuística atendida (*casemix*), su complejidad, gravedad y otros componentes que afectan al coste justificable por parte del proveedor. El segundo gran problema consiste en determinar las diferencias entre los diversos niveles de hospitales en función de su estructura, docencia, especialización, aislamiento, etc. La solución aplicada entre 1985 y 1996 en Cataluña, y que ha sido similar en el resto de las comunidades autónomas y territorio Insalud de gestión directa, fue la definición de tres (después hasta 5) niveles de complejidad estructural, cada uno de ellos con una tarifa por UMP diferenciada, que pretendía reconocer el coste estándar por día de estancia para cada nivel estructural. Paralelamente se daba la circunstancia de que la relación contractual que se definía para los centros concertados no se mantenía para los hospitales del Instituto Catalán de la Salud (ICS): un 16% de los centros y un 28% de las altas¹¹. Los centros públicos mantenían una relación presupuestaria con un claro pago retrospectivo no relacionado con la actividad realizada. Esta realidad es la que diferencia claramente la situación de Cataluña de la del resto de comunidades autónomas, dado que la mayoría presentan una situación inversa, con un claro predominio de la provisión mediante centros públicos.

En resumen, aunque ha sido un sistema basado en el pago por acto (UMP = 1 estancia), se concretaba como un sistema de pago de presupuesto global con criterios de asignación prospectivos. La discrecionalidad del financiador-comprador era, en todo caso, apreciable, ya que determinaba las cantidades de actividad a contratar y, en definitiva, el precio unitario por hospital, a partir de la posibilidad de fijar la estancia media de referencia. En consecuencia, el financiador-comprador sabía *a priori* el conjunto del gasto que comprometía y, así, podía controlar su evolución. Al mismo tiempo, tenía la responsabilidad de asignar recursos suficientes a cada hospital, con la finalidad de que la red de provisión pública respondiese a la calidad de servicio demandada por la población, de forma equitativa sobre el territorio. En tanto estuvo vigente, fue un compromiso de equilibrio entre la competencia —imposible debido a la inexistencia de mercado— y la regulación de la oferta de un bien social preferente. La realidad, sin embargo, supuso la presencia de dos redes paralelas (públicas y concertadas) con dos sistemas de financiación diferenciados a los que se exigían grados de eficiencia diferentes. Después de 10 años, había mucha diferencia entre la financiación de hospitales del ICS y la de los concertados.

En 1997 se introdujo un nuevo sistema de pago para la actividad hospitalaria¹²⁻¹⁴. En un marco organizativo estable, donde continúa la lógica de la separación de funciones entre proveedores y financiador-comprador, los cambios que debía introducir un nuevo sistema precisaban las características que definían como bueno el sistema anterior (el de las UMP), y mejorar aquellos aspectos que no quedaban tan bien resueltos en aquel método, básicamente la integración de toda la red en un mismo modelo y la mejora de la valoración de la actividad realizada. Andalucía introduce un cambio similar en 1998¹⁵, definiendo un modelo que guarda notables similitudes con el modelo catalán. Las principales diferencias entre ambos modelos se centran en el abordaje del pago del factor estructural, la continuidad en los criterios de valoración entre las diferentes líneas de producto y, sobre todo, en el proceso transitorio de aplicación (tabla 1).

La introducción del *casemix*

Nominalmente, el nuevo sistema de pago de hospitales del SCS es un sistema mixto, híbrido entre un sistema basado en un presupuesto global y un sistema de pago por acto. Los sistemas de presupuesto global permiten al financiador-comprador asegurar la supervivencia económica del sistema. Por el contrario, los sistemas de pago por acto favorecen los incrementos de productividad. Dando por supuesto que los puntos fuertes de cada tipo de sistema de pago son debilidades del otro, tiene cierta lógica intentar utilizar sistemas de pago que se beneficien de las

ventajas de los dos sistemas y atenúen sus puntos débiles.

Un sistema mixto se define como aquel que tiene en cuenta las dos realidades: la de la actividad realizada y la del rol de un hospital en la red a la que pertenece. Hay dos elementos que determinan la valoración de lo que aporta el hospital al sistema: uno de prospectiva, que se basa en la complejidad y cantidad de la patología atendida, y otro que se fundamenta en la complejidad estructural del centro y que, por tanto, reconoce retrospectivamente una realidad existente.

En el método diseñado por el SCS para pacientes ingresados, se diferencia entre dos sistemas de pago que actúan paralelamente y de forma ponderada. El 65% paga la actividad según criterios de estructura y el 35% restante paga la actividad en función de su complejidad. Aunque se trata de un sistema mixto según criterio de valoración, se acaba pagando el 100% con relación al producto: el alta. De tal forma que el 65% del pago pondera actividad según estructura mediante la valoración por grados de pertenencia (grade of membership [GOM])^{16,17} y el 35% paga también actividad ponderada por casuística mediante los GRD. El sistema de pago del Servicio Andaluz de Salud (SAS) para la línea de hospitalización incorpora dos aspectos principales, que son el pago por casuística basado en grupos relacionados por el diagnóstico (GRD) y el pago de los costes de entorno o estructurales mediante la valoración del coste de los centros básicos (CB). El modelo SAS reduce el aspecto estructural —considerado en sentido estricto— a una cuarta parte del valor total según los CB; el resto del pago se hace mediante GRD. En ambos sistemas de pago continúa habiendo un presupuesto de actividad paralelo prospectivo que

Tabla 1. Características principales de los métodos de pago a hospitales analizados

	Servei Català de la Salut	Servicio Andaluz de Salud
Tipo de modelo	Presupuesto cerrado con reparto	Presupuesto cerrado con reparto
Presupuesto de actividad	Vinculante, previo y determinista de cada actividad con concepto de marginalidad	Vinculante, previo y determinista de cada actividad con concepto de marginalidad
Objeto de pago	100% actividad	Actividad sobre la base de GRD y estructura sobre la base de contabilidad analítica
Continuidad del modelo de pago	Nula (fraccionamiento en 7 o más conceptos)	Basada en la adecuación de la EVA a valores relativos GRD
Estructura	Pondera el 60-70% del pago de la actividad hospitalaria y ajusta las tarifas en niveles para el resto de actividades	Ajusta los centros básicos por niveles estructurales con información de costes sobre la base de COHAN
Casuística	Pesos GRD HCFA para Medicare que sólo cubren el 30-40% de la actividad de hospitalización	Pesos GRD HCFA para Medicare que cubren cerca de tres cuartas partes de la actividad de hospitalización
Gravedad	No	No
Características de la población	No	No
<i>Outliers</i>	No	No
Docencia e investigación	Presupuesto independiente	Presupuesto independiente
Período transitorio	No explícito; sí implícito sobre la base histórica y discrecional	Progresivo sobre la base del ajuste por subvenciones

GRD = grupos relacionados por el diagnóstico.
HCFA = Health Case Financing Administration.

determina el conjunto del gasto. De la suma de la actividad ponderada presupuestada de todo el sistema, se concluye la tarifa base de partida por alta. Es decir, se paga producto, pero se asegura al 100% un presupuesto global a respetar. Básicamente, se trata de sistemas no incrementalistas de presupuesto global y que utilizan instrumentos prospectivos de asignación.

Hay otros sistemas mixtos como, por ejemplo, el de Noruega¹⁸ (60-40), donde el 60% se realiza sobre la base de criterios de presupuesto global retrospectivo y el 40% restante se paga como un sistema prospectivo abierto por actividad realizada. En el caso noruego, el objetivo del cambio de sistema de pago es el de reducir las listas de espera, aumentar la actividad, más que contener el gasto. La lógica de este sistema es que el 60% del presupuesto (aquel relacionado con personal y amortizaciones) llega de forma estable, independientemente de la actividad realizada, mientras que el pago por acto incentiva a realizar más actividad con el fin de buscar la mejor relación de coste marginal respecto a la tarifa prefijada. Es, por tanto, un sistema que permite el crecimiento de los proveedores y del gasto, pero atenúa este hecho con un grado de continuidad muy elevado que reduce el riesgo de los proveedores y el financiador. El sistema noruego es un sistema puramente mixto entre pago por presupuesto global retrospectivo (60%) y pago prospectivo por acto mediante los GRD (40%).

Sobre la base de la aproximación híbrida a la financiación de la prestación hospitalaria, que pondera entre el pago a la actividad y a la estructura, hemos focalizado el análisis en estos dos criterios para generar la capacidad de establecer comparaciones entre los modelos. Se han analizado los distintos modelos de pago según estos dos criterios, cómo se construyen, cómo ponderan el pago, cómo se han articulado hasta el momento y cómo han establecido una dinámica de continuidad con la realidad existente. Hay otros elementos del pago a la actividad hospitalaria que definen programas especiales que se extraen de los modelos generales. Sobre estos últimos no hemos profundizado en nuestro análisis.

Los instrumentos y su calidad intrínseca

Los instrumentos utilizados presentan problemas ya descritos en la bibliografía que afectan a tres aspectos fundamentalmente: la valoración del producto hospitalario (*casemix*), la valoración del coste de la estructura mediante el GOM en el caso catalán y de los CB en el modelo del SAS y, por último, la continuidad del sistema entre los diferentes productos del hospital (actividad de hospitalización, ambulatoria, urgencias, etc.).

Casemix (*casuística*)

El producto se ha valorado según los GRD y pesos elaborados por la Health Case Financing Administration (HCFA) para el Medicare en el modelo catalán. Hay una serie de consideraciones sobre su construcción, su adaptación a nuestro entorno y respecto a la forma en que se ha hecho su importación, que presentan dificultades relevantes.

Es conocida la crítica que se hace de los GRD debido a que es un sistema de clasificación que reduce la diferencia en la valoración de las enfermedades, tendiendo a sobrevalorar aquellos grupos de patologías menos costosas y subvalorar las más costosas¹⁹. Ésta es una crítica relacionada con la calidad, de la codificación de diagnósticos secundarios según la CIE-9-MC. Cuanto menor es la calidad menor es la diferenciación con la casuística reflejada por el sistema GRD. El punto de partida de la codificación en Cataluña no es aún muy esperanzador. El propio SCS admite sólo cuatro diagnósticos secundarios como máximo en el CMBDAH y la media no supera los dos diagnósticos secundarios informados. Algunos estudios americanos analizan situaciones con 25 posibles diagnósticos informados²⁰ y, como ejemplo mucho más cercano, el Insalud presenta una media de 3,5 diagnósticos secundarios informados. El valor del Insalud, aunque más elevado que el valor del SCS, tampoco es suficiente para que el análisis de los diagnósticos secundarios mejore la capacidad explicativa de la variabilidad intra-GRD.

No se ha puesto en duda la idoneidad de los pesos asociados a los GRD de la HCFA en nuestro entorno. De hecho, muchos países han adaptado la clasificación antes de utilizarla²¹⁻²⁵. En nuestro país se han validado los algoritmos de agrupación y se han considerado aceptables²⁶, pero no se han validado los pesos relativos asociados antes de su utilización en «firme». De un estudio reciente²⁷ se desprende que, si bien la estructura de pesos de Medicare es muy asimilable a la de los costes de dos hospitales de Barcelona, existen desviaciones sistemáticas debidas a diferencias en el ámbito, organización y estructura del entorno original de los pesos relativos de Medicare. Así, por ejemplo, no forman parte de los sistemas de pago basados en GRD aspectos como el pago de los médicos, la cirugía mayor ambulatoria (CMA), las prótesis o algunas patologías como rehabilitación, psiquiatría, abuso de drogas y alcohol, o incluso hospitales monográficos como los pediátricos. Estas exclusiones producen desviaciones importantes y sistemáticas que hay que calibrar antes de continuar avanzando. Las evoluciones de nuevas versiones de los GRD, AP-GRD por ejemplo, no mejoran estos inconvenientes y, más aún, presentan el problema de no incorporar un sistema de pesos tan generalizado para la financiación como es el caso de los GRD de la HCFA.

Los casos anormalmente caros respecto al propio GRD no tienen ninguna consideración especial en el nuevo método de pago. Es un hecho que llama la atención, dado que buena parte de los sistemas de pago basados en los GRD consideran estos casos de forma diferenciada, ya que se cree que representan un coste justificable importante para el proveedor que los GRD no pueden incorporar^{28,29}. En los Estados Unidos se destina hasta un 5% del presupuesto de Medicare a pacientes ingresados (*inpatients*) en reconocimiento de este sobrecoste no ajustado por el propio GRD^{28,30}. También en este sentido, diferentes estudios que hemos realizado^{27,31,32} aportan información respecto a que un 4,7% de los casos son extremos y que el valor conjunto que representan es el 17% de los costes totales de hospitalización. Del mismo estudio se desprende que, aplicando el mismo algoritmo que la HCFA utilizó para Medicare hasta el año 1998, resultaría que se estaría financiando cerca de un 5% del coste de la atención hospitalaria de forma diferenciada respecto al sistema general basado en el peso medio de los GRD. Son similitudes con el sistema americano que deberían tenerse en cuenta, ya que parece ilógico aplicar parcialmente la medida de *casemix* basada en GRD.

El sistema GRD presupone una variabilidad casi inexistente intragrupo y una variabilidad importante entre grupos. Los GRD con pesos Medicare no explican por sí solos más del 19% de la variabilidad del coste real por paciente observado en dos hospitales catalanes³³.

Tener en cuenta la existencia de *outliers* de coste, la posibilidad de mejorar los pesos, así como de explotar mejor la información existente en el CMBD, permite llegar a explicar hasta el 50% de la variabilidad del coste por paciente. Por tanto, debemos tener muy presentes las limitaciones de los GRD para ajustar costes y las posibilidades reales para aumentar su rendimiento. En este aspecto es donde las nuevas versiones de GRD pueden ofrecer mejores prestaciones. De todas formas, la comprobación experimental de su potencial en los hospitales analizados en los estudios citados da como resultado una ligera mejora marginal que, en ningún caso, hace cambiar el diagnóstico general del problema.

Reconocimiento de la estructura: el grade of membership, los centros básicos y la realidad

Pagar actividad según la complejidad estructural es el sistema que se ha utilizado en Andalucía y en Cataluña para moderar el riesgo financiero que recae sobre los proveedores cuando se paga el 100% según la complejidad de la patología (*casemix*). En Cataluña, el 65% de la actividad de hospitalización se paga según la modulación de estructura, no según la complejidad de la patología. Es una actitud claramente conservadora, pero

del todo legítima si lo que se quiere es mantener una oferta asistencial con el formato predefinido. No obstante, desde su formulación han quedado muchos aspectos oscuros en su aplicación. Los problemas derivados de la aplicación del GOM tienen tres aspectos diferenciados: a) no se ha utilizado este indicador en el período estudiado; sin reconocerlo de forma explícita, se ha empleado el indicador de estructura para forzar un período transitorio (1997-2000) en el que el resultado final de la aplicación del nuevo sistema de pago se ajustase a la financiación histórica; dicho de otro modo, se ha hecho cuadrar el pago a las necesidades históricas de cada hospital manipulando el indicador de estructura; b) los proveedores desconocen cómo se calcula el ponderador basado en el GOM y, más importante aún, carecen de información suficiente para validarlos e, incluso, entenderlos; el GOM determina mediante un sistema econométrico considerablemente complejo, grados (niveles) de pertenencia a grupos según complejidad estructural; es una evolución más sofisticada de los análisis de *clusters*, dado que la pertenencia a uno de los grupos no excluye la pertenencia a otro grupo; la pertenencia a cada grupo se asigna en función de las diferentes dimensiones que conforman el análisis estructural, y c) el punto crítico está en el paso de porcentajes de pertenencia a grupos diferentes a una medida escalar global, donde cada hospital toma un valor que lo relaciona con el resto de hospitales; no se tiene referencia de cómo se construye un índice escalar que representa las distancias lineales entre hospitales resultantes de los porcentajes de pertenencia múltiples.

En definitiva, el GOM no se ha utilizado de forma efectiva, no es fácilmente comprensible por los agentes contratantes y hay lagunas de información y metodológicas que hacen que pierda mucha credibilidad, si no toda.

Los centros básicos (CB) del modelo andaluz representan un porcentaje muy inferior al 65% del método catalán, que de media ha significado una cuarta parte de la tarifa de hospitalización durante 1999. En este caso, la integración vertical de un sistema totalmente público ha permitido obtener información contable real mediante el programa de contabilidad de gestión (COHAN) de costes medios por estancia de aquellos conceptos de coste que no se consideran relacionados con la patología, sino más bien con el coste hotelero y estructural. Los conceptos de coste que se incluyen en los CB son: limpieza, seguridad, docencia, administración, admisiones, personal subalterno, mantenimiento, tintorería y nutrición.

El sistema de costes COHAN permite establecer costes unitarios estandarizados según diferentes unidades de medida (m², personas, pacientes, etc.) del conjunto de los CB para cada nivel tecnológico de hospitales andaluces. Sobre la base de estos costes unitarios se

construyen las tarifas, que reconocen la realidad estructural de estos hospitales. El resto del pago por alta se realiza de acuerdo con el sistema de pesos GRD según la diferencia que hay entre el que ya se ha pagado por estructura y lo que queda hasta llegar al valor del GRD correspondiente. Es un enfoque mucho más enérgico que el catalán, ya que el porcentaje de pago por *mix* (por GRD) es muy elevado, y el reconocimiento de la estructura no se escapa de una cierta indexación por nivel de eficiencia.

Continuidad por productos

El cambio desde los sistemas basados en UMP a los sistemas actuales viene motivado porque los primeros no reconocían el producto en la división de hospitalización. El resto de actividades no han tenido ninguna variación en el método de pago, de forma que se paga según la actividad realizada por una tarifa para cada uno de los cuatro niveles de complejidad estructural en que se diferencian los hospitales. La tarifa es aquella que prospectivamente podrá hacer frente al pacto de actividad, realizado también de forma prospectiva.

En Cataluña la diferencia respecto al sistema UMP es que ahora no hay relación entre la valoración del coste de hospitalización y la de las diferentes actividades de urgencias, consulta externa, cirugía menor, hospital de día o procesos. Por tanto, hay diferentes tarifas que tienen una relación de coste relativo implícita entre ellas, pero sin un criterio explícito basado en coste observado o bien estratégico. Por tanto, aproximadamente el 40% del coste de los hospitales continúa financiado con el mismo criterio que en el antiguo sistema UMP, con el agravante de que pierde el referente del coste medio por estancia como informador de su coste unitario³⁴. Otra consecuencia es la desaparición de cualquier capacidad de comparación entre hospitales según la actividad que realizan.

El modelo andaluz ha respetado cierto grado de continuidad respecto al sistema anterior, al construir una tabla de conversión de la relación EVA con la valoración por «puntos GRD», de tal manera que se puede hablar claramente de un sistema de UMP refinada por *casemix*. Este recurso mantiene la ventaja de la continuidad en la valoración de la producción hospitalaria incorporando la valoración del *casemix* para el internamiento.

Además de esta clara diferencia metodológica entre ambos sistemas, hay una diferencia conceptual evidente. El método catalán ha definido compartimentos estancos de hospitalización, consultas externas, urgencias, procesos y procedimientos especiales, que impiden la posibilidad de trasvase de actividad entre los diferentes abordajes, limitando la capacidad de gestión

clínica y económica de los proveedores. El modelo andaluz no limita tanto en este aspecto la transversalidad en la gestión por parte de los proveedores. Aun así, el planteamiento de comprador único con funciones de tutela de un sistema integrado como el del SAS puede hacer inviable esta capacidad de gestión más allá del sistema de pago utilizado. Por tanto, la posición de partida para la gestión queda mejor recogida en el sistema SAS. No obstante, no es condición suficiente para el ejercicio de esta capacidad.

Los resultados de los primeros años de aplicación

Objetividad y equidad: ¿se ha conseguido establecer un sistema de contratación igual para todos los hospitales?

Todos los centros aportan información sobre su *casemix* y su complejidad estructural, de forma que se han podido crear los ponderadores de la complejidad de la patología y estructura para cada hospital.

En Cataluña, de haberse aplicado el modelo sin restricciones, los desajustes habrían sido muy importantes. El sistema no preveía ningún tipo de período transitorio. Sin plasmación escrita de ningún rango, se optó por generar un período transitorio *de facto*, en el cual la ponderación de estructura se adulteró con la finalidad de reproducir la financiación de los períodos anteriores.

La transparencia, que en principio era total, sin posibilidades de ninguna discrecionalidad, ha pasado a ser mínima. Las fluctuaciones de los ponderadores de estructura y sus tendencias han sido erráticas en el período 1997-2000, unas veces compensando las pérdidas de posiciones por bajos niveles de casuística de hospitales «emblemáticos» y otros por la imposición de criterios estratégicos del SCS^{35,36}.

Uno de los efectos más importantes de este ajuste ha sido que se ha compensado la menor calidad de la información asistencial inicial con más pago de estructura. La mejora superior a la esperable de la información sobre *casemix* está dando lugar a que los centros que partían de una situación peor avancen en la financiación por patología y mantengan los privilegios en estructura obtenidos en el período transitorio. Por otro lado, los hospitales que ya tenían en 1996 información asistencial de calidad no pueden mejorar mediante incrementos ficticios basados en mejoras de la información, de manera que están perdiendo posiciones en el pago por *mix* que no van acompañados de una mejora del pago por estructura establecido en el período inicial.

En Andalucía, la falta de relación directa entre la financiación histórica y las necesidades reales respec-

to al nuevo modelo de financiación se ha asumido como una realidad inevitable, que ha sido —y se prevé que continúe siendo— solventada mediante subvenciones a los «perdedores» del nuevo modelo.

Productividad: ¿ha aumentado la productividad del sistema?

No parece que tenga que ser así. Un centro proveedor sólo puede aumentar sus ingresos si aumenta su complejidad atendida más que la media de los otros centros. A pesar de este aumento relativo, el esfuerzo implicará una recompensa marginal, dado que sólo el 35% del pago está relacionado con la casuística, mientras que el concepto estructural significa el 65% y no se ve afectado por este aumento en la complejidad.

Eficiencia: ¿se han reducido los costes para la actividad pactada?

Parece poco lógico que se hayan hecho esfuerzos individuales para reducir el coste unitario propio, teniendo en cuenta que los beneficios de esta situación se habrían diluido en el conjunto del sistema. Pagar según el coste medio ajustado justificable para todo el sistema habría dejado fuera de juego a muchos hospitales. Al tener que asegurar la continuidad de todos los hospitales que forman la red pública, se debe fijar como coste medio de referencia el de los hospitales menos eficientes. Por este motivo, desaparecen los incentivos de los hospitales para reducir el coste unitario si se pueden asegurar un ingreso estable sin tener que realizar este esfuerzo. Por otro lado, ante una reducción del coste unitario, el comprador podría responder con una reducción de la actividad pactada. Siempre existe la posibilidad de comprar menos actividad al hospital equilibrado para favorecer al menos eficiente y que con más actividad podría saturar su sistema productivo y reducir, así, sus costes medios. Este argumento es válido tanto para Andalucía como para Cataluña.

De hecho, el sistema noruego, a pesar de ser un sistema abierto, no produjo un cambio de tendencia de los hospitales, que continuaron «haciendo lo mismo que ya hacían» sin que el incentivo de pago por acto del 40% les hiciese cambiar su forma de actuar. Magnusen y Solstad¹⁸ mantienen que los hospitales públicos y universitarios tienen otros objetivos que consideran más importantes que la mejora de la eficiencia en términos puramente económicos.

En cualquier caso, y como ya se ha comentado al analizar el origen del período transitorio del método catalán y la consiguiente adulteración del modelo, la relación entre ingresos y gastos del período anterior incitan claramente a no realizar esfuerzos antes que las reglas del juego se hayan estabilizado.

Conclusiones

Todos los análisis concluyen la bondad de los sistemas mixtos de financiación, supeditados a un presupuesto de actividad y con una salvaguarda del nivel de recursos disponibles según la financiación del sistema de salud correspondiente^{1,3,6,37}. En todo caso, estamos hablando de un sistema de asignación de recursos en un ámbito público, no de un modelo de compra-venta de productos privados.

Los instrumentos de *casemix* parecen ser el único instrumento existente, y no se cuestiona ninguno de los déficit que plantea su utilización en nuestro entorno. La dependencia de estas técnicas ha fragmentado el sistema de pago y ha significado un claro paso atrás respecto a sistemas de medida menos finos pero mucho más generalizables para el conjunto de productos del hospital. Esta apuesta supone admitir la siguiente hipótesis de trabajo: todo aquello que no explican los GRD es un factor de variabilidad del coste de tipo estructural. Esta forma simplista de ver las cosas no tiene en cuenta que la gravedad o las circunstancias socioeconómicas del paciente no se comprenden mediante indicadores de estructura, sino que tienen que ver con la complejidad del paciente atendido.

La diferenciación entre el coste relacionado con la estancia independientemente de la patología y el coste estrictamente clínico relacionado con el diagnóstico y el tratamiento que realiza el método andaluz aporta información para la gestión, determinando responsables y responsabilidades por lo que se refiere al proveedor. El método andaluz no parece querer ser un sistema objetivo y global de valoración de la actividad, primando el aspecto más indirecto y parcial de sistema de información para la gestión tanto clínica como técnica de los hospitales. Esta priorización obliga al método del SAS a basar su viabilidad en la existencia de subvenciones. La suficiencia financiera de todos y cada uno de los hospitales implica mantener un nivel de ineficiencia determinado, que tanto puede tener su origen en los propios hospitales como en el sistema de información utilizado.

En contraposición, el método adoptado por el SCS en Cataluña no permite la diferenciación entre la gestión clínica y técnica, y además no reconoce ninguna posibilidad de desviación. Es un algoritmo sin «cintura», que se rompe cuando se quiere superponer a la realidad tan variada que existe en Cataluña.

Este último es un hecho destacado. La titularidad, la función, la herencia histórica de diferencias en la financiación y en la gestión son elementos definitorios por su intensidad en el caso catalán. La respuesta en cuanto al sistema de pago es, por el contrario, inflexible por definición, poco transparente por aplicación y poco útil para el análisis y la mejora.

En función de las debilidades y fortalezas detectadas en los modelos analizados se pueden avanzar líneas de mejora de futuras evoluciones en la metodología del pago de hospitales en nuestro entorno.

En un modelo basado en una red de hospitales de provisión pública, el sistema de asignación de recursos debe fundamentarse en el cumplimiento de los objetivos del Plan de Salud y de los Servicios Sanitarios que rigen el sistema. El eje de la propuesta es el presupuesto de objetivos, al que se supedita un presupuesto de actividad coherente con el primero. Lo importante no es que se haga volumen de actividad, sino que la actividad responda a unos objetivos concretos. El reto que impone esta propuesta es hacer factible la definición de dichos objetivos y establecer criterios que permitan medir su cumplimiento.

Conviene asegurar, por otro lado, la continuidad en la valoración de la actividad basándose en una unidad estandarizada de medida tipo UBA o EVA que sea válida para toda la actividad asistencial que realiza un hospital. El hospital debe tener la capacidad de gestión suficiente para poder decidir cómo atiende al paciente. Existen distintos abordajes posibles para una misma problemática, y por ello debe asegurarse la capacidad del hospital para traspasar actividad desde hospitalización a atención ambulatoria, por poner un ejemplo, de manera que exista libertad para traspasar flujos de pacientes y actividades entre las distintas divisiones de producto que existen.

Al ser un sistema de asignación de recursos de una red que debe pervivir en el territorio, el efecto histórico es básico y debe mantenerse en gran medida. La valoración de la estructura debe realizarse de forma que no ponga en peligro la subsistencia de la red y sirva, por el contrario, para reconocer las mejoras en la misma y su impacto en las necesidades de financiación.

Los instrumentos utilizados en la parte marginal que debe modularse por la actividad realizada han de ser mucho más fiables y contrastables que los propuestos por los modelos analizados en el presente artículo. Los pesos relativos de la UMP y de los GRD, así como los niveles estructurales de complejidad entre centros, deben tener su base en el análisis de costes observados. El modelo de costes experimentado en el estado de Victoria (Australia)³⁸, donde se dispone de costes reales por paciente de una gran representación de hospitales en los últimos 5 años, permite recalibrar de forma robusta estos sistemas de costes relativos, que son la

pieza angular de la asignación de recursos. En este sentido, el COHAN de Andalucía permitiría, en no demasiado tiempo y sin excesivo esfuerzo suplementario, tener una base para este recalibrado. En Cataluña debe realizarse este esfuerzo ineludiblemente, puesto que la credibilidad de los sistemas de *casemix* para el pago a los hospitales depende, en gran medida, de la posibilidad de disponer de una estructura de pesos relativos que sea representativa de la realidad donde se pretende aplicar.

Las causas de la variabilidad del coste del producto hospitalario van más allá de los GRD, y por ello debe insistirse en que el ajuste por casuística ha de incorporar características como la gravedad de los pacientes, el nivel socioeconómico y la existencia de casos extremos.

A modo de resumen de esta somera descripción de lo que puede ser una alternativa a los métodos pioneros introducidos en el Estado español, cabe entender que el sistema de pago es un polinomio aditivo donde se intenta incorporar el máximo de información existente, con la voluntad de que sea complementaria en la finalidad de explicar la realidad del coste de los hospitales, así como la necesidad de su pervivencia en las mejores condiciones.

Como todo proceso que avanza, la metodología de la prueba y error es justificable. El sistema Medicare de los Estados Unidos ha realizado giros de 180 grados, cuando ha convenido, en virtud de los resultados obtenidos. Es de esperar que, dado que en España utilizamos frecuentemente sus modelos como referencia, también seamos tan pragmáticos como lo son ellos.

Por último, debemos constatar que sólo merece crítica y análisis aquello que significa una innovación y un intento serio para mejorar una determinada realidad, mientras que posturas más inmovilistas no son criticables, puesto que no aportan nada nuevo.

Agradecimiento

Agradecemos a Jaume Puig Junoy los comentarios aportados a una versión preliminar, los cuales han permitido mejorar el equilibrio que debe existir entre los distintos aspectos tratado en el artículo. Agradecemos también las precisiones y comentarios aportados por dos evaluadores anónimos.

Bibliografía

1. Monrad Aas IH. Incentives and financing methods. *Health Policy* 1995; 34: 205-220.
2. López Casasnovas G. Cost-containment in health care: the case of Spain from the eighties up to 1997. UPF working paper 278, 1998.
3. López Casasnovas G, Wagstaff A. La financiación hospitalaria basada en la actividad en sistemas sanitarios públicos, regulación de tarifas y eficiencia: el caso de la concentración hospitalaria en Cataluña. En: López Casasnovas G, Rodríguez D, editores. *La regulación de los servicios sanitarios en España*. Madrid: Editorial Civitas, 1997; 213-242.

4. Londoño JJ, Frenk J. Structured pluralism: towards an innovative model for health system reform in Latin America. *Health Policy* 1997; 41: 1-36.
5. Ibern P. El riesgo compartido en los contratos entre el gobierno, los compradores y proveedores de servicios sanitarios. En: Asociación de Economía de la Salud, editor. Instrumentos para la gestión en sanidad. Valencia: Asociación de Economía de la Salud, 1995; 102-123.
6. López Casasnovas G. Els sistemes de finançament dels hospitals: anàlisi de tendències i estudi de consistència de les propostes de reforma per a la seva implantació en els sistemes sanitaris públics. *Gac Sanit* 1993; 7: 131-146.
7. Bestard Perelló JJ, Sevilla Pérez F, Corella Monzón I, Elola Somoza FJ. La unidad ponderada asistencial (UPA): nueva herramienta para la presupuestación hospitalaria. *Gac Sanit* 1993; 7: 263-273.
8. Temes JL, Díaz JL, Parra B. El coste por proceso hospitalario. Madrid: Editorial Interamericana McGraw-Hill, 1994.
9. Pellisé Urquiza L. Assessing Muface's managed competition experiment in the Spanish health care system. Madrid: Departamento de Economía. Universidad Carlos III, 1996: 2-12.
10. Pellisé Urquiza L. Financiación de proveedores sanitarios e intermediarios financieros: una taxonomía. *Hacienda Pública Española* 1993; 1: 33-44.
11. Institut Català de la Salut. Anuari 1997. Barcelona, 1998.
12. Modalitat de pagament que regeixen la contractació de serveis sanitaris en l'àmbit del Servei Català de la Salut. DOGC-decret 179/1997; 8720-8721.
13. Servei Català de la Salut. Nou sistema de pagament de l'activitat dels centres de la XHUP. Barcelona: Servei Català de la Salut, 1996.
14. Servei Català de la Salut. Orientacions sobre el nou sistema de pagament per als centres de la XHUP. Barcelona: Servei Català de la Salut, 1996.
15. Servicio Andaluz de Salud. Modelo marco para la financiación de los hospitales 1999. Sevilla: Servicio Andaluz de la Salud, 1999.
16. Ibern P, Vertrees JC, Manton KG, Woodbury MA. Hospital groups and Case-Mix measurement for resource allocation and payment. En: Casas M, editor. *Diagnosis related groups in Europe*, editor. Berlin: Springer-Verlag, 1993; 193-207.
17. Vertrees JC, Woodbury MA, Manton KG. Hospital groups for resource allocation and payment. Third eurodrgr conference 1992.
18. Magnussen J, Solstad K. Case-based hospital financing: the case of Norway. *Health Policy* 1994; 28: 23-36.
19. Carter GM, Newhouse JP, Relles DA. How much change in the case mix index is DRG creep? *J Health Econ* 1990; 9: 411-428.
20. Elixhauser A, Steiner C, Harris R, Coffey RM. Comorbidity measures for use with administrative data. *Med Care* 1998; 36: 8-27.
21. Duckett S. Casemix funding for acute hospital inpatient services in Australia. *Med J Aus* 1998; 169: S17-S21
22. Duckett SJ. Hospital payment arrangements to encourage efficiency: the case of Victoria, Australia. *Health Policy* 1995; 34: 113-134.
23. Sanderson H, Mountney L. The development of patient groupings for more effective management of health care. *Eur J Pub Health* 1997; 7: 210-214.
24. Sanderson HF, Anthony P, Mountney LM. Healthcare resource groups. Version 2. *J Pub Health Med* 1995; 17: 349-354.
25. Sanderson HF. The use of healthcare resource groups in managing clinical resources. *B J Health Care Manag* 1996; 2: 174-176.
26. Casas M. Sistemes d'informació hospitalària basats en la casuística: grups relacionats amb el diagnòstic. Impacte en la gestió hospitalària. Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona, 1990.
27. Cots F, Elvira D, Castells X, Dalmau E. Medicare's DRG-Weights in a European environment: the Spanish experience. *Health Policy* 2000; 51: 31-47.
28. Carter GM, Rumpel JD. Payment rates for unusual Medicare hospital cases. Santa Mónica: RAND, 1992.
29. Söderlund N, Gray A, Milne R, Raftery J. The construction of resource-weights for healthcare resource groups: a comparison of alternative data sources and methodological approaches. Londres: National Casemix Office, 1996.
30. Keeler EB, Carter GM, Trude S. Insurance aspects of DRG outlier payments. *J Health Econ* 1988; 7: 193-214.
31. Cots F, Castells X, Elvira D, Dalmau E. La concordancia entre casos extremos de coste y estancia. Elección del mejor método de marcaje. *Gac Sanit* 1998; 12: 18-18.
32. Cots F, Elvira D, Saez M. Relevance of outlier cases in case mix systems and evaluation of trimming methods for use in Europe. 2000 (mimeo).
33. Cots F, Elvira D, Riu M, Torre P. Función de los costes hospitalarios. Causas de su variabilidad y ajustes de riesgos. Zaragoza: XIX Jornadas AES, 1999.
34. Comissió Tècnica Central de Balanços. I després de la UBA? La UME. Barcelona: Servei Català de la Salut, 1999.
35. Gutiérrez R, Cots F, Castells X, Varela J. Consideraciones al nuevo sistema de financiación de los hospitales de la red pública en Cataluña. Luxemburgo: Calass'99, 1999.
36. Secretaria Tècnica UCH. Evolució dels paràmetres IRE i IRR període 1997-1999 en el conjunt de centres de la XHUP. *Butlletí de la Unió catalana d'Hospitals*, 1999.
37. Newhouse JP. Reimbursing health plans and health providers: efficiency in production versus selection. *J Econ Lit* 1996; 34: 1236-1263.
38. Jackson T. Using computerised patient-level costing data for setting DRG weights: the Victorian (Australia) cost weight studies. *Health Policy* (en prensa).