

El papel de los sistemas de clasificación de pacientes en la financiación de las urgencias hospitalarias

(The role of patient classification systems in the financing of hospital emergencies)

La accesibilidad de la atención urgente se valora actualmente como uno de los atributos de calidad más importantes del conjunto del sistema sanitario, y sus insuficiencias –como el excesivo tiempo de espera o no reconocer de inmediato de la gravedad– son fuente de preocupación para la comunidad sanitaria y la sociedad en general. Aunque no son las únicas preocupaciones. La utilización de los servicios de urgencias (SU) hospitalarios ha mantenido un espectacular crecimiento durante la década de los noventa y supera ya las 500 visitas por 1.000 habitantes/año¹; la mayor parte de esta utilización se atribuye a problemas no urgentes que, aparentemente, se manejan con un exceso de medios diagnósticos^{1,2}. Algunos estudios muestran ciertas deficiencias en la calidad de la atención a pacientes graves, como las demoras en los tratamientos de reperfusión coronaria o el uso de aspirina en el infarto de miocardio^{3,4}.

Los esquemas de financiación de los SU tienen por objetivo proveer un conjunto equilibrado de incentivos (y desincentivos) para que desarrollen adecuadamente sus funciones. La importación automática de los esquemas de financiación desde el entorno estadounidense o el mimetismo respecto al reembolso de la hospitalización no garantizan la idoneidad en el contexto de un sistema con financiador único y una amplia capacidad de planificación, como el Sistema Nacional de Salud (SNS). En este sentido, la reflexión sobre las funciones esenciales de los SU y las características de los modelos de financiación puede ser de interés para decidir si interesa o no disponer de un sistema de clasificación de pacientes en los SU y, en su caso, cuál sería el sistema ideal.

Las funciones de los servicios de urgencias

A la hora de diseñar un esquema de financiación de los SU, la primera función que considerar es la accesibilidad⁵. Un SU requiere estar capacitado para recibir pacientes urgentes durante las 24 h del día, todos los días del año. Desde el punto de vista de la financiación, tiene interés subrayar que los SU están proveyendo un «servicio» (su disponibilidad completa en

caso de que fueran necesarios) incluso cuando no están atendiendo a ningún paciente. Esta función, primordial en los SU, tiene características próximas a lo que en economía de la salud se denomina un «bien público», y todos los ciudadanos consumen este «servicio» aunque a lo largo de su vida nunca lleguen a utilizar las urgencias. La segunda función a tener en cuenta es la recepción, la valoración y el manejo inicial de los pacientes, incluso los no graves, y las actuaciones precisas para conseguir rápidamente la estabilización clínica de los pacientes que lo requieran. En muchos casos, los SU pueden proveer también el tratamiento definitivo. En las emergencias, la rapidez en la realización de determinadas actuaciones es el distintivo de calidad en estos servicios.

Una tercera función de los SU es la derivación adecuada. Tras completar la estabilización, el paciente puede volver a su domicilio –con o sin necesidad de control por la atención primaria– o necesitar tratamiento bajo ingreso, ya sea en el mismo hospital o en otro centro. El SU debe estar capacitado para derivar y organizar el acceso de los pacientes al lugar adecuado en función de su estado, así como el mantenimiento de los pacientes que requieran ingreso hasta que haya camas disponibles. Con el desarrollo de la hospitalización a domicilio –usualmente apoyada por los SU– y de las unidades de corta estancia, estas funciones de hospitalización corta han ido ganando importancia en los SU de muchos centros. Finalmente, una cuarta función recoge los aspectos de docencia, investigación y algunas actividades preventivas y educativas. Los SU son especialmente importantes en el sistema de formación MIR (incluyendo el MIR de medicina de familia) y en la formación de enfermería.

Los costes de los servicios de urgencias

En correspondencia con estas funciones, los SU tienen cuatro fuentes de gasto principales. La accesibilidad y la disponibilidad horaria completa exigen el mantenimiento de una serie de gastos estructurales (especialmente en personal de plantilla, locales y equipos) que están relacionados con la capacidad resolu-

tiva de los SU y, normalmente, serán más elevados cuanto mayor sea la complejidad de los casos que se quiera tratar en un SU concreto. Así, si se pretende que un SU esté disponible para atender a pacientes politraumatizados u otros casos complejos, estos costes pueden incluir cirujanos de diversas especialidades, anestesiistas y otros profesionales especializados, además de la disponibilidad de los servicios de radiología y laboratorio, quirófanos, etc. La mayor parte de estos costes son fijos (sólo a largo plazo –si se requiere aumentar la dotación estructural– se relacionan con el volumen de actividad), suponen el componente más elevado del gasto de los SU y su asignación –en un sistema de pagador único– es, sobre todo, una decisión de planificación sanitaria para establecer la ubicación y el nivel de atención que se quiere dar en cada SU.

Un segundo grupo de costes tiene relación con el volumen y el tipo de pacientes que son atendidos, e incluye los productos consumibles, las exploraciones, los medicamentos e incluso los refuerzos ocasionales del personal en los momentos de mayor actividad. En general, se trata de costes variables y tienden a incrementarse con la gravedad de las enfermedades, aunque en algunos casos (p. ej., pacientes muy graves que fallecen tempranamente) esta correlación se rompe.

Un tercer grupo de costes depende de las dificultades –debidas a los problemas del SU o de los servicios relacionados con él– en la derivación de los pacientes y su mantenimiento en urgencias. Esto implica que un SU que pueda manejar adecuadamente el acceso a otros servicios puede transferir a los pacientes que en otros SU permanecerían «hospitalizados» en espera de traslado. Igualmente, si se ha optado por utilizar el SU como unidad de corta estancia, habrá que tener en cuenta este tipo de costes. Finalmente, la mayor parte de los costes de investigación, docencia y otras actividades que se realizan en los SU suelen estar contemplados como parte de los gastos fijos (utilizan estructuras y recursos asistenciales ya disponibles) o variables (mayor uso de pruebas por los residentes), aunque parte de ellos disponen de fondos específicos.

Esquemas de financiación de las urgencias

Las opciones para establecer modelos de financiación incluyen el presupuesto global, el pago por visita (ajustado o no por casuística), la vinculación de la financiación al cumplimiento de objetivos de calidad y los sistemas mixtos. Los modelos de presupuesto global, que reflejan la situación actual de los hospitales de propiedad pública del SNS, se orientan a financiar la accesibilidad.

En los sistemas puros de pago por visita, la financiación de los servicios de urgencias se basa en el volumen y, a veces, en la complejidad de los casos atendidos. En los hospitales «concertados» suele usarse esta fórmula tomando, más o menos disimuladamente, la referencia del precio de la estancia para dar un peso a las visitas (p. ej., 1 visita = 0,5 estancias). Como los costes unitarios por visita se reducen cuando se incrementa el volumen de actividad (los costes fijos se reparten entre un mayor número de casos), los sistemas de pago por visita, aun ajustados por casuística, incentivan los incrementos de la actividad, aspecto muy poco deseable para los SU. Cuando no existen ajustes por casuística, puede incentivarse la sobreutilización de los SU a expensas de los casos menos graves (menores costes variables e igual reembolso que los casos más graves). Por ello, en los casos de pago por visita puede ser útil un sistema de clasificación de pacientes que diferencie el reembolso en función de los consumos previstos para cada grupo de la clasificación.

El pago basado en indicadores de calidad –utilizado en algunos países en combinación con otras fórmulas de pago– intentaría incentivar la rapidez, la adecuación y la calidad en las funciones de manejo clínico y estabilización de los pacientes. Por ejemplo, en Australia se han ensayado esquemas de reembolso en función de la espera de los pacientes para ser atendidos –diferente para cada categoría del *triage*–, o de la demora al ingreso o al traslado⁶. Pero no están exentos de problemas: las escalas de *triage* utilizadas para clasificar la gravedad de los pacientes tienen una baja capacidad explicativa sobre el gasto en urgencias, incluso cuando sólo se consideran los gastos variables, y las políticas de ingreso o alta de pacientes son muy manipulables⁵. En todo caso, este esquema de pago requiere el desarrollo de un sistema de indicadores capaz de medir la calidad de los propios SU y los aspectos de coordinación con la atención primaria y el resto del hospital⁷.

Perspectivas en el Sistema Nacional de Salud

Hasta la fecha existen escasas experiencias de desarrollo de sistemas de clasificación de pacientes en los SU⁸ y ninguno ha adquirido la preponderancia de los grupos de diagnósticos relacionados en el reembolso de pacientes ingresados. El trabajo que aparece en este número de GACETA SANITARIA muestra que los *Ambulatory Patient Groups* (APG) son capaces de clasificar las visitas urgentes que no generaron ingresos⁹. Es una buena noticia. Mejora la información disponible, pero probablemente la generalización de este tipo de sistemas requiere conocer muchas más cosas. Un sistema de clasificación de pacientes útil para los SU requiere tener

en cuenta diversos aspectos: *a)* mantener un cierto sentido clínico; *b)* disponer de un número de grupos manejable; *c)* ser capaz de clasificar los diferentes tipos de pacientes atendidos en los SU; *d)* alta capacidad explicativa sobre los costes variables y sobre el tiempo de personal; *e)* flexibilidad para adaptarse a los distintos modelos organizativos de los SU; *f)* que las ponderaciones de los grupos de clasificación no desincentiven la atención a los grupos de pacientes que más se benefician de la atención urgente, y *g)* que los costes del sistema (tiempo de anotación, codificación, y similares) sean razonables. Este último aspecto es trascendente, dado el elevado volumen de visitas a urgencias.

En todo caso, y aparte de los problemas técnicos, queda la duda sobre si los sistemas de pago por visita, aun ajustados por casuística, se alinean con los objetivos básicos de los SU: nada más alejado de lo que esperamos de un servicio de urgencias que intentar tratar el máximo número de pacientes (aun con costes unitarios más bajos) para maximizar el reembolso. Nada es más valioso y apreciado en estos servicios que la amplia accesibilidad y la estabilización rápida de los pacientes graves. El valor que damos a estas dos funciones

primordiales de los SU debería condicionar el sistema de financiación.

Los SU probablemente requieren un sistema de financiación mixto, que combine una parte de reembolso fijo (orientado a financiar los costes estructurales vinculados a la accesibilidad), una parte de reembolso variable (orientado a financiar los costes variables de diagnóstico y tratamiento dependientes del volumen y el tipo de pacientes) y una parte de incentivos a la calidad en función de las políticas deseadas para estos servicios. La financiación actual de los centros públicos ya tiene en cuenta la función de accesibilidad. Ir introduciendo objetivos de calidad asistencial como criterios de financiación puede ser, hoy por hoy, tan interesante o más que la vinculación de la financiación al volumen y el tipo de pacientes atendidos.

S. Peiró^a y A. García-Sempere^b

^aFundación Instituto de Investigación en Servicios de Salud. Valencia. España.

^bFundación Salud, Innovación y Sociedad. Barcelona. España.

Correo electrónico: *perez_san@gva.es*

Bibliografía

1. Peiró S, Sempere Selva T, Oterino de la Fuente D. Efectividad de las intervenciones para reducir la utilización inapropiada de los servicios hospitalarios de urgencias. Revisando la literatura 10 años después del Informe del Defensor del Pueblo. *Economía y Salud* 1999;33:3-12.
2. Sempere Selva T, Peiró S, Sendra Pina P, Martínez Espín C, López Aguilera I. Inappropriate use of an Accident and Emergency Department: Magnitude, Associated Factors and Reasons. *Ann Emerg Med* 2001;37:568-79.
3. Epelde F, García-Castrillo Riesgo L, Loma-Osorio A, Verdier J, Recuerda Martínez E. Utilización del ácido acetilsalicílico en pacientes con cardiopatía isquémica atendidos en los servicios de urgencias españoles (resultados del estudio EVI-CURE). *Med Clin (Barc)* 2000;115:455-7.
4. Aguayo de Hoyos E, Reina Toral A, Colmenero Ruiz M, Barranco Ruiz M, Pola Gallego de Guzmán MD, Jiménez Quintana MM, y grupo ARIAM. Análisis de los retrasos en el tratamiento del síndrome coronario agudo. Datos del Registro ARIAM. *Med Intensiva* 1999;23:280-7.
5. Cameron PA, Kennedy MP, McNeil JJ. The effects of bonus payments on emergency service performance in Victoria. *Med J Aust* 1999;171:243-6.
6. Duckett SJ, Jackson T. Paying for hospital emergency care under a single-payer system. *Ann Emerg Med* 2001;37:309-17.
7. Felisart J, Requena J, Roqueta F, Saura RM, Suñol R. Serveis d'urgències: indicadors per mesurar els criteris de qualitat de l'atenció sanitària (BR01/2001). Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques, 2001.
8. Cameron JM, Baraff LJ, Sekhon R. Case-mix classification for emergency departments. *Med Care* 1990;28:146-58.
9. Conesa A, Vilardell L, Muñoz R, Casenellas J, Torre P, Gelabert G, et al. Análisis y clasificación de las urgencias hospitalarias mediante los *Ambulatory Patient Groups* (APG). *Gac Sanit* 2003;17:447-52.