

Singularizar procesos: una propuesta de continuidad entre la actividad clínica y los objetivos de salud de las políticas sanitarias

José M. Beguiristain / Arantza Arrazola / Belén Elizalde / María E. Alkiza

Servicio del Plan de Salud. Dirección Territorial de Gipuzkoa. Departamento de Sanidad. Gobierno Vasco. Vitoria. Álava. España.

(Singularization processes: a proposal for continuity between clinical activity and health policy objectives)

Resumen

Antecedentes y objetivos: La Dirección Territorial de Sanidad de Gipuzkoa creó en 1996 el servicio del Plan de Salud con la finalidad de transformar los objetivos de salud priorizados por el Departamento de Sanidad en estrategias de intervención a incorporar a los contratos programa.

Proceso y resultados: el procedimiento que el servicio está utilizando para cumplir este objetivo se denomina singularización y consiste en seleccionar un proceso vinculado a un problema de salud prioritario, analizarlo y reconstruirlo de forma que se conozca la actividad relacionada con él, los resultados, el coste económico y su impacto en la salud de la población. El procedimiento permite a la Dirección Territorial de Sanidad, responsable de la compra de servicios al sector público y privado, disponer de información sobre las condiciones de contratación para el proceso revisado. La evaluación anual de los Contratos programa y Concierdos controla el grado de consecución de los pactos realizados y de sus consecuencias sobre la salud de la población. El artículo que se presenta recoge la forma en la que se realiza esta singularización.

Palabras clave: Contrato programa. Gestión por procesos. Rediseño de procesos clínicos.

Abstract

Backgrounds and objectives: In 1996 the Gipuzkoa Territorial Health Agency (Basque Country, Spain) created the Health Plan Service. The aim was to transform the health objectives prioritized by the Health Department into intervention strategies to be incorporated into the local contract services.

Process and results: One of the procedures the service uses for this purpose, known as «singularization», involves selecting a process linked to a prioritized health problem, and analyzing and reconstructing it so that the related activity, expected results, financial costs and its impact on the population's health can be identified. After this process the service provides the Territorial Health Agency, which is responsible for service purchase for the public and private sectors, with information about contract conditions for the process reviewed. Annual assessment of contract services monitors the extent to which the agreements made have been carried out and their consequences on the population's health. The present article deals with the process through which this «singularization» is carried out.

Key words: Contract services. Disease management. Critical pathways.

Antecedentes y objetivos

La fragmentación de los cuidados por una deficiente coordinación entre los niveles de atención sanitaria o el predominio de la fase aguda de la enfermedad de los pacientes sobre la prevención

y la rehabilitación son problemas comunes a todos los sistemas de salud occidentales¹. Sus consecuencias se plasman en un aumento del gasto sanitario, sin que se evidencie una mejora proporcionalmente similar en la atención y/o la obtención de mejoras en la salud^{2,3}. Estos hechos han producido iniciativas desde la gestión sanitaria y la práctica clínica no siempre exitosas, ya sea

Correspondencia: José M. Beguiristain. Dirección Territorial de Gipuzkoa. Servicio Plan de Salud. Avda. Sancho el Sabio, 35. 20010. San Sebastián. Gipuzkoa. España.
Correo electrónico: jbegiristain@ej-gv.es

Recibido: 3 de octubre de 2004. *Aceptado:* 2 de noviembre de 2004.

por no tomar en consideración las diferencias entre las diversas culturas o por no tener en cuenta la dificultad para introducir cambios e innovaciones en los servicios sanitarios públicos⁴⁻⁶, responsables de la mayor parte de la atención sanitaria.

El año 1992 el Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco inició una reforma sanitaria con la participación de profesionales de todos los ámbitos de la salud y con el refrendo político del Parlamento Autónomo. La Ley 8/1997 de 26 de junio sobre Ordenación Sanitaria en Euskadi recogió los cambios propuestos por la reforma, cuyas mayores innovaciones consistieron en separar la función de compra de la de provisión de servicios sanitarios y en exigir políticas sanitarias adaptadas a las necesidades de salud de la población. Por proximidad a los proveedores y dada la facilidad para evaluar el estado de salud poblacional, se asignó a las direcciones territoriales de sanidad la realización de los contratos-programa con el sistema público y los conciertos con el privado. En el territorio de Gipuzkoa suponía el 79,4 y el 20,6% de la actividad sanitaria contratada, respectivamente.

En 1998 se inició una estrategia de compra de servicios que diferencia 2 tipos de actividad contratada: a) «actividad preferente», para procesos vinculados a prioridades del plan de salud, previamente analizados y reestructurados, en los que se especifica el volumen de compra, las exigencias de calidad y el precio por unidad de servicio contratado (procesos singularizados), y b) «actividad genérica», para la restante compra de servicios, contratada conjuntamente en función de la actividad previa y con indicadores generales de calidad⁷.

Procedimiento de la singularización

Singularizar un proceso de atención significa analizarlo en su totalidad, compararlo con un patrón de referencia, como puede ser una guía de práctica clínica evaluada y validada, y rediseñarlo para ajustarlo a la situación deseable en un contexto determinado. El proceso se selecciona según una serie de criterios (tabla 1) e implica la utilización de un conjunto de técnicas y herramientas ya conocidas, como la búsqueda bibliográfica y la revisión sistemática, el análisis de bases de datos, la presentación de síntesis informativas, la realización de entrevistas individuales y/o la conducción de grupos de trabajo con profesionales sanitarios. Para los indicadores de calidad se utiliza una adaptación del modelo de calidad del National Health Service del Reino Unido (fig. 1). La diferenciación entre resultados y mejoras en salud y su compatibilidad con los diferentes programas de calidad de los proveedores sanitarios de la dirección territorial han sido razones importantes en esta elección.

Tabla 1. Criterios básicos para iniciar la singularización de un proceso

Realización de intervenciones efectivas y viables que puedan ser recogidas en el plan asistencial
Relación con las prioridades del plan de salud
Procedimiento cuantitativamente significativo en la actividad del sector
Proceso cualitativamente relevante y con posibilidad de medir su impacto sobre la salud individual y colectiva
Gran variabilidad en los procedimientos de la atención sanitaria
Participación de los responsables clínicos en el procedimiento
Reconocimiento social del proceso como un problema relevante de salud

Fases de una singularización

El procedimiento se realiza en fases consecutivas y se materializa en un documento que especifica la vinculación del proceso al plan de salud, su impacto en la actividad sanitaria, el plan asistencial, los resultados esperados en salud y las recomendaciones para la contratación (plan de compra y contratación de servicios). Las fases del procedimiento son las siguientes:

1. Análisis del proceso. Teniendo como modelo la reconstrucción teórica elaborada a partir de la revisión bibliográfica, se analizan los datos clínicos, sociodemográficos y económicos del registro del Conjunto Mínimo de Bases de Datos (CMBD). El análisis se completa con la revisión de una muestra aleatoria de historias clínicas y entrevistas semiestructuradas realizadas a los profesionales y los pacientes.

2. Construcción del proceso en el mundo real. De los datos extraídos se describe el proceso tal y como se está realizando en el momento del análisis y su coste económico. Esta elaboración se modela con los clíni-

Fig. 1. Áreas de calidad incorporadas a la singularización de procesos. Adaptación de Quality and Performance in the National Health Service (Reino Unido).



cos consultores, de forma que el resultado sea reconocido también por ellos. De la comparación entre el modelo teórico y la descripción se extraen las diferencias entre ambos y las opciones de cambio, separando los casos prioritarios de los que pueden esperar.

3. Elaboración del plan asistencial. Con la información anterior se procede a la reconstrucción del proceso y la elaboración del plan asistencial, que ha de tener los siguientes componentes:

– Actividad clínica: criterios diagnósticos, intervención terapéutica aconsejada, resultados previsibles a corto y medio plazo, seguimiento, controles y tiempos aconsejados para cada intervención.

– Indicadores de calidad: determinación de los indicadores seleccionados para cada una de las 6 áreas evaluadas.

– Sistema informático de soporte.

– Precio por unidad y, si es posible, análisis de coste-efectividad.

El plan de compra y provisión de servicios que se utilizará en la contratación/concertación se extrae del plan asistencial (tabla 2).

4. Negociación. Esta última fase, previa a la firma de los contratos-programa y los conciertos, concreta con los clínicos las condiciones para incorporar los cambios del plan asistencial a los servicios implicados.

Resultados

Actualmente, en los hospitales de agudos de Osakidetza la contratación preferente supone el 20,7% del peso total en GDR (el 19,6% de la financiación del total de altas). En este grupo están incluidos los siguientes procesos: cataratas, artroplastia de cadera, parto, ECVA, infarto agudo de miocardio, y los tumores de mama, pulmón, próstata y colon-recto.

La financiación vinculada a la cumplimentación de las exigencias de calidad del contrato-programa y concierto (hospitales de agudos, de media estancia, atención primaria y salud mental extrahospitalaria) ascendió a 1.914.606 euros, el 0,7% de la financiación total.

Discusión

Aunque en la singularización el producto final sea el rediseño de un proceso, no se puede interpretar como un producto de reingeniería ya que tiene 2 grandes diferencias con ella. En primer lugar, se analiza y reconstruye el conjunto de componentes de un proceso clínico sin entrar a considerar la organización de las per-

Tabla 2. Recomendaciones para la contratación/concertación del proceso de «artroplastia primera de cadera» (2003)

Objeto de contratación singularizada: artroplastia primera de cadera (GRD 817 y 818, que presenten en la variable I1 o P1 de los CMBD, valores 81,51 y 81,52)
Número de intervenciones realizadas durante el año 2003 en el territorio de Gipuzkoa: 886
Prótesis contratada: prótesis avaladas, modelos originales y con garantía de suministro inmediato
El 70% de las intervenciones que siguen el plan asistencial:
Utilización del algoritmo consensuado para la adecuación del tipo de prótesis
Una revisión anual, como mínimo, con una exploración funcional de la cadera y una radiografía simple
Tasa de infección asociada con la artroplastia < 3% en el período comprendido entre la intervención y los 6 meses posteriores
Tasa de enfermedad tromboembólica periintervención < 5%
Utilización de un instrumento de medición genérico o específico para valorar el cambio en la calidad de vida a una muestra de pacientes intervenidos (previamente y 6 meses tras la intervención)
Disponibilidad de datos sobre el número de intervenciones, la edad, la tasa de revisiones, la tasa de complicaciones y el tipo de prótesis implantada, con registro de todas las variables en una proporción $\geq 95\%$ en el sistema de información específico
Precio por proceso: 6.780,82 euros (incluido el sistema de información específico)

GRD: grupos relacionados con el diagnóstico; CMBD: Conjunto Mínimo de Bases de Datos.

sonas que lo realizan. La iniciativa de la reestructuración surge del cliente/comprador, no del proveedor, y ésta es la segunda diferencia⁸. Otras nuevas formas de gestión, como la gestión por procesos, tienen elementos comunes con la singularización pero una diferencia esencial: la perspectiva integradora de servicios⁹. Esta limitación del procedimiento de la singularización es responsable de que, hasta la actualidad, se haya aplicado, sobre todo, a los procesos agudos hospitalarios. El desarrollo de los sistemas de información, y sobre todo la integración en ellos de los diferentes niveles de atención, será determinante para superar este obstáculo.

Se puede considerar que no es a la parte compradora a quien corresponde revisar los procesos vinculados a la actividad del proveedor para impulsar y orientar los cambios en ésta. Según nuestra experiencia, los proveedores del sistema público aceptan con poco entusiasmo esta iniciativa que, desde nuestro punto de vista, es complementaria al proceso de gestión clínica: tras la singularización una proporción de actividad asistencial se realiza con estándares actualizados y aceptados por los clínicos y con un sistema de información que permite monitorizarla y evaluarla. Sin embargo, el sector privado, con mayor capacidad de adaptación, responde con más interés a estas propuestas.

Se puede argumentar que se trata de una actividad laboriosa para realizar una compra/venta de servicios sanitarios hasta cierto punto ficticia¹⁰. La separación de la función de compra y la provisión de servicios no tiene en sí mismo un potencial de cambio, pero éste puede ser provocado y estimulado con estrategias de compra que de forma progresiva orienten la actividad de los servicios a las necesidades de salud de la población y a las intervenciones efectivas y eficientes. La singularización refuerza estas estrategias. Se trata de un procedimiento que insiste en la evaluación de la salud (proceso y resultados) que, desde el reconocimiento de lo preexistente, propone modificaciones progresivas en la práctica asistencial, lo que desencadena indirectamente ciertos cambios en la gestión y la organización de los servicios y centros¹¹.

Conclusiones

La singularización es un procedimiento que, al apoyar una estrategia de contratación de servicios sanitarios, permite evaluar el impacto de su actividad sobre la salud de la población. Singularizar un número limitado de procesos clínicos permitiría ir hacia la negociación y la contratación de objetivos de salud, de forma que la imagen de la oferta de servicios quedase superpuesta a las necesidades de salud de la población. Esta situación facilitaría la comprensión de las políticas de salud y posibilitaría un debate social sobre las prioridades sanitarias, con la participación y la responsabilización de la población en un sector que consume el 32,4% del total del presupuesto anual en esta comunidad.

Agradecimientos

Quisiéramos expresar nuestro agradecimiento a las siguientes personas que colaboraron con nosotros en la elab-

boración de este trabajo: Javier Mendicute, especialista en Oftalmología; Jaime Usabiaga, especialista en Traumatología y Cirugía Ortopédica; Juan Larraz, especialista en Obstetricia y Ginecología; Josep Piera, especialista en Oncología Clínica; Andoni Orube, especialista en Radioterapia; Edurne Carrera e Ignacio Manchola, especialistas en Neurología (Hospital Donostia de San Sebastián); Jesús M. Ibarluzea, biólogo de Salud Pública (Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco); Idoia Gaminde, socióloga sanitaria (Departamento de Sanidad del Gobierno de Navarra); Beatriz González López-Valcárcel, economista (Universidad de Las Palmas de Gran Canaria); Rafael Cerdán Arandía, ex Director Territorial de Sanidad de Gipuzkoa y actual Viceconsejero de Sanidad del Gobierno Vasco.

Bibliografía

1. Hunter DJ, Fairfield G. Managed care: disease management. *BMJ*. 1997;315:50-3.
2. Weed LL. New connections between medical knowledge and patient care. *BMJ*. 1997;315:231-5.
3. Blumenthal D. Controlling Health Care Expenditures. *N Engl J Med*. 2001;344:766-74.
4. Sackett D, Rosenberg W, Richardson S. How to practice and teach evidence based medicine. Edinburgh: Churchill Livingstone; 1996.
5. Colomer Mascaró J. El desafío es conseguir adaptar los hábitos y costumbres para afrontar la gestión clínica del presente [editorial]. *Gestión Clínica y Sanitaria*. 2002;4;111-3.
6. Belenes R. Cambios en la organización del hospital moderno: el encuentro entre clínicos y gestores. *Todo Hospital*. 1999;155:229-33.
7. Contrato-programa. Dirección de financiación y contratación sanitaria. Documento interno. Vitoria-Gasteiz: Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco; 2002.
8. Hammer M, Champy J. Reingeniería de la empresa. Barcelona: Parramón; 1994.
9. Torres Olivera A. La gestión por procesos asistenciales integrales: una estrategia necesaria [editorial]. *Aten Primaria*. 2003;31:561-3.
10. Osorio Acosta J, Paredes Alonso E. Reingeniería de procesos en los hospitales públicos: ¿reinventando la rueda? *Rev Esp Salud Pública*. 2001;75:193-206.
11. Beguiristain JM, Elizalde B, Ibarluzea J, Mendicute J, Sola C. Impacto de tres años de contrato-programa en la calidad de la cirugía de catarata. *Gac Sanit*. 1999;13:468-73.