

El Plan Nacional de Detección precoz de la HF es coste-efectivo

Uno de los objetivos clave de la Fundación Hipercolesterolemia Familiar se ha alcanzado: la aportación reducida para todos los fármacos que necesitan tomar de forma crónica los pacientes que padecen esta enfermedad. No obstante, sigue pendiente la reclamación al ministerio de un Plan Nacional de Detección Precoz.

La Fundación Hipercolesterolemia Familiar ha alcanzado uno de sus objetivos fundamentales: la aportación reducida para todos los fármacos que necesitan tomar de forma crónica los pacientes que padecen esta enfermedad. Sigue pendiente la reclamación al ministerio de un Plan Nacional de Detección Precoz, que ahora sólo se lleva a cabo en algunas comunidades. Los resultados obtenidos de un análisis coste-efectividad publicado recientemente en la *Revista Española de Cardiología* respaldan su puesta en marcha.

Los especialistas autonómicos han hecho hasta hoy unos 5.000 análisis genéticos, con un porcentaje de detección del 65%. Más de la mitad de los diagnósticos positivos han tenido lugar pasados los 50 años, lo que tiene evidentes implicaciones sanitarias y económicas, pues el beneficio sanitario en años de vida ganados es mayor cuanto antes se diagnostica la enfermedad.

La esperanza de vida para un varón de 20 años con hipercolesterolemia familiar (HF) heterocigótica tratado con estatinas desde los 20 años es de 70,6 años. Su esperanza de vida sin ese tratamiento sería de 65,6

años. Para una mujer, las cifras son de 77,2 años sin tratamiento y 82,3 con tratamiento.

Los datos económicos también apoyan la estrategia de cribado genético a los familiares directos de personas diagnosticadas de HF como una alternativa eficiente frente al no cribado. El coste medio del cribado por cada nuevo caso diagnosticado es de 1.447 euros. Las estimaciones indican que se evitarían 26 infartos agudos de miocardio (IAM) por cada 100 personas tratadas con estatinas entre los 18 y los 60 años. “Por lo tanto, el ahorro de los IAM evitados por persona diagnosticada (1.384 euros) compensa en buena parte el coste del tratamiento”, dice el estudio. No ocurre lo mismo con el coste del tratamiento, cuyo coste medio (sumando dos visitas anuales al especialista) asciende a los 4.529 euros.

Dividir el coste total incremental por los años de vida ganados suma nuevas pesas a la alternativa de cribar la enfermedad. Según este coeficiente, un programa de cribado genético a familiares de primer grado de pacientes diagnosticados de HF supondría invertir 3.423 euros por cada año de vida ganado.

La calidad de vida supone el mayor coste que presenta la osteoporosis

A pesar de que el impacto económico que conlleva la osteoporosis se cifre en 37.000 millones de euros en los países de la UE, el coste real que supone esta patología en pérdida de calidad y esperanza de vida se cifra en el doble. Según estiman los expertos, resulta necesaria una mayor involucración del Sistema Nacional de Salud.

Actualmente, se estima que el coste directo de la osteoporosis en los países de la UE es de 37.000 millones de euros anuales, y el indirecto en 8.000 millones. Pero el profesor Beng Jönsson ha cifrado el impacto económico de la pérdida de calidad y esperanza de vida en el doble, como se observó en un estudio realizado en Suecia.

El economista y consultor de la Organización Mundial de la Salud (OMS) aseguró que de los estudios nacionales existentes, se puede inferir que el coste de la osteoporosis en términos DALY (años sin discapacidad ajustados por calidad de vida) es superior al ocasionado por cánceres y enfermedades crónicas. Así, defendió una mayor colaboración entre paciente y médico para disminuir los riesgos y señaló que “habría que revisar la definición tradicional para la detección precoz que se ha basado en la densitometría ósea, cuando hay una disponibilidad limitada de DXA”, por este motivo apostó por el FRAX que estima el riesgo de fractura a los 10 años, para saber qué pacientes se deben tratar.

Otro de los problemas para calibrar el impacto económico



de la osteoporosis es que “los tratamientos no se cumplen de forma óptima”. Para el experto, “las farmacéuticas deben seguir desarrollando nuevas oportunidades de tratamiento, pero el grave problema al que nos enfrentamos es que estos tratamientos no se usan de forma óptima en el sistema de asistencia sanitaria”. La responsabilidad es del sistema nacional de salud, que debe “trabajar en conjunto y de forma global para tratar la enfermedad”.

Aún así, señaló que el motivo principal por el que los pacientes dejan la medicación son los efectos secundarios. “Si no hay dolor y lo tomas como prevención no ven los beneficios a corto plazo, sino solo los efectos secundarios”.

Financiación de centros sanitarios en Andalucía

La Consejería de Salud de la Junta de Andalucía ha financiado a sus centros sanitarios desde la descentralización de las competencias en materia de gestión de centros sanitarios de la seguridad social (RD 1989/84) hasta finales de los años noventa mediante el sistema de costes retrospectivos o históricos. A partir del año 1999 la Junta de Andalucía se planteó un modelo de financiación vinculando progresivamente actividad y costes, planificando la actividad y con partidas específicas que reconocieran las particularidades de cada hospital. Este modelo se volvió a implantar en los años 2000 y 2001. Sin embargo, todas estas estrategias presupuestarias han fracasado al no conseguir su objetivo de ligar financiación con actividad. De ahí que la Junta haya cambiado el modelo de financiación a partir del año 2002 basado en la población adscrita, abandonando el anterior de financiación por actividad. El sistema estaba basado, en un principio, en la población del área hospitalaria de referencia sobre la base del último censo aprobado y ajustada por una serie de indicadores (mayores de 65 años, desplazados, costes de estructura y de docencia).

The Andalucía's Health Regional Council has been financing its health centres following the historic costs method from the era of competence decentralisation (RD 1989/84) until the late 90s. In 1999, the Council adopted a different financing method, which was progressively linking costs to activities, planning the activities with specific budgets for each centre. This model was introduced again in 2000 and 2001, but failed in its purpose to tie activities to financing. That's the reason why, since 2002, the new financing model has been based on the population covered, giving up the activity-based method. Such a system was initially developed calculating the size population of each hospital areas, referring to the last published census and adjusted by a series of indicators (e.g. population over 65, migration, structural and teaching costs).

Key words: Andalucía, decentralization, retrospective cost.

Miguel Moreno Verdugo. Técnico de Función Administrativa del Hospital Carlos Haya de Málaga.



La financiación tradicional de los hospitales en España y Andalucía ha sido la retrospectiva o de costes históricos: cada año se financiaba cada centro en función del presupuesto del año anterior incrementado en una cantidad variable en función del IPC u otros factores. Estos sistemas de financiación son muy fáciles de aplicar, permiten un fuerte control centralizado del gasto en cualquier actividad administrativa, excepto la sanitaria (debido a que los poderes residuales de decisión se encuentran muy descentralizados en los médicos); pero generan fuertes ineficiencias en el sistema y no traslada riesgos a los agentes implicados.

Sin embargo, a partir de la publicación del informe Abril Martorell, se empezaron a utilizar en el Insalud y en diferentes servicios regionales de salud la figura del contrato-programa. Se trata de un instrumento de relación con los centros públicos sanitarios que vincula la actividad al presupuesto asignado a cada centro. Por tanto, el objetivo es establecer un sistema de financiación prospectiva. Así, el

Insalud a partir del año 1993 comenzó con la implantación de su primer contrato-programa con sus centros hospitalarios, transformando el sistema tradicional de gasto histórico por un sistema prospectivo basado en actividad prevista y una tarifa estándar. Los objetivos de actividad se valoraban en Unidades Ponderadas de Asistencia (UPA). Posteriormente, a finales de los años noventa la financiación de los hospitales del Insalud se modificó parcialmente a un sistema basado en dos componentes: por una parte la estructura del centro, y por otra, la tarifa fijada por producto, basada en la clasificación de pacientes por Grupos Relacionados por el Diagnósticos (GRD). Para la actividad que se realiza sin hospitalización se dispone de un sistema de medida basado en productos intermedios, junto a tarifas específicas para ciertos procesos ambulatorios.

En Andalucía, para el ejercicio económico 1999, se planteó un modelo de financiación en la misma línea vinculando progresivamente actividad y costes, planificando la actividad,

ANÁLISIS

Toda la literatura científica española e internacional está en contra de financiar a los hospitales mediante criterios capitativos o de población asignada. Tiene sentido financiar per cápita áreas integradas de gestión que incluyan atención primaria y hospitales, pero no centros hospitalarios de forma individual. Andalucía es la única región del mundo con competencias en materia sanitaria que financia a sus hospitales mediante población adscrita.

cerrando el presupuesto y con partidas específicas que reconocieran las particularidades de cada hospital. Este modelo se volvió a implantar en los años 2000 y 2001. Se identificaban cuatro partidas en la financiación de cada hospital: costes extraídos, entorno o estructura, actividad clínica y subvención. La partida de costes extraídos engloba costes específicos de cada hospital que no son financiables ni por el entorno ni por actividad. Se incluyen costes de personal del hospital que presta servicio en otro centro, liberados sindicales, salud mental sin hospitalización, servicios especiales de urgencias, medicación a pacientes externos, retribuciones de MIR, escuelas de enfermería, unidades docentes y pruebas diagnósticas solicitadas desde atención primaria. La financiación de la actividad se realiza sobre la base de la identificación de líneas de producto: hospitalización, urgencias no ingresadas, consultas, cirugía mayor ambulatoria, cirugía menor ambulatoria, hospital de día médica y hemodiálisis. Para medir la actividad hospitalaria y homogenizarla en primer lugar se utilizó una escala relativa de valor propiamente andaluza (EVA o escala de valoración andaluza), para después utilizar los GRD de acuerdo a la complejidad de cada hospital.

Todas estas estrategias presupuestarias han fracasado al no conseguir su objetivo de ligar financiación con actividad. Los recursos se relacionan con actividad esperada, pero las variaciones en actividad sólo producen variaciones ligeras de recursos. Aquellos hospitales ineficientes o que producen menos GRD o EVA de las esperadas no reciben menos financiación que con el sistema incrementalista de costes históricos, con lo que en la práctica se repiten los mismos vicios del sistema de costes históricos.

A partir del año 2002 la Junta de Andalucía pone en marcha un sistema de financiación de sus hospitales basado en la población adscrita, abandonando el anterior de financiación por

actividad. El sistema estaba basado, en un principio en la población del área hospitalaria de referencia sobre la base del último censo aprobado y ajustada por una serie de indicadores (mayores de 65 años, desplazados, costes de estructura y de docencia). Se justifica el nuevo modelo en base a reforzar el papel de los ciudadanos, cubrir no sólo la asistencia sanitaria sino también la cobertura, trasladar el riesgo financiero a los centros sanitarios e involucrar a los profesionales sanitarios en la descentralización de los objetivos sanitarios, además permite asegurar un control del gasto sanitario. Actualmente, el sistema es similar pero la base capitativa está basada no en los censos de población sino en la Base de Datos de Usuarios del Sistema Sanitario Público Andaluz (BDU).

Sin embargo, toda la literatura científica española e internacional está en contra de financiar a los hospitales mediante criterios capitativos o de población asignada. Tiene sentido financiar per cápita áreas integradas de gestión que incluyan atención primaria y hospitales, pero no centros hospitalarios de forma individual. Andalucía es la única región del mundo con competencias en materia sanitaria que financia a sus hospitales mediante población adscrita.

La mayoría de los autores internacionales expertos en esta materia explicitan algunas características que deben tener los sistemas de financiación de los hospitales:

Equidad. El modelo de financiación hospitalario tiene que ser compatible con los compromisos de garantizar el acceso de todos sus ciudadanos a los servicios sanitarios. Esta restricción de equidad emana del mandato constitucional y de la LGS, y aunque no puede interpretarse en términos absolutos, podemos considerar que se postula el derecho de cualquier ciudadano de recibir un conjunto amplio de servicios sanitarios con independencia de su estatus social y económico y del lugar geográfico donde viva. Debemos evitar sistemas de financiación que pudieran implicar selección de riesgos por parte de hospitales a pacientes con expectativas de costes superiores a los ingresos previstos.

Eficiencia. El modelo de financiación debe incentivar la producción eficiente de servicios. Una condición necesaria para incentivar la eficiencia es no garantizar todos los costes en que incurran los hospitales. Esto implica inevitablemente un cierto traslado de riesgos del financiador a los hospitales y por tanto, a los directivos y profesionales que trabajan en ellos.

Control de costes. Debe permitir la predic-

ción presupuestaria del financiador e impedir el crecimiento descontrolado de los gastos.

Calidad. El contrato de financiación debe considerar explícitamente las cuestiones referidas al establecimiento de calidad en la prestación de servicios.

Estabilidad. Los centros sanitarios deben tener expectativas sólidas sobre financiación a lo largo del tiempo. Es decir, el traslado de riesgos inducido por el método de pago no debe ser excesivo.

Aceptable. El financiador y los proveedores deben considerarlo aceptable. Esta característica no debe interpretarse en términos paretianos, ya que implicaría unos derechos de veto de cualquier agente a la realización de cambios.

Propuesta de financiación de centros

El modelo que consideramos que cumple con estas características sería aquel donde los distritos se financiarían a través de un sistema de capitación ponderada ajustado por criterios de accesibilidad y edad. Las áreas hospitalarias se financiarían según criterios de actividad medidas mediante GRD (fijadas las actividades y precios o tarifas según procesos). La actividad dependerá de los pacientes que sean remitidos desde los médicos de atención primaria que actuarán de consultores de los ciudadanos, los cuales tendrían la posibilidad de libre decisión para escoger hospital y médico especialista. Por tanto, la financiación del hospital dependerá de los pacientes que elijan a sus médicos y su propio centro. Para ello el usuario deberá tener información de los aspectos relacionados con la accesibilidad, trato, confort, etc. de los centros hospitalarios, así como de la calidad técnica, tecnología, adecuación y coordinación de cuidados de enfermería, etc. Se trata de un sistema de competencia regulada donde la financiación sigue al paciente, donde el derecho a elegir médico y centro predomina sobre aspectos basados en la planificación y organización. La elección de centro por el ciudadano debe repercutir en diversos aspectos: reajuste de la oferta en virtud de los servicios favorecidos por la elección de los ciudadanos, valoración de los resultados de las unidades, valoración de los profesionales y financiación de centros y unidades clínicas de gestión.

Este sistema de gestión por actividad en función de la elección de pacientes para hospitales es mucho más incentivador que el modelo actual de financiación basado en la pobla-

CONCLUSIONES: PROPUESTA DE MODELO

Los distritos se financiarían a través de un sistema de capitación ponderada ajustado por criterios de accesibilidad y edad. Las áreas hospitalarias se financiarían según criterios de actividad medidas mediante GRD (fijadas las actividades y precios o tarifas según procesos). La actividad dependerá de los pacientes que sean remitidos desde los médicos de atención primaria que actuarán de consultores de los ciudadanos, los cuales tendrían la posibilidad de libre decisión para escoger hospital y médico especialista.

ción adscrita ajustada por diversos parámetros. Dentro de cada hospital y distrito la forma de gestión sería a través del desarrollo de las unidades clínicas de gestión.

En el ámbito de la atención primaria el sistema de financiación, como hemos dicho, sería capitativo (población censada, empadronada más población flotante) ajustada por algunos parámetros como edad (mayores de 65 años o menores de 14 años) y complejidad. Los sistemas de financiación capitativos o por necesidad sanitaria ajustada poseen varias ventajas respecto a los sistemas retrospectivos o incrementalistas vigentes hasta los años noventa: valoran la demanda sanitaria independiente de la oferta, y les afecta menos la complejidad del ajuste poblacional. Además aseguran un control del gasto, la equidad (igual acceso por igual necesidad) y eficiencia (hacemos a los proveedores sanitarios más responsables de sus costes y beneficios).

Modelo de gestión presupuestaria

Desde un punto de vista de gestión presupuestaria la gestión de los recursos de los centros sanitarios del SAS, en el momento actual, como organismo autónomo de carácter administrativo, se somete al derecho administrativo. Cuentan con presupuestos propios, aunque éstos se integran en los presupuestos de la comunidad autónoma (artículo 32.2 de la LGHP). Cuenta con tesorería centralizada en el SAS y no existe descentralización en los centros sanitarios, y tampoco esta prevista la posibilidad de endeudamiento mediante créditos, préstamos u otras operaciones financieras. Su régimen de contabilidad es el de contabilidad presupuestaria pública regulada en la LGHP y Orden de 7 de julio de 1995 de la Consejería de Economía y Hacienda por el

que se aprueba el régimen de contabilidad pública y presupuestaria de la Junta de Andalucía y el control en el momento actual es ejercido por la Intervención General a través de intervención crítica o previa del gasto o bien mediante control financiero permanente (artículo 85 LGHP).

En cuanto al régimen financiero y respecto a los ingresos que se generan en el centro (cobros a terceros por personal sin derecho a asistencia gratuita, accidentes de tráfico o trabajo, cánones, etc.) aunque se liquiden y se cobran por el centro no revierten a los presupuestos del mismo sino a los del organismo en su conjunto. Sólo se generan presupuestos en el estado de gasto si se cumplen una serie de condiciones establecidas en cada una de las leyes de presupuestos anuales.

Respecto a los gastos debemos destacar:

a) El centro recibe anualmente un presupuesto distribuido por conceptos presupuestarios con un determinado grado de vinculación marcado por la ley general de hacienda pública y leyes de presupuestos anuales. Sí es posible proponer modificaciones al presupuesto pero la autorización no corresponde al centro sino a los servicios centrales de otros órganos superiores (artículo 40 y ss LGHP) pudiendo demorarse unos meses tales expedientes.

b) El procedimiento de gastos comprende cuatro fases: A,D,O,P que se producen en todos los actos de contenido económico aunque a veces se acumulen algunas de ellas.

c) No es posible ningún tipo de endeudamiento.

d) En el momento actual los centros del SAS no están sometidos a intervención previa o crítica del gasto sino a control financiero permanente.

e) El sistema contable presupuestario ofrece muy poca información útil de gestión. Por ello se lleva trabajando desde hace tiempo en sistemas de información de contabilidad de gestión y contabilidad de costes que relaciones los costes con la producción sanitaria (GRD, estancias, consultas, etc.). Es lo que en Andalucía se ha llamado proyecto COAN H Y P.

El modelo que proponemos para el Servicio de Salud de la Comunidad Autónoma de Andalucía sería el de ente público empresarial según regulación de la Lofage o Agencia pública Empresarial al amparo de los artículos 68 y siguientes de la Ley 9/2007 de Administración de la Junta de Andalucía, cuyo régimen presupuestario y contable viene regulado en el capítulo IV del Título II de la LGHP donde se regulen las normas especiales en materia presupuestaria para los organismos comerciales,

industriales, financieros o análogos, y para las empresas de la Junta de Andalucía; así como en el capítulo II del decreto 9/1999. De esta manera, no se sigue el régimen de presupuestación pública que vimos para el caso de los organismos autónomos administrativos, ni el régimen de gestión presupuestaria propio de la Administración pública, sino que se someten al derecho mercantil en su actuación. Se aprueban unos presupuestos de explotación y de capital de acuerdo al sistema contable mercantil (Plan General de Contabilidad) que se integran en los presupuestos de la Junta de Andalucía (ley general de hacienda pública artículo 32.2.e.). A cambio estas empresas deberán realizar un programa de actuación, inversión y financiación cuyo contenido básico es el siguiente (artículo 57 LGHP):

- Un estado en el que se recogerán las inversiones reales y financieras a efectuar durante el ejercicio.
- Un estado de fuentes de financiación de capital e inversiones
- Expresión de los objetivos a alcanzar y las rentas que se esperan obtener
- Memoria de evaluación económica de las inversiones.