

La revisión de la efectividad de las revisiones de utilización inadecuada. Más medición que adopción de medidas

Ricard Meneu

Fundación Instituto de Investigación en Servicios de Salud. Valencia. España.

Correspondencia: R. Meneu.

Fundación Instituto de Investigación en Servicios de Salud.

San Vicente, 112, 3.º. 46007 Valencia. España.

Correo electrónico: ricard.meneu@gmail.com

Desde hace tiempo tenemos noticia de la magnitud y la relevancia de la utilización inadecuada de la hospitalización, cifrada en alrededor del 30% de las estancias. Su traducción local a cerca de un millón de días de hospitalización inadecuada en el conjunto del Sistema Nacional de Salud cada año parecería aconsejar más intervención que reiteración y refinamiento de las mediciones. Pero la revisión de la literatura muestra un panorama sustancialmente diferente, en el que escasean clamorosamente las intervenciones correctivas que se estima merecedoras de divulgación.

En los últimos tres lustros se han publicado en España cerca de un centenar de artículos que evalúan la adecuación de la hospitalización, generalmente empleando instrumentos desarrollados a comienzos de la década de los ochenta¹⁻⁶. Sin embargo, este importante esfuerzo diagnóstico no se ha acompañado de un similar brío terapéutico. Una mínima fracción de los trabajos sobre utilización inadecuada dan cuenta de estrategias orientadas a la corrección de los problemas tan sistemática y extensamente constatados. Semejante poquedad en la publicación de los esfuerzos seguramente emprendidos para mejorar la adecuación de las hospitalizaciones no es atribuible a la irrelevancia de los problemas detectados ni a la carencia de enfoques para enfrentarlos, ni tampoco a la ausencia de herramientas que faciliten acompañar la evaluación de intervenciones para abordar su mejora. Convendrá reflexionar, pues, sobre los incentivos presentes en el sistema que pueden limitar la voluntad o la capacidad de intervención.

Los escasos hallazgos de la revisión sistemática internacional llevada a cabo⁷ (15 intervenciones para reducir las hospitalizaciones inadecuadas, sólo 3 de ellas realizadas en España) pueden resultar descorazonadores en cualquiera de sus posibles interpretaciones: o no se llevan a cabo intervenciones mensurables o no se documentan. Un resto de optimismo injustificado impulsa a considerar más verosímil la segunda opción que la primera. Pero aun así cuesta entender que el meticuloso empeño en diagnosticar (documentar y taxonomizar los problemas detectados) se vea tan escasamente acompañado de un similar impulso terapéutico (describir las estrategias escogidas, su despliegue y sus resultados) en cualquiera de las modalidades de actuación consideradas: intervenciones educativas, administrativas, de retroinformación o combinadas.

Si, como afirma el artículo que motiva este comentario, la revisión de la utilización hospitalaria tiene un extraordina-

rio potencial para el diseño de intervenciones de mejora de la calidad y de la eficiencia de la atención, a la vista de las magnitudes apuntadas, habrá que esforzarse en reconfigurar los incentivos que tan eficazmente parecen contribuir a perpetuar un statu quo claramente subóptimo. Ciertamente, verificar que diversas intervenciones son efectivas para la reducción de la hospitalización inadecuada puede interpretarse como “buenas noticias para aquellas organizaciones que tengan interés en reducir su volumen de estancias inadecuadas”, como apunta la revisión aquí publicada. Pero se ha señalado hace ya tiempo que los beneficios de eliminar hospitalizaciones inadecuadas que repercuten negativamente en el deseable uso de las camas se producen principalmente en costes de oportunidad, pero desde el punto de vista financiero, los ahorros así conseguidos se refieren fundamentalmente a costes marginales. E incluso la relevancia de estos ahorros tiene un significado diferente para proveedores, para pagadores y para usuarios⁸.

En semejante contexto, pocos responsables sanitarios que quieran seguir siéndolo desearán aumentar la eficiencia de su institución sustituyendo estancias de bajo consumo terapéutico por otras que utilicen más recursos, atención y dedicación profesional, con los consiguientes incrementos de gasto corriente y cargas de trabajo⁹. Tampoco es previsible que unos profesionales acostumbrados a ajustar su rendimiento alrededor de un determinado nivel que consideran legítimo, aceptable o provechoso vayan a ser masivamente los promotores activos de la reducción de la importante fracción de hospitalizaciones inadecuadas, con su consecuente sustitución por otras más intensivas en trabajo y consumo de recursos. Los limitados logros verificados en la reducción de ésta mediante estrategias informativo-educativas son escasos en número, generalmente también en resultados, y a menudo acompañados de interesantes reducciones significativas de inadecuación en los grupos de control, sobre los que no se interviene.

Con los mimbres disponibles, hay que profundizar en las asunciones que permitan diseñar intervenciones eficaces, generalizables e inocuas. Así, entender los mecanismos por los que se produce la contaminación de los nuevos patrones de práctica desde los grupos de intervención hacia los de control puede aportar importantes elementos para extender los efectos de la mejora de la adecuación, identificar sus fracciones más vulnerables y reducir de modo sencillo una parte no des-

preciable de la utilización inadecuada tan profusamente medida. Ahondar en la comprensión de la relevancia efectiva de la implicación de las estructuras gestoras puede contribuir a reponderar el énfasis depositado en la capacidad de mejora de las apelaciones al profesionalismo frente a la reconfiguración del marco organizativo.

En nuestros hospitales perviven inercias de funcionamiento difícilmente justificables e ineficiencias palmarias en desdichada cohabitación con aberrantes soluciones (jesos ingresos virtuales para “acelerar” algún procedimiento que sólo nominalmente requiere hospitalización!), con el agravante de la proclividad al contagio masivo de las malas prácticas. La revisión de registros clínicos supone casi siempre una sorprendente inmersión en un mundo carrolliano, donde dos signos negativos no se traducen en nada positivo, donde se documenta lo que no debería suceder y donde las explicaciones de ciertos comportamientos resultan más preocupantes que la confiada esperanza en algún motivo que no se atisba. Muchas de las anotaciones que con demasiada frecuencia se encuentran en el proceso de revisión nos muestran crudamente las lógicas perversas insertadas en nuestros modos de práctica. Cada una de ellas parece un caso entre un millón, pero juntas suponen millares y millares de casos de empleo inadecuado, a menudo sistemático, de recursos altamente especializados. A este respecto no parece ocioso señalar que las revisiones de utilización que hemos conocido están próximas a su fin, dada la importante mutación que los registros mecanizados impondrán a las sufridas hojas de anotaciones que han recogido durante décadas las sorpresas, inquietudes y frustraciones de cientos de competentes profesionales atrapados entre el deseo de resolver los problemas de cada paciente y la escasa flexibilidad de los usos organizativos. Una documentación más protocolizada y sistematizada y con apenas espacios para textos libres será sin duda útil para un manejo más reglado de los procesos hospitalizados, pero supondrá importantes pérdidas de ese tesoro de información sepultada en archivos de papel, casi más escritos que leídos.

Las estrategias de intervención ensayadas, propuestas o vislumbradas, siguen huérfanas de una verificación suficiente. O al menos de una documentación aceptable sobre sus efectos. Aun así, la falta de evidencia suficiente para avalarlas no debería ser motivo para rechazar propuestas razonables insuficientemente implementadas. Organizar las admisiones para reducir las estancias preoperatorias innecesarias, hacer más estrictos los criterios de admisión cuando exista la posibilidad de realizar los procesos diagnósticos o terapéuticos sin ingreso, mejorar la organización hospitalaria para reducir los tiempos de espera entre pruebas y establecer, al menos, relaciones con los servicios alternativos, entre muchas otras, pueden ser alternativas adecuadas, en función de las especi-

ficidades de cada centro, para reducir la hospitalización innecesaria y permitir el aprovechamiento de estos recursos por otros pacientes. También para contribuir a paliar otros problemas, presentes de antiguo en los hospitales, pero que ahora gozan de mayor visibilidad en la agenda pública: infecciones nosocomiales, daños iatrogénicos, problemas de conciliación entre los tratamientos hospitalarios y extrahospitalarios, etc. A la vista de los abundantes beneficios esperados, se requiere algún impulso organizativo que promueva la realización de más intervenciones de mejora de la adecuación y que éstas se documenten. Algo sin duda preferible a insistir en la inútil procesión flagelante que supone el goteo continuo de nuevas y descorazonadoras revisiones que confirman una de las más razonables hipótesis sobre la utilización de servicios: si no se toman medidas para mejorar, es muy probable que las cosas no mejoren. Por más que se midan.

Bibliografía

1. Gertman PM, Restuccia JD. The Appropriateness Evaluation Protocol: a technique for assessing unnecessary days of hospital care. *Med Care*. 1981;19:855-71.
2. Selker HP, Beshansky JR, Pauker SG, Kassirer JP. The epidemiology of delays in a teaching hospital. The development and use of a tool that detects unnecessary hospital days. *Med Care*. 1989;27:112-29.
3. Strumwasser I, Paranjpe NV, Ronis DL, Share D, Sell LJ. Reliability and validity of utilization review criteria. Appropriateness Evaluation Protocol, Standardized Medreview Instrument, and Intensity-Severity-Discharge criteria. *Med Care*. 1990;28:95-111.
4. Peiró S, Meneu R, Roselló-Perez ML, Portella E, Carbonell-Sanchis R, Fernández C, et al. Validez del protocolo del uso inapropiado de la hospitalización. *Med Clin (Barc)*. 1996;107:124-9.
5. Lorenzo S, Suñol R. An overview of Spanish studies on appropriateness of hospital use. *Int J Qual Health Care*. 1995;7: 213-8.
6. Meneu de Guillerna R, Peiró S. La revisión del uso inapropiado de la hospitalización en España: ¿de la comunicación científica a la utilización práctica? *Todo Hosp*. 1997;134:53-60.
7. Antón P, Peiró S, Martínez Pillado M, Aranaz Andrés JM. Efectividad de las intervenciones de revisión de la utilización inadecuada de la hospitalización. Una revisión sistemática. *Rev Calidad Asistencial*. 2008;23:000-000.
8. Meneu R. ¿AEP para qué? *Rev Calidad Asistencial*. 2002;17: 589-90.
9. Reinhardt U. Spending more through “cost control”: Our obsessive quest to gut the hospital. *Health Affairs*. 1996;15:145-54.