

¿AEP para qué?

Ricard Meneu

Fundación Instituto de Investigación en Servicios de Salud (IIS).

Los usos de la revisión de la utilización: calidad y costes

La publicación en este número de la REVISTA DE CALIDAD ASISTENCIAL de un artículo sobre el adeQhos^{®1} (una herramienta de la estirpe del AEP para la identificación de la inadecuación hospitalaria por los propios clínicos durante el pase de consulta) ofrece la oportunidad de reconsiderar las utilidades y limitaciones de este tipo de instrumentos.

En la ya larga tradición de trabajos que analizan los efectos de las revisiones de utilización, se ha puesto un especial énfasis en valorar su capacidad para reducir los costes asistenciales²⁻⁶, mientras otras aplicaciones de estas técnicas han recibido una menor atención. A este respecto conviene recordar que el recurso a la panoplia de herramientas de revisión de la adecuación (como el AEP o el adeQhos[®]) puede resultar útil para eliminar hospitalizaciones evitables que repercuten negativamente sobre el uso deseable de las camas, pero que lo hacen sobre todo en términos de costes de oportunidad. Sin embargo, 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, pagadores o usuarios. Las repercusiones económicas de la reducción del uso inapropiado pueden diferir según la perspectiva adoptada. Para el conjunto del sistema asistencial el interés se centra en el análisis de la posible reducción del gasto sanitario global, lo que es muy distinto de los beneficios, o pérdidas, que pueda suponer para un hospital en concreto. La razón es sencilla: la del hospital no es la perspectiva adecuada, ya que sus beneficios cambian sustancialmente, hasta el punto de invertir sus preferencias, con una mera variación en el sistema de reembolso⁷.

Las estancias que se definen como inapropiadas se caracterizan por su escasa intensidad tecnológica o bajo consumo de recursos, en oposición a las estancias apropiadas, en las que la intensidad de los servicios prestados suele ser más elevada. Esta diferencia en costes se debe al hecho de que los instrumentos tipo AEP identifican como inapropiadas aquellas hospitalizaciones relacionadas con: a) necesidad de meros cuidados subagudos; b) esperas en la recepción de resultados; c) problemas de coordinación; d) ingresos prematuros, y e) altas demoradas, etc. Todas estas estancias tienen en común su escaso coste marginal, tanto en términos de esfuerzo profesional como de utilización tecnológica o de consumo de recursos.

Ciertamente se puede argumentar que es posible realizar procedimientos costosos sobre pacientes para los que no resultan apropiados. Pero los instrumentos de revisión de la adecuación no registran estos casos, ya que sus criterios de identificación de la inadecuación se basan en los servicios prestados en el hospital, buscando aquellas estancias que no corresponden a cuidados agudos. Desde el momento en que un médico etiqueta, aunque sea indebidamente, a un paciente como candidato a unas determinadas prestaciones, las herramientas de revisión se limitan a constatar su empleo, sin cuestionar su utilidad, necesidad o adecuación. Dada la influencia de la disponibilidad de camas sobre las tasas de hospitalización (el "efecto umbral") es lógico que los instrumentos que valoran la adecuación, basándose en los servicios prestados por el hospital, no capturen la presencia de pacientes a los que el desplazamiento de aquél permite "etiquetar" como candidatos a alguna intervención, y por tanto a recibir la asistencia comúnmente aplicada a ese estado. Paciente a paciente no se detectan diferencias en inadecuación, y en cambio área a área resultados similares suponen costes muy distintos, lo que contribuiría a entender la persistente incapacidad de la utilización inadecuada para explicar la variabilidad constatada en la práctica médica⁸⁻¹⁰.

Los beneficios de la revisión de la utilización

La revisión de la adecuación tiene otras aplicaciones que no se limitan a la identificación y posible eliminación de estancias inapropiadas con la consiguiente reducción de costes, sino que se orientan principalmente a aumentar la información de que disponen los financiadores, compradores, profesionales y usuarios sobre la *performance* y calidad de los servicios asistenciales. Instrumentos como el AEP, el OBSI (Oxford Bed Study) o el adeQhos[®] permiten detectar comportamientos sectoriales ineficientes propios de cada entorno. Así, en lugar de aceptar acríticamente los resultados obtenidos en ámbitos con características diferentes de las nuestras –distintos incentivos, diferente estructura de costes, distinta configuración del sistema sanitario–, el empleo de este instrumental permite identificar rasgos y especificidades locales, e implantar las medidas correctoras más adecuadas. Entre estos beneficios no meramente contables de las revisiones de la utilización destacan:

1. La identificación del volumen de utilización inapropiada, en los términos definidos, y sus causas, lo que resulta

de especial interés para el diseño de intervenciones orientadas a la reducción del uso inapropiado (simplificación de circuitos para reducir el tiempo de entrega de resultados de pruebas diagnósticas, reducir los ingresos prematuros, organizar estrategias de planificación del alta, facilitar a los profesionales *feedback* sobre sus modos de práctica, etc.). Intervenciones que deben vincularse al establecimiento de los objetivos de gestión del cambio y mejora más adecuados para cada entorno y centro considerados.

2. Los resultados de estas revisiones permiten ajustar los indicadores clásicos de actuación empleados en la monitorización de la actividad hospitalaria (estancia media, ocupación, rotación), considerando la proporción de uso inapropiado. Sin este tipo de ajustes puede parecer que los hospitales que actúan más eficientemente (p. ej., aquellos que reducen ingresos de corta estancia inadecuados mediante activas estrategias de CSI) tienen un rendimiento más pobre que los que no modifican sus modos de práctica, ya que en los primeros la desaparición de los procesos de menor duración se traduce en un aumento de sus estancias medias. Allá donde se recurra a la financiación basada en actividad, la revisión de la hospitalización permite ajustar el valor atribuido al numerario en función de la proporción de uso inadecuado hallada en cada hospital.

3. Las técnicas de revisión de la hospitalización permiten una definición positiva de estándares de utilización adecuada de recursos para algunos grupos diagnósticos. Normalmente, con cualquier sistema de clasificación de pacientes la estancia media estándar asignada a un proceso se define como alguna función de las estancias promedio del conjunto de hospitales objeto de estudio. Este promedio incluye tanto asistencia apropiada como inapropiada, por lo que incorpora la inefficiencia media de los centros analizados. Tal y como demostró una revisión llevada a cabo sobre la duración de la estancia de la apendicectomía¹¹, la diferencia entre la estancia media identificada y la que resultaría de eliminar la fracción de utilización inapropiada resultó ser del 30,9%. De este modo la revisión de procedimientos específicos puede permitir definir estándares basados en su manejo apropiado y no en su modo de resolución actual.

4. Las revisiones de la utilización hospitalaria resultan de gran ayuda para la planificación sanitaria al introducir criterios objetivos para evaluar las solicitudes de incremento de recursos, construcción de nuevos centros o creación de servicios alternativos.

5. También permiten la identificación de grupos con alto riesgo de utilización inadecuada, a partir de la cual diseñar y poner en marcha intervenciones para su reducción. De este modo, se avanza respecto al empleo usual de la coartada del envejecimiento de la población y al cambio de los patrones de enfermedad para excusar sin base empírica comportamientos inefficientes, disponiendo de elementos cuantificables de análisis para evaluar la actuación efectiva de los centros.

6. Finalmente, permite atribuir a los diferentes actores del sistema (profesionales, hospitales en tanto que organización, ámbitos asistenciales alternativos, etc.) su fracción de responsabilidad en el uso inapropiado. Así, la usual presunción de disponibilidad de todos los ámbitos asistenciales ha

permitido afirmar con frecuencia que no estaba indicada la utilización hospitalaria, cuando realmente no se disponía de recursos de un nivel alternativo y ni siquiera se ha evaluado la eficiencia de su existencia.

La aparición de refinamientos instrumentales atentos a algunas de estas utilidades, conscientes de sus limitaciones y que buscan integrar las estrategias de mejora de la adecuación en la práctica clínica diaria, debe ser saludada sin ambages. Existe una abundante bibliografía que da cuenta del empleo en España del AEP^{12,13}. El adeQhos® puede desplazar el interés en su uso, con la consiguiente pérdida de comparabilidad de resultados. Nadie sensato debería lamentarlo si la extensión de su empleo contribuye a una mayor difusión de las estrategias de mejora de la adecuación, a despecho del detrimento de la visibilidad biométrica de su impacto.

Bibliografía

1. Antón P, Peiró S, Aranaz JM, Calpena R, Company A. adeQhos, un instrumento para la evaluación de la adecuación de la hospitalización en el pase de visita. Rev Calidad Asistencial 2002;17:591-9.
2. Wickizer TM, Wheeler JR, Feldstein PJ. Does utilization review reduce unnecessary hospital care and contain costs? Med Care 1989;27:632-47.
3. Wickizer TM, Wheeler JR, Feldstein PJ. Have hospital inpatient cost containment programs contributed to the growth in outpatient expenditures? Analysis of the substitution effect associated with hospital utilization review. Med Care 1991;29:442-51.
4. Reinhardt U. Spending more through "cost control": Our obsessive quest to gut the hospital. Health Affairs 1996;15:145-54.
5. Eriksen BO, Førde OH, Kristiansen IS, Nord E, et al. Cost savings and health losses from reducing inappropriate admissions to a department of internal medicine. Int J Techn Assessment in Health Care 2000;18:1143-53.
6. Rudolph L, Linford-Steinfeld J, Dervin J. Utilization review in California's worker's compensation system: a preliminary assessment. Division of workers' compensation research brief. San Francisco, 2001-3.
7. Peiró S, Meneu R, Roselló ML, Tobed M. Pago prospectivo por caso y duración de la estancia en hospitales privados concertados. Med Clin (Barc) 1993; 100:372-4.
8. Wennberg JE. On the appropriateness of small-area analysis for cost-containment. Health Affairs 1996;15:164-7.
9. Leape LL, Park RE, Solomon DH, Chassin MR, Kosecoff J, Brook RH. Does inappropriate use explain small area-variations in the use of health care services? JAMA 1990;263:669-72.
10. Meneu R. Variabilidad de las decisiones médicas y su repercusión sobre las poblaciones. Barcelona: Masson, 2002.
11. Martínez E, Peiró S, Meneu R, Roselló ML, Portella E. How many days of hospitalization for an appendectomy? Int J Qual Health Care 1994;6:347-52.
12. Meneu de Guillerna R, Peiró S. La revisión del uso apropiado de la hospitalización en España: ¿de la comunicación científica a la utilización práctica? Todo Hospital 1997;134:53-60.
13. Lorenzo S. Revisión de utilización de recursos: estudios realizados en España. Rev Calidad Asistencial 1997;12:140-6.