

Gestión clínica en nefrología: resultados y costes

Eduardo Parra¹, M. Dolores Arenas², Fernando Álvarez-Ude³

¹ Servicio de Nefrología. Hospital Reina Sofía. Tudela, Navarra

² Servicio de Nefrología. Hospital Perpetuo Socorro. Alicante

³ Servicio de Nefrología. Hospital General de Segovia (jubilado)

Nefrología 2014;34(3):273-5

doi:10.3265/Nefrologia.pre2014.Mar.12228

Como se dice a veces, «la economía no lo es todo, pero está en todo». En la actualidad, ofrecer un servicio sanitario adecuado supone también garantizar su futuro para la siguiente generación, al menos en similares condiciones. Un sistema nacional de salud financiado mediante impuestos y sujeto a limitación presupuestaria constituye un buen ejemplo de «suma cero»: es decir, aunque no lo percibamos, cuando alguien gana (o gasta) más de lo necesario, sin duda, en otro punto más o menos distante alguien pierde, cuando menos, al final, el contribuyente.

La responsabilidad que tenemos los nefrólogos es importante por la trascendencia clínica, social y económica de nuestras decisiones. Aproximadamente el 0,5 % de los médicos del conjunto del Sistema Nacional de Salud asignan más del 2 % de todo el gasto sanitario¹⁻³, lo que supone para el Estado 1829 millones de euros anuales⁴. Garantizar que lo hacemos en condiciones de máxima eficiencia debería ser una preocupación de pacientes, nefrólogos, instituciones y contribuyentes.

La demostración de la existencia de variabilidad en los resultados obtenidos por los diferentes centros constituye una oportunidad de mejora. El «efecto centro», descrito en la década de los noventa, constató que en 196 unidades de hemodiálisis diferentes el principal factor explicativo que determinaba la distinta dosis de diálisis recibida por los pacientes era el centro al que pertenecían⁵. En nuestro medio, también se han observado diferencias significativas entre centros de diálisis en indicadores tales como la dosis de diálisis, el acceso vascular o el metabolismo óseo y mineral⁶. Es decir, diferentes centros obtienen sistemáticamente distintos resultados asistenciales.

Otro aspecto de gran interés en la evaluación de los servicios sanitarios es la ausencia de una evidente correlación lineal entre resultados y costes: un mayor coste del servicio sanitario

prestado no implica necesariamente mejores resultados⁷. Esta circunstancia obliga a monitorizar cuidadosamente y a analizar sin prejuicios ambos aspectos, resultados y costes, con el objeto de determinar posibles desviaciones y correcciones en cada uno de ellos.

Cuando se analiza qué hacen las instituciones sanitarias excelentes, qué es lo que tienen en común y qué lo que las distingue, la enseñanza principal es que el conjunto de la organización y las actividades realizadas por sus miembros se encuentran orientados hacia la consecución de ese objetivo: la excelencia. Para alcanzarla, estas organizaciones se componen de subunidades especializadas que planifican sus actividades; sitúan en cada una de ellas al paciente y personal adecuados, en el momento oportuno; invariablemente miden sus resultados críticos a nivel individual, los agregan, analizan y contrastan multidisciplinariamente; detectan y corrigen sus errores, y generan sistemáticamente un conocimiento que utilizan para reorientar actividades y procesos, tanto a escala micro como macro de la organización⁸. Es decir, crean hábitos organizativos propicios para generar valor.

Invertir un porcentaje ínfimo del coste total del tratamiento sustitutivo, del orden del 0,1-0,2 %, en procurarnos instrumentos para determinar la eficiencia de los servicios nefrológicos prestados no constituiría un gasto adicional del sistema, sino una inversión que previsiblemente proporcionaría un rápido retorno social en términos de salud y costes.

Una visión de la nefrología en España podría ser la de multitud de centros proveedores de servicios nefrológicos, con distintas dependencias funcionales e institucionales, organizadas autónomamente, pero que compartiesen el mínimo común denominador de las organizaciones excelentes: medir los resultados relevantes y compararlos con los de otros centros, con el único objetivo de estimular los cambios necesarios para mejorarlos. La idea principal que pretendemos enfatizar en este texto es que la utilización efectiva de un registro de resultados sería la actividad aislada más importante que podríamos desarrollar con ese propósito. Dicho registro puede ser básico (no se entienda por básico de escaso mérito), como el del tratamiento sustitutivo de la función renal del Reino

Correspondencia: Eduardo Parra
Servicio de Nefrología.
Hospital Reina Sofía. Tudela, Navarra.
eparramo@cfn Navarra.es
e.parra.moncasi@gmail.com

Unido; asimismo, entraría dentro de la misma categoría el registro de calidad de hemodiálisis de la Sociedad Española de Nefrología (S.E.N.). Por otra parte, el registro también podría diseñarse como un «registro de máximos», constituyéndose entonces como un auténtico desafío.

Una importante limitación del registro básico, por ejemplo, para la evaluación de centros de hemodiálisis es que solamente un 15 % de la variabilidad en su morbimortalidad puede ser explicada por los indicadores de calidad habitualmente utilizados, como la hemoglobina, la dosis de diálisis, el tipo de acceso vascular y la enfermedad mineral y ósea⁹. Por tanto, el diseño de un sistema de evaluación basado exclusivamente en estos indicadores tradicionales resulta insuficiente.

Recientemente numerosos autores, desde el ámbito tanto institucional como científico, abogan por la evaluación de los procesos desde la perspectiva de los principales agentes involucrados como la mejor estrategia para lograr una evaluación global y aceptable¹⁰⁻¹⁵. Para ello, la evaluación de los centros debería integrar la opinión de pacientes, clínicos, enfermeras, investigadores y gestores de la sanidad, reflejando sus valores y preferencias, y configurar así un sistema que alinee sus diferentes perspectivas e intereses, todos ellos legítimos. Es lo que denominaríamos un registro de máximos.

El concepto de eficiencia refleja la relación entre los resultados obtenidos y los costes, es decir, el valor aportado a la sociedad. Garantizar una eficiencia óptima implica necesariamente medir, registrar y procesar esta información crítica. Sin este registro, no podemos garantizarla. El valor se define como el beneficio obtenido por los pacientes que presentan una condición médica específica por cada unidad monetaria invertida por los sistemas de salud^{16,17}. El valor debe ser proporcional a los resultados finales desde la percepción del paciente y los indicadores de proceso han de ser considerados como una mera táctica al servicio del objetivo principal. Por tanto, la perspectiva del paciente es esencial en la determinación del valor.

Así, la determinación del valor producido por los centros de diálisis podría estimarse, desde una perspectiva teórica, como una función de los resultados obtenidos por cada centro, desde la perspectiva de los agentes involucrados (numerador), en relación con su coste (denominador). El numerador incluiría los resultados que contienen toda la información relevante de los centros: resultados basados en la evidencia (tipo de acceso vascular, dosis de diálisis, hemoglobina y otros), morbimortalidad, calidad de vida relacionada con la salud y satisfacción con el centro de diálisis, ponderada su importancia por los distintos agentes implicados. El denominador estaría constituido por el coste de los centros, que es un determinante irrenunciable del valor producido.

Dentro de nuestra especialidad podemos dotarnos de los instrumentos necesarios para poner en marcha un objetivo de

estas características. Desde el punto de vista metodológico, podemos ajustar los resultados por el *case-mix* de las distintas poblaciones y determinar su morbilidad mediante indicadores *proxy* como la hospitalización; disponemos de cuestionarios validados para estimar la calidad de vida relacionada con salud; y tenemos instrumentos de contabilidad analítica apropiados para determinar costes de forma homogénea. Los centros deberían dotarse, si aún no las tienen, de las herramientas informáticas necesarias para obtener esta información de manera automática, sin duplicar tareas ni incrementar los costes de transacción (los derivados de hacer funcionar el sistema). Hoy en día disponemos de múltiples soluciones factibles en el mercado para satisfacer esta necesidad. Aunque puede existir controversia sobre la eficacia relativa de ciertas estrategias de mejora, disponer de una herramienta de gestión clínica basada en la medición sistemática de resultados sería dotarse del instrumento aislado más importante para promover la traslación del conocimiento desde la teoría a la práctica¹⁸.

La visión descrita es compatible con todas las instituciones o modelos organizativos presentes en nuestro Estado de las Autonomías. También lo es con la innovación organizativa a la que estamos asistiendo¹⁹ y con la incorporación de tecnologías y recursos farmacológicos. Es más, en un entorno así dicha innovación es deseable, ya que finalmente serían los resultados obtenidos los que permitirían determinar aquello que funciona de forma más eficiente y reproducirlo, así como, al mismo tiempo, identificar actividades y gastos que no añaden valor para suprimirlos. Perpetuando un statu quo y compartimentos estancos de información, la probabilidad de mejora se minimiza. Dejando espacio para la innovación y compartiendo información crítica sobre resultados, la probabilidad se maximiza.

La estrategia descrita es también compatible con los modelos actuales de difusión del conocimiento, según los cuales este progresa y regresa abriéndose camino con una dificultad no exenta de incertidumbre²⁰. Por tanto, una evaluación del valor producido por los centros sería una manera empírica de validar los distintos modelos de provisión, tecnologías y fármacos empleados basándose en datos, no de eficacia, sino de efectividad y eficiencia, es decir, más próximos a la vida real.

Nuestra especialidad constituye una plataforma única dentro de las distintas especialidades médicas para permitir la puesta en marcha de una empresa de estas características. Está organizada en pequeñas subespecialidades, generalmente muy homogéneas, que facilitan su análisis: enfermedad renal crónica, hemodiálisis, diálisis peritoneal y trasplante renal. La nefrología clínica constituye por su heterogeneidad una parte mucho más difícil de estructurar desde esta perspectiva.

Los problemas para conseguir dotarnos de un registro de estas características son, obviamente, mayúsculos, pero no insalvables; no se trataría pues de un objetivo a corto plazo, sino a medio y largo plazo. Hay obstáculos de todo tipo: meto-

dológicos, tecnológicos, económicos y organizativos; insuficiencia de incentivos; y hasta administrativos, políticos o ideológicos. Pero, por encima de todo, la principal limitación es la ausencia de una decidida voluntad colectiva, en todos los niveles de la organización: nefrológica, institucional, directiva y política.

Sin ánimo de desmerecer lo alcanzado hasta ahora, pues muy al contrario debe gozar del respeto y hasta de la admiración de todos, el momento actual podría resultar adecuado para ser más ambiciosos y dar un salto adelante. La S.E.N. está organizando actualmente un Grupo de Gestión en Nefrología, en el que se ha dado cabida a todos aquellos interesados en la gestión. También, el reciente «Documento de consenso para la detección y el manejo de la enfermedad renal crónica» con otras nueve sociedades científicas va en esa dirección²¹. Desde esta perspectiva podría plantearse, a pesar de las dificultades logísticas que supone y de la limitación que conlleva la existencia de diecisiete administraciones diferentes, intentar asumir el papel de una institución conductora, firmemente comprometida con la transformación de intereses frecuentemente divergentes y cortoplacistas, y abanderar la creación de un registro nefrológico modélico para el siglo XXI. Se trataría de acoger y apadrinar un reto con visión de futuro, multidisciplinar, multiinstitucional, valiente, ilusionante y decididamente orientado a garantizar una nefrología respetuosa con la siguiente generación.

Conflictos de interés

Los autores declaran que no tienen conflictos de interés potenciales relacionados con los contenidos de este artículo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Instituto Nacional de Estadística. Available at: http://www.ine.es/prensa/seccion_prensa.htm [Accessed: August 2013].
2. Ortega Suárez F. Situación de la especialidad de Nefrología en relación a la necesidad de nefrólogos y a su formación. *Nefrología* 2008;28:241-4.
3. Informe de Diálisis y Trasplante 2011. Available at: <http://www.registrorenal.es/> [Accessed: August 2013].
4. Villa G, Rodríguez-Carmona A, Fernández-Ortiz L, Cuervo J, Rebollo P, Otero A, et al. Cost analysis of the Spanish renal replacement therapy programme. *Nephrol Dial Transplant* 2011;26(11):3709-14.
5. Fink JC, Zhan M, Blahut SA, Soucie M, McClellan WM. Measuring the efficacy of a quality improvement program in dialysis adequacy with changes in center effects. *J Am Soc Nephrol* 2002;13:2338-44.
6. Alcázar JM, Arenas MD, Álvarez-Ude F, Virto R, Rubio E, Maduell F, et al. Resultados del proyecto de mejora de la calidad de la asistencia en hemodiálisis: estudio multicéntrico de indicadores de calidad de la Sociedad Española de Nefrología (SEN). *Nefrología* 2008;28:597-606.
7. Hussey PS, Wertheimer S, Mehrotra A. The association between health care quality and cost: a systematic review. *Ann Intern Med* 2013;158(1):27-34.
8. Bohmer RM. The four habits of high-value health care organizations. *N Engl J Med* 2011;365(22):2045-7.
9. Himmelfarb J, Ikizler TA. Hemodialysis. *N Engl J Med* 2010;363:1833-45.
10. Patient Protection and Affordable Care Act. Public Law, 2010 (111-148), Mar. 23, 2010.
11. Corrigan JM. Crossing the quality chasm. Washington, DC: National Academy Press; 2001.
12. Gagnon MP, Desmartis M, Lepage-Savary D, Gagnon J, St-Pierre M, Rhainds M, et al. Introducing patients' and the public's perspectives to health technology assessment: A systematic review of international experiences. *Int J Technol Assess Health Care* 2011;27:31-42.
13. Tomes N. Patient empowerment and the dilemmas of late-modern medicalisation. *Lancet* 2007;369:698-700.
14. Reuben DB, Tinetti ME. Goal-oriented patient care—an alternative health outcomes paradigm. *N Engl J Med* 2012;366(9):777-9.
15. Manary MP, Boulding W, Staelin R, Glickman SW. The patient experience and health outcomes. *N Engl J Med* 2013;368(3):201-3.
16. Porter ME. What is value in health care? *N Engl J Med* 2010;363:2477-81.
17. Lee TH. Putting the value framework to work. *N Engl J Med* 2010;363:2481-3.
18. van der Veer SN, Jager KJ, Nache AM, Richardson D, Hegarty J, Couchoud C, et al. Translating knowledge on best practice into improving quality of RRT care: a systematic review of implementation strategies. *Kidney Int* 2011;80(10):1021-34.
19. Ramos R, Molina M. Nuevos modelos de gestión de asistencia integral en nefrología. *Nefrología* 2013;33(3):301-7.
20. Green LW, Ottoson J, Garcia C, Robert H. Diffusion theory and knowledge dissemination, utilization, and integration in public health. *Annu Rev Public Health* 2009;30:151-74.
21. Martínez-Castelao A, Górriz JL, Bover J, Segura-de la Morena J, Cebollada J, Escalada J, et al. Documento de consenso para la detección y manejo de la enfermedad renal crónica. *Nefrología* 2014;34:243-62.