

XXXVII Jornadas de Economía de la Salud: Ciencia para la
acción

**Eficiencia en la coordinación asistencial: un análisis
comparativo entre los modelos de colaboración
público-privada y la gestión tradicional.**

José Luis Franco Miguel

Roberto Nuño Solinís

Carmen Fullana Belda

Antonio Rúa Vieites

Barcelona, 7 de Septiembre de 2017

Índice

1. Introducción.
2. Objetivo y población analizada.
3. Metodología.
4. Resultados.
5. Conclusiones.

1. Introducción

- La preocupación por la eficiencia en coordinación asistencial surge por:
 - Envejecimiento de la población.
 - Desarrollo de sistemas sanitarios muy complejos.
 - Escasa relación entre niveles asistenciales.
 - Crecimiento del número de enfermedades y pacientes crónicos.
 - Necesaria mejora de la calidad y eficiencia en la atención a estos pacientes (Henao, Vázquez y Vargas, 2008).
 - El adecuado tratamiento de enfermedades crónicas requiere participación de diversos profesionales de distintos ámbitos asistenciales (Vázquez et al, 2012).

1. Introducción

■ Coordinación asistencial:

- Concertación de las actividades requeridas para atender al paciente con independencia del lugar en que se realicen (Henaó, Vázquez y Vargas, 2008).
- En España el País Vasco ha sido pionero en la priorización de la coordinación asistencial a través de su Estrategia de Cronicidad (2010).
- El objetivo es el incremento de calidad de vida y calidad de atención al paciente crónico principalmente (Nuño, Sauto y Toro, 2012).
- Como toda innovación debe focalizarse en mejorar la salud con eficiencia y equidad.

1. Introducción

- **Ámbito temporal analizado:** años 2013 a 2015.
- **Periodo de implantación de Estrategia de Atención a la Cronicidad en el Servicio Madrileño de Salud.** Los principales objetivos son:
 - Disminuir eventos Triple Fallo (costosos, resultado subóptimo y mala experiencia de paciente) (Lewis G et al, 2013).
 - Mejorar calidad de vida del paciente crónico.
 - Mejorar la sostenibilidad del sistema sanitario.
 - Optimizar la coordinación asistencial entre niveles.
- Periodo caracterizado por expansión de distintos modelos de gestión de hospitales.

1. Introducción

- Modelos de gestión de hospitales presentes en la Comunidad de Madrid:
 - Modelo de gestión pública directa o tradicional.
 - Modelo Private Finance Initiative (PFI).
 - Modelo Public Private Partnership (PPP).
 - Otros modelos de gestión:
 - Fundaciones sanitarias.
 - Entes de derecho público (Empresas públicas).
 - Conciertos singulares con responsabilidad poblacional.

2. Objetivo y población analizada

- **Objetivo:** evaluar el impacto del modelo de gestión en la eficiencia en coordinación asistencial.
- **Estudios previos:**
 - En integración entre atención primaria y hospitalaria, destacando mejora de seguimiento del paciente y transversalidad. Se eliminan duplicidades (Martínez González et al, 2014).
 - Incorporación de la tecnología, compartiendo datos clínicos y coordinando a los servicios sociales (Naharro y Tárrega, 2016).
 - Análisis comparativo de distintas estrategias de integración en diversos sistemas sanitarios (Vázquez et al, 2012).

2. Objetivo y población analizada

- **Población analizada:** hospitales dentro del ámbito de gestión del Servicio Madrileño de Salud (SERMAS) con categoría de hospital general:
 - 7 hospitales gestionados mediante Modelo PFI.
 - 3 hospitales gestionados mediante Modelo PPP.
 - 11 hospitales de gestión pública tradicional.
 - 4 hospitales con otros modelos de gestión.
 - 1 mediante fundación sanitaria.
 - 1 mediante ente de derecho público.
 - 2 mediante concierto singular.

3. Metodología

■ Obtención de los datos:

- Memorias anuales de los años 2013 a 2015 de los hospitales pertenecientes al Servicio Madrileño de Salud.

■ Metodología de análisis: análisis envolvente de datos (AED).

- Técnica no paramétrica basada en programación lineal.
- Con orientación output.
- Utilizando rendimientos constantes de escala.
- Proporciona índice de eficiencia entre 0 y 1.
- Permite comparar unidades de gran escala con otras de pequeña escala (CCR).
- Comparativa con rendimientos variables de escala.

3. Metodología

- Se realiza bootstrapping de 2.000 replicaciones con nivel de significación del 5%.
- Medición de evolución de eficiencia: Índice de Malmquist (IM).
- Variables:
 - Inputs:
 - Gasto per cápita.
 - Número de camas.
 - Outputs:
 - Número de hospitalizaciones evitables.
 - Reingresos EPOC.
 - Reingresos cardíacos.
- Los outputs son indeseables (mayor eficiencia si el AED es más próximo a 0 que a 1).

4. Resultados

■ Modelo con rendimientos constantes de escala (CCR):

Eficiencia técnica			Valores originales AED		
			2013	2014	2015
	Media SERMAS		0,7912	0,7220	0,8023
	Gestión pública		0,6792	0,7120	0,7673
	PFI		0,8967	0,8449	0,8877
	PPP		0,9269	0,7521	0,9128
	Otros		0,7621	0,7791	0,8415
	Test Kruskal-Wallis(*)		0,042	0,035	0,029

4. Resultados

■ Modelo con bootstrapping:

Eficiencia técnica			Valores con bootstrapping		
			2013	2014	2015
	Media SERMAS		0,8175	0,7540	0,8619
	Gestión pública		0,7296	0,7497	0,7896
	PFI		0,9249	0,8826	0,9230
	PPP		0,9474	0,7913	0,9528
	Otros		0,7971	0,7902	0,7907
	Test Kruskal-Wallis(*)		0,034	0,038	0,043

4. Resultados

- Modelo con rendimientos variables de escala:

Eficiencia técnica			Valores originales AED		
			2013	2014	2015
	Media SERMAS		0,9500	0,9009	0,9676
	Gestión pública		0,9128	0,9397	0,9549
	PFI		0,9606	0,9370	0,9703
	PPP		1,000	0,9108	0,9584
	Otros		0,9265	0,946	0,9865
	Test Kruskal-Wallis(*)		0,017	0,028	0,032

4. Resultados

■ Índice de Malmquist:

Orientación O-V	Evolución de eficiencia	2013-14	2014-15	2013-15
	Media SERMAS	0,9944	0,9645	0,9795
	Gest. Pública	1,0016	0,9066	0,9541
	PFI	0,9769	1,0241	1,0005
	PPP	0,9810	1,1477	1,0644
	Otros	0,8286	1,0688	0,9487
Orientación O-C				
	Media SERMAS	1,0022	1,1056	1,0539
	Gest. Pública	1,2983	0,8682	1,0032
	PFI	0,9755	1,0400	1,0278
	PPP	0,9367	1,2754	1,1061
	Otros	0,9301	1,0995	1,0648

5. Conclusiones

- La eficiencia en coordinación asistencial:
 - No es mejor en los nuevos modelos de gestión de hospitales.
 - Los resultados son sensibles al cambio de orientación del AED.
 - Es un objetivo factible para mejorar la atención al paciente y racionalizar recursos.
 - Diversidad de mecanismos: grupos de trabajo, integración informática, etc.
 - Es necesario involucrar a los profesionales sanitarios y dotarles de tiempo y autonomía para que la coordinación sea exitosa.
 - Mejor coordinación asistencial en hospitales de gestión tradicional por:
 - Mayor cercanía entre profesionales.
 - Mejor relación institucional interniveles.
 - Mayor experiencia asistencial.

Bibliografía

- Henao Martínez D, Vázquez Navarrete ML, Vargas Lorenzo I. Factores que influyen en la coordinación entre niveles asistenciales según la opinión de directivos y profesionales sanitarios. *Gaceta Sanitaria*; 2008; 23:280-86.
- Lewis G, Kirkham H, Duncan I, Vaithianathan R. How health systems could avert 'triple fail' events that are harmful, are costly, and result in poor patient satisfaction. *Health Aff (Millwood)*. 2013 Apr;32(4):669-76.
- Martínez-González, NA, Berchtold, P, Ullman, K, Busato, A, and Egger, M. Integrated care programmes for adults with chronic conditions: a meta-review. *International Journal for Quality in Health Care* 2014; 26(5):561-570.
- Naharro Máñez, AM, Tárraga López PJ. Innovando en gestión asistencial: análisis del modelo de integración primaria, especializada y sociosanitaria. *Medicina General y de Familia*; 2016; 5:149-54.

Bibliografía

- Nuño R, Sauto R, Toro N. Experiencias de integración asistencial en el Sistema Nacional de Salud de España. *International Journal of Integrated Care*; 2012; 12:1-7.
- Vázquez ML, Vargas I, Nuño R, Toro N. Organizaciones sanitarias integradas y otros ejemplos de colaboración entre proveedores. Informe SESPAS 2012. *Gaceta Sanitaria*; 2012; 26: 94-101.

**Eficiencia en la coordinación asistencial: un análisis
comparativo entre los modelos de colaboración
público-privada y la gestión tradicional.**

José Luis Franco Miguel

Roberto Nuño Solinís

Carmen Fullana Belda

Antonio Rúa Vieites

Barcelona, 7 de Septiembre de 2017