

*Health*BASKET:

Resumen ejecutivo y recomendaciones de política

*Health*BASKET - Health Benefits and Service Costs in Europe (Prestaciones y costes de servicios sanitarios en Europa)] es un proyecto financiado por la Comisión Europea dentro del Sexto Programa Marco para acciones de investigación (subvención: SP21-CT-2004-501588). El proyecto comenzó en abril de 2004 y finalizó en marzo de 2007. Ha sido dirigido por la Asociación Europea de Gestión Sanitaria (EHMA). El catedrático Reinhard Busse del Departamento de gestión sanitaria de la Universidad Técnica de Berlín dirigió la coordinación científica de *Health*BASKET.

Participantes del proyecto

- **Coordinación del proyecto:** Asociación Europea de Gestión Sanitaria (EHMA), Dublín, Irlanda
- **Dirección científica:** Departamento de gestión sanitaria, (Centro colaborador de la OMS para la investigación y gestión del sistema sanitario), Universidad Técnica de Berlín (TUB), Alemania
- CERGAS, Universidad Bocconi (BOC), Milán, Italia
- Centre for Health Economics (CHE), Universidad de York, RU
- Danish Institute for Health Services Research (DSI), Copenhague, Dinamarca
- Ecole Nationale de la Santé (ENSP), Rennes, Francia
- Instituto para la política y la gestión sanitarias (iBMG), Universidad Erasmus, Rotterdam, Países Bajos
- Universidad Jagiellonian (JUMP), Cracovia, Polonia
- Universidad Semmelweis (SEM), Budapest, Hungría
- Centro de Investigación en Economía y Salud (CRES), Universidad Pompeu Fabra, Barcelona, España

Propósito y contexto

Desde las sentencias Kohll/Decker del Tribunal de Justicia de las Comunidades Europeas, cada vez resulta más evidente que los servicios sanitarios no pueden seguir funcionando de forma aislada en los diferentes Estados Miembros de la UE. Hay un flujo de pacientes cada vez mayor entre los Estados Miembros, que a veces se debe a una elección individual y otras se organiza a través de los ministerios de sanidad o las subvenciones para enfermedades.

Sin embargo, existe un acuerdo generalizado entre los Estados Miembros para que la “balanza financiera” de los sistemas sanitarios nacionales de la Unión Europea no se desequilibre a causa del movimiento de pacientes.

Un requisito básico para proteger esta viabilidad financiera es la disponibilidad de información precisa acerca del conjunto de servicios ofrecido en los diferentes Estados Miembros, su definición, la frecuencia de uso por parte de los pacientes, sus costes y el precio que se paga por ellos. Dicha información permitirá tanto a los Estados Miembros como a la Comisión Europea formular políticas coherentes para ordenar los movimientos de pacientes, de forma que no amenacen la viabilidad financiera de los sistemas sanitarios existentes ni los preciados principios de universalidad, equidad y accesibilidad. Además, si los pacientes se van a beneficiar de las oportunidades ofrecidas por el mercado interior de la Unión Europea, también necesitarán conocer qué servicios están disponibles en otros lugares y con qué coste.

Antes, las comparaciones de los costes de asistencia sanitaria se realizaban normalmente de forma global y las variaciones se identificaban de forma general, por ejemplo, en las semejanzas del poder adquisitivo per cápita, como porcentaje del PIB, o la distribución de gastos por sector. Esto se debía al hecho de que los análisis de costes de servicios individuales (micronivel) son complejos, debido a las limitaciones a la hora de poder comparar datos. Si los datos de costes individuales han estado disponibles, normalmente no ha estado claro si las diferencias se deben a:

1. diferencias en los servicios reales proporcionados,
2. distintas definiciones de qué categorías de costes están incluidas en los cálculos del coste (o precio), o bien
3. diferencias reales en los costes por servicio.

El primer aspecto se refiere a la definición subyacente de “servicio”, que puede variar entre países (y dentro de ellos). En este sentido, las variaciones de costes podrían reflejar diferencias en los servicios proporcionados (por ejemplo, con respecto al uso de costosas tecnologías) o simplemente en la definición de los servicios (por ejemplo, si la anestesia se incluye en un servicio como parte del “procedimiento quirúrgico” o se considera por separado). Sin embargo, incluso para un servicio equiparable, el segundo problema está relacionado con los diferentes factores que se podrían incluir en los cálculos de los costes (por ejemplo, si se incluyen costes de inversión). De nuevo, las diferencias observadas en los costes se explicarían mediante la forma de calcularlos. El tercer problema importante está relacionado con las diferencias en los precios de entrada. Esto es especialmente relevante con respecto al precio del personal (por ejemplo, el tiempo dedicado de médicos y enfermeros).

Objetivos del proyecto

El objetivo del proyecto *HealthBASKET* ha sido doble debido a las razones mencionadas: considerar la política así como los retos metodológicos. Ha tratado ambas necesidades de manera clara e inequívoca, atendiendo específicamente al conjunto de servicios y revisando y desarrollando metodologías para evaluar los costes y los precios de los servicios individuales en los Estados Miembros de la UE. El proyecto también comporta una visión política más coherente, mediante el desarrollo y la prueba de un enfoque innovador para el análisis de los costes en el micronivel, que se podrá comparar en el ámbito internacional, y mediante la evaluación de las variaciones de los costes entre los Estados Miembros, utilizando una selección de servicios de pacientes hospitalizados y pacientes ambulatorios.

El proyecto se llevó a cabo en el área de investigación orientada a políticas dentro del 6º Programa Marco de Investigación de la UE, con la intención de *“apoyar la formulación e implementación de las políticas de la Comunidad Europea, mediante la aportación científica a las políticas orientadas de forma precisa a las necesidades (“en función de la demanda”), siendo coherente en las diversas áreas de política de la Comunidad y sensible a los cambios de las políticas a medida que se desarrollan”*. Más concretamente, la segunda prioridad del área de investigación (*“Prestación de salud, seguridad y oportunidades a los ciudadanos europeos”*) se centra, entre otras cosas, en *“la formulación de una visión política general más coherente con una base de evidencia clara [...] para responder a los nuevos retos de ampliación y para encontrar respuestas eficaces a problemas relacionados con [...] el aumento de la movilidad de los pacientes [...] y los servicios”*. Era necesario que la investigación *“profundizara en la comprensión y en la mejora de la base científica de las políticas sobre [...] desarrollo de los servicios sanitarios y de atención europeos”*. En concreto, el proyecto se realizó con el objetivo de afrontar la tercera

tarea: *“Comparación de los costes sanitarios en servicios individuales entre los Estados Miembros”, que se definió para “identificar las metodologías posibles para comparar los costes de los servicios y para alcanzar la posibilidad del desarrollo futuro de los sistemas de auditoría y contabilidad de costes sanitarios, con el fin de avanzar hacia sistemas de asistencia sanitaria eficaces en cuanto a costes”.*

El proyecto ha abordado estos temas de una forma descriptiva y analítica en una muestra de 9 Estados Miembros que representan los diversos tipos de sistemas sanitarios (Dinamarca, Francia, Alemania, Hungría, Italia, Polonia, España, Reino Unido y Países Bajos). Además, un segundo eje de investigación se ha centrado en problemas de posibilidad de comparación transnacional.

Análisis de los países y entre países

Los participantes del proyecto en cada uno de estos 9 países:

- recopilaron y describieron las definiciones de los servicios proporcionados dentro del sistema y analizaron la estructura y el contenido del “abanico” de prestaciones (y, en caso de que existieran, los “catálogos” en los que dicho abanico de prestaciones se definía en términos cuantificables), así como el proceso de definición de dicho abanico y de los catálogos;
- exploraron las posibilidades de crear una taxonomía europea de prestaciones, basada en dicho análisis y otras clasificaciones importantes, con el fin de crear un lenguaje común para las comparaciones de los costes (Fase I);
- revisaron las metodologías utilizadas para evaluar los costes y los precios de los servicios incluidos en el abanico entre los diferentes países e intentaron identificar la ‘práctica óptima’ en el análisis de los costes en el nivel micro, con el objetivo de asegurar la posibilidad de comparación internacional (Fase II);
- evaluaron la variación en el consumo de recursos (recursos humanos, bienes, capital, etc.) y los costes reales de esos recursos para los servicios sanitarios individuales entre los países y dentro de ellos, mediante una selección de 10 “casos prácticos” que representaban las necesidades de atención tanto de pacientes hospitalizados como de pacientes ambulatorios (Fase III).

Un objetivo clave del estudio ha sido identificar qué datos son necesarios para emprender comparaciones internacionales significativas.

La investigación ha implicado a políticos a través de talleres y la elaboración de informes regulares de resultados provisionales para los políticos. Además, se estableció un consejo de asesoría con representación de la OMS, el Observatorio Europeo de Sistemas y Políticas Sanitarias, la OCDE, así como organizaciones proveedoras para garantizar que el impacto potencial en el desarrollo de las normas, así como el desarrollo de la asistencia sanitaria de la UE pueda llegar a tener un impacto real.

Las tres fases del proyecto

El alcance de este resumen ejecutivo no abarca la revisión en profundidad de la metodología, los resultados y las conclusiones de las tres fases del proyecto. Los siguientes informes y publicaciones exhaustivos están disponibles:

- La metodología, los informes de países y un artículo comparativo sobre la **Fase I**, esto es, la descripción y el análisis del abanico de prestaciones, los criterios utilizados para determinarlo, etc., están disponibles en el sitio Web del proyecto www.healthbasket.org. Los informes de países centrados en el cuidado de pacientes hospitalizados se publicaron en diciembre de 2005 como suplemento 1 del *European Journal of Health Economics*, volumen 6, disponible de forma gratuita en Internet (<http://www.springerlink.com/content/t2466855k020/?p=a9dbff4fee024bda8b82350033786e4e&pi=11>). El anexo 1 es una versión editada adjunta del artículo comparativo.
- La metodología y los informes de países de la **Fase II**, esto es, el análisis de los métodos utilizados para evaluar los costes y los precios, así como una revisión bibliográfica de la “práctica óptima” de evaluación de costes internacionales, están disponibles en el sitio Web del proyecto www.healthbasket.org. Los informes de países editados centrados en el cuidado de pacientes hospitalizados se publicaron en agosto de 2006 en un número especial (vol. 9, nº 3) de la revista *Health Care Management Science* (<http://www.springerlink.com/content/v162x3264175/?p=e9b20c7cfc724abab9d866a0d76f5596&pi=2>).
- La metodología, los informes de países y un artículo comparativo sobre la **Fase III**, esto es, una comparación entre países y en cada país del consumo de recursos y costes para los 10 casos de atención seleccionados, están disponibles en el sitio Web del proyecto www.healthbasket.org. Los artículos sobre la metodología específica así como los artículos comparativos de los resultados de los casos prácticos de los diferentes países se publicarán en un suplemento de *Health Economics* a finales de 2007.

En las siguientes secciones, se resumen los puntos clave de cada fase del proyecto. En la sección final de este resumen ejecutivo, se incluyen recomendaciones importantes de las tres fases.

Fase I: Abanico de prestaciones y criterios de decisión

Metodología

Definiciones: El proyecto definió el concepto de “abanico de prestaciones” (o también “paquete de prestaciones”) como el total de catálogos, listas y grupos de servicios y bienes sanitarios cubiertos explícita o implícitamente en los esquemas públicos o legales. Los términos “*catálogo de prestaciones*” o “listas” se reservan para los componentes secundarios del abanico si difieren en cuanto a actores determinantes, taxonomía, etc. En lo relativo al límite de los servicios y bienes “sanitarios” (en oposición, por ejemplo, a los servicios “sociales” o actividades públicas generales relacionadas con la salud), el proyecto sigue la descripción utilizada en las cuentas de salud de la OCDE (es decir, las categorías funcionales entre CS 1 y CS 6 con sus subcategorías respectivas; consulte la tabla).

CS	Clasificación funcional
	<i>Servicios y bienes de asistencia sanitaria personal</i>
1	Servicios curativos
2	Servicios de rehabilitación
3	Servicios de enfermería para pacientes dependientes
4	Servicios auxiliares de asistencia sanitaria
5	Material médico dispensado a pacientes ambulatorios
	Servicios de asistencia sanitaria colectiva
6	Servicios de prevención y salud pública

Se realizaron **estudios sobre los países** en torno a los siguientes bloques temáticos, cada uno orientado a una serie de cuestiones de investigación:

- Descripción general del abanico de prestaciones del país: ¿A qué nivel se regulan los derechos a cada grupo de servicios/bienes sanitarios? ¿Para cuántos sectores diferentes de asistencia sanitaria (o para cuántas regiones o esquemas legales) existen regímenes normativos diferentes? ¿Cuál es el papel del Gobierno central en casos de delegación/devolución a actores locales o autorreguladores (por ejemplo, ya se trate de una supervisión pura del proceso, la aprobación formal del resultado o la necesidad de transformar a un grado gubernamental o similar)? ¿Qué tipos de categorías de prestaciones se excluyen (especialmente en los extremos, por ejemplo, fisioterapia, psicoterapia, cuidado dental, rehabilitación)?
- Definiciones de derechos y prestaciones por sector: ¿Quiénes son los actores responsables de la definición de las prestaciones de cada sector y cuál es su papel respectivo? ¿Están las prestaciones definidas explícitamente (es decir, de forma escrita), implícitamente (esto es, basadas en la tradición) o se trata de una mezcla de ambas? ¿Es la definición de las prestaciones específica o más bien vaga? ¿Están definidas de forma positiva o negativa (es decir, enumeran los servicios incluidos o excluidos)? ¿Las prestaciones incluidas son simples enumeraciones de procedimientos y bienes, o están vinculadas a las condiciones e indicaciones de los pacientes? ¿Cómo están clasificadas las prestaciones, es decir, están desglosadas por servicio proporcionado (como ocurre con frecuencia en el cuidado ambulatorio en el sistema de la Seguridad Social, aunque también

en el caso de las empresas farmacéuticas) o por bien individual (por ejemplo, fármacos), están basadas en casos por período de tiempo (“todos los servicios necesarios”, por ejemplo, en la atención primaria), están basadas en casos por diagnóstico, etc., por proveedor, por período de tiempo? ¿Son las definiciones homogéneas para todos los contribuyentes? Si no es así, ¿hay un cierto núcleo homogéneo para todos los contribuyentes? ¿Cómo se define y quién se encarga de ello? Si los catálogos de prestaciones varían, ¿para qué entidades (por ejemplo, regiones, subvenciones para enfermedades) y cuántos hay?

- Descripción de los catálogos de prestaciones, actores implicados y criterios de decisión: ¿Cómo están clasificadas las prestaciones, es decir, están desglosadas por servicio proporcionado (como ocurre con frecuencia en el cuidado ambulatorio en el sistema de la Seguridad Social) o por bien individual (por ejemplo, fármacos), están basadas en casos por período de tiempo (“todos los servicios necesarios”, por ejemplo, en la atención primaria), están basadas en casos por diagnóstico, etc., por proveedor, por período de tiempo? “Taxonomía” del catálogo de prestaciones con respecto a los siguientes aspectos: 1. cuántos niveles, es decir, capítulos, subcapítulos, elementos individuales, 2. la lógica utilizada para definir cada nivel, el uso de una nomenclatura existente, restricciones de servicios por tipo o clasificación específica del proveedor, edad o enfermedad del paciente. ¿Quién decidió la estructura general del catálogo? ¿Quién determina las prestaciones enumeradas en el catálogo? ¿Quién es el responsable de las prioridades con respecto a las prestaciones potenciales? ¿Cómo deciden estos comités? ¿Deben, pueden y en realidad confían aquéllos que toman las decisiones en los expertos extranjeros (por ejemplo, mediante instituciones HTA)? ¿Cuántas decisiones se basan en la evidencia? ¿Qué opciones de decisión existen (es decir, solamente “sí”/“no” o se limitan a determinadas entidades geográficas, proveedores, pacientes, períodos de tiempo, nivel de pago conjunto)? ¿Qué criterios se utilizan al decidir la inclusión o exclusión de prestaciones (por ejemplo, la necesidad, la eficacia, los costes, la rentabilidad, el presupuesto general)? ¿Cómo se determina la prioridad relativa de los criterios? ¿Se hacen públicos los criterios? ¿Cómo se hacen públicas las decisiones? ¿Pueden impugnarse dichas decisiones en un tribunal? ¿Se vuelven a evaluar las decisiones regularmente?
- **Debate:** ¿El paquete de prestaciones significa algo o solamente existe sobre papel y los proveedores actúan de forma más libre (es decir, se proporcionan prestaciones que no están cubiertas) o de manera más restrictiva? ¿Cuáles son los costes de transacción de los catálogos de prestaciones? ¿Existe una preocupación o debate nacional acerca del abanico o los catálogos de prestaciones? ¿Hay reformas recientes? ¿Cuáles son los posibles desarrollos futuros?

Resultados y conclusiones

A nuestro entender, el proyecto *HealthBASKET* ha proporcionado el primer análisis en profundidad del abanico de prestaciones y de los catálogos de prestaciones en nueve países europeos, que representan una mezcla heterogénea de sistemas de asistencia sanitaria. Los estudios de los países han mostrado que, con frecuencia, es difícil acceder a la información acerca de este tema, debido a que está muy fragmentada y no es sistemática. El uso de un marco y una terminología comunes para examinar los diferentes sistemas sanitarios en busca de catálogos de prestaciones nos ha permitido reunir información heterogénea de una manera

altamente comparativa. La metodología seguida en nuestro estudio se podría aplicar para explorar y describir el abanico y los catálogos de prestaciones de otros países europeos (así como de otros que no pertenezcan a Europa).

El análisis comparativo de las prestaciones sanitarias en los países en los que se ha realizado el estudio revela que, a pesar de sus diferencias en las disposiciones financieras y de organización, existe una clara tendencia hacia una definición más explícita del abanico de prestaciones y de los catálogos de prestaciones en los sistemas sanitarios europeos. Aquellos países que han introducido recientemente una nueva legislación sanitaria, han definido los catálogos de prestaciones de forma más explícita. Otros países con una legislación sanitaria más antigua tienen, al menos en el ámbito legal, abanicos de prestaciones definidos de forma más implícita. Sin embargo, hasta ahora, ningún país tiene un catálogo uniforme: un abanico de prestaciones que consista en una mezcla de listas definidas de distinto modo (derechos, pagos, directrices...).

Aunque los enfoques de los países para la definición de prestaciones varían enormemente, solamente existen pequeñas variaciones entre los países si se analizan por categoría los derechos a las prestaciones: la mayoría de los países excluyen prestaciones similares: cirugía estética, vacunación con el propósito de realizar un viaje y determinados tratamientos no convencionales (por ejemplo, la acupuntura). Desde que se aplicó la *taxonomía* para la clasificación y descripción de los servicios sanitarios (y en menor grado, de los bienes), difiere en gran medida de un país a otro (incluso aunque la mayoría tiendan a clasificar el cuidado ambulatorio en primer lugar por especialidad médica y el cuidado de pacientes hospitalizados por diagnóstico y procedimiento); no queda muy claro si los servicios a los que tienen derecho son en realidad los “mismos”. A diferencia de esta falta de claridad, los profesionales clínicos parecen tener una interpretación relativamente uniforme de lo que constituye la “medicina” en los distintos países.

Contrariamente a la opinión generalizada, la motivación para establecer un abanico de prestaciones de servicios explícito no siempre implica la contención o el racionamiento de costes. En los dos países con un servicio nacional de salud por regiones, el propósito de la definición de un conjunto de servicios sanitarios es asegurar la equidad entre las regiones. El traspaso de competencias sobre servicios sanitarios del Gobierno central a los gobiernos autónomos (regionales) hizo evidente la necesidad de definir un conjunto mínimo de servicios sanitarios comunes para todas las regiones, con el fin de evitar diferencias inaceptables en la prestación de servicios sanitarios. Sin embargo, las autoridades sanitarias regionales pueden añadir más prestaciones, siempre que hayan cubierto el mínimo de forma adecuada.

En la mayoría de los países, los aspectos considerados en el proceso de toma de decisiones y las razones primordiales subyacentes a las decisiones acerca del conjunto de servicios sanitarios no se documentan de forma clara y sistemática. No obstante, los catálogos de prestaciones definidos explícitamente requieren criterios de decisión claros y transparentes en cuanto a la inclusión o exclusión de prestaciones. Los políticos han reconocido estos aspectos, tal y como muestra el hecho de que se han mencionado conjuntos de criterios que guían la toma de decisiones. La mayoría de los países declaran oficialmente que la rentabilidad es un criterio de decisión importante. Sin embargo, un análisis más profundo demuestra que una auténtica formalización del proceso sigue careciendo de muchas categorías de asistencia sanitaria y con frecuencia se limita a uno o unos cuantos sectores del sistema sanitario, como, por ejemplo, los fármacos o los dispositivos médicos, y no se generaliza a todos los productos o servicios. Todavía falta transparencia con respecto a la interpretación, el modo de operación y la aplicación de los criterios en el proceso de toma de decisiones.

Fase II: Cálculo de los costes

Metodología

La Fase II consta de dos partes. La primera comprende una **revisión sistemática** de la bibliografía científica sobre las metodologías para calcular los costes, realizada con el objetivo de identificar la “práctica óptima”.

La segunda comprende **estudios sobre los países** con respecto a los siguientes bloques temáticos y cuestiones de investigación:

- **¿Hay precios o tarifas oficiales?** ¿Cuáles son las principales características de la regulación de precios en la asistencia sanitaria, estructurada por sectores sanitarios? ¿Cuál es la unidad para el pago (es decir, el nivel de agregación)? ¿En qué nivel se establecen o negocian los precios? ¿Es posible que un proveedor tenga precios y pagos distintos de los diferentes consumidores (autoridades sanitarias/subvenciones para enfermedades/gobiernos)? ¿Es posible que un consumidor pague precios distintos a diferentes proveedores? ¿Qué actores están implicados en el establecimiento de los precios? ¿Varían los precios dependiendo de factores no económicos como, por ejemplo, sanciones por exceder la cantidad de servicios acordada, etc.? Si es así, ¿qué importancia tienen dichos factores?
- **¿Cómo se renuevan los precios?** ¿Existen períodos de renovación fijos (anualmente, cada dos años, etc.)? ¿Los proveedores o consumidores tienen la posibilidad de solicitar la renovación de precios? ¿Con qué precisión se realizan las renovaciones? ¿Cuál es el impulso principal de las renovaciones de precios?
- **¿Cómo se establecen los costes de los servicios en los países participantes?** ¿Qué unidades se utilizan para cuantificar el consumo de recursos? ¿Qué fuentes se utilizan para evaluar el consumo de recursos? ¿Qué fuentes se utilizan para establecer el valor monetario de las unidades? ¿Qué precisión tienen las evaluaciones de los costes? ¿Qué actores realizan o utilizan la evaluación de los costes?

Resultados y conclusiones Los sistemas de tarifas están ganando importancia; mientras que han sido comunes en los países con Seguridad Social durante mucho tiempo, ahora se utilizan cada vez más en sistemas financiados por impuestos. En la actualidad, la mayoría de los países ya han instalado esquemas de remuneración basados en el rendimiento para los servicios de pacientes hospitalizados y ambulatorios, mientras que a menudo carecen de servicios para atención a largo plazo, rehabilitación y otro tipo de servicios. Debido a que la taxonomía subyacente para clasificar los servicios difiere enormemente entre países (consulte la Fase I), no se pueden comparar los precios entre los países de forma significativa.

Hay una tendencia evidente hacia el uso de datos de cálculo detallado de costes (especialmente para los servicios de pacientes hospitalizados) para determinar las tasas de remuneración y reflejar de este modo los costes reales de los proveedores. Uno de los problemas que encuentran muchos países, si no todos, es la calidad limitada de los datos proporcionados por los proveedores. Este problema también representó un reto para nuestro estudio. Hay una tendencia general en los países de la UE a desarrollar sistemas GDR (basados en “grupos de diagnósticos relacionados”) con propósitos de reembolso. Aunque la mayoría de estos sistemas tienen su origen en el sistema desarrollado hace 30 años en Yale, la adaptación en la realidad difiere mucho

entre los países europeos. La introducción de GDR en Europa no fue coordinada y, por consiguiente, se perdieron oportunidades de aprendizaje (al menos, en el interior de Europa), ya que los países europeos prestaban atención a países no europeos (como es el caso de Alemania con Australia) en lugar de a sus vecinos.

El estudio reveló que no existe una metodología de cálculo de costes universalmente aceptada. Hay varios métodos adecuados para estimar los costes (unidad) de un servicio concreto. En general, los contables definen los costes en relación con el valor histórico de los recursos económicos, mientras que los economistas utilizan un concepto de costes diferente, descrito con frecuencia como coste de oportunidad. Tanto la bibliografía contable como la económica coinciden en los principios básicos del cálculo de costes. El ejercicio del cálculo de costes comienza con a) la formación de un problema de decisión bien definido, que incluye los objetivos del cálculo de costes, la perspectiva del cálculo de costes y el horizonte temporal, así como con b) la descripción de un servicio concreto (objeto de coste). Una vez definido un servicio detalladamente, las metodologías para el cálculo de costes siguen tres pasos característicos: c) la identificación de los recursos utilizados para prestar el servicio, d) la medición de la utilización de recursos en unidades naturales y e) el valor monetario que supone el uso de recursos. Además, existe un consenso con respecto a la necesidad de tratar la solidez de los resultados por medio de análisis de sensibilidad y pruebas estadísticas.

También existe un consenso sobre los principios fundamentales de asignación de costes. Lo ideal sería que los costes se localizaran directamente (es decir, se imputaran a un paciente o caso concretos) si fuera posible de forma económicamente viable. Los costes indirectos (gastos indirectos) se deberían asignar a áreas de servicio en función de la utilización real o sobre las bases de causa y efecto. Sin embargo, esto puede requerir un sistema de información complejo y recursos adicionales. En la práctica, los estudios de cálculo de costes utilizan cinco formas generales para valorar los recursos: a) medición directa de los costes, b) métodos de contabilidad de costes, c) costes unitarios estándar, (d) tarifas, cargos o precios de mercado y e) cálculos aproximados/extrapolaciones. Todos tienen sus ventajas y sus desventajas.

Existe un equilibrio entre la precisión de la información de costes y los costes resultantes de la obtención de dicha información. Por consiguiente, los analistas, las personas responsables de tomar decisiones y los políticos deben considerar si las ventajas de una información de costes más precisa y detallada justifica los gastos adicionales derivados de la obtención de dicha información.

Las recomendaciones propuestas en las directrices metodológicas actuales varían en parte debido a la disconformidad con conceptos económicos y contables fundamentales. Por ejemplo, las directrices discrepan en a) la mejor forma de adjuntar un valor monetario al uso de recursos, incluidos los activos fijos, b) la perspectiva del estudio recomendada (es decir, la social, que tiene en cuenta los costes de todos los contribuyentes, o la que se centra en terceros pagadores) c) el método de evaluación y medición adecuado del tiempo del cuidador, d) la medición y la evaluación de la pérdida de productividad o e) los costes derivados de los años de vida adicionales. Además, no existe consenso en la bibliografía publicada acerca de la mejor técnica en la práctica para asignar los costes de todos los centros de apoyo a los centros de destino (es decir, aquéllos en los que los pacientes son tratados y en los que normalmente consiguen el reembolso). Asimismo, la bibliografía discrepa en cuanto a la forma más apropiada de actuar frente a la incertidumbre.

Las directrices actuales no proporcionan suficientes detalles acerca de la mejor forma de seleccionar proveedores (centros) para la comparación de costes y de cómo actuar frente a la

falta de datos. La experiencia actual demuestra que un enfoque descendente puede ser útil y razonablemente preciso en aquellos casos en los que las tecnologías sanitarias comercializadas (fármacos, dispositivos médicos y otros productos consumibles) son responsables de la mayor parte del uso de los recursos. En estos casos, un enfoque ascendente (cálculo detallado de costes) puede revelar resultados muy similares, aunque será más caro y llevará más tiempo. Por otra parte, un enfoque ascendente puede ser más preciso en esos casos en los que la prestación de servicios está basada en disposiciones organizativas complejas (el conjunto de entrada puede variar de forma significativa) y en la que los costes de recursos humanos y los gastos indirectos son los responsables de una gran parte de los costes totales.

Fase III: Análisis empírico de los costes y comparación internacional

Metodología

Los objetivos de esta fase eran:

- identificar y desarrollar una metodología para la comparación de costes
- evaluar si los precios son un buen cálculo aproximado de los costes de los servicios individuales
- explorar las razones subyacentes a las variaciones de los costes de los servicios individuales

De acuerdo con el plan del proyecto, se seleccionaron 10 “necesidades de atención”/“razones de contacto” que llevaban a los pacientes a buscar asistencia. Los casos prácticos representaban a los “pacientes típicos”, incluidos la edad, el sexo y la comorbilidad significativa. Se realizaron casos tanto para pacientes hospitalizados como ambulatorios, para atención primaria y secundaria, electiva y de urgencia. Se realizó un cuestionario para obtener documentación precisa de los servicios que un paciente similar a otro descrito en el caso podría recibir o habría recibido, así como los costes asociados a los servicios proporcionados.

Recuadro: descripción de los diez casos

Caso 1	apendectomía; hombre de 14 a 25 años; paciente hospitalizado; atención de urgencia
Caso 2	parto normal; mujer de 25 a 34 años; paciente hospitalizada; atención electiva
Caso 3	sustitución de cadera; mujer de 65 a 75 años; paciente hospitalizada; atención electiva
Caso 4	cataratas; hombre de 70 a 75 años; paciente ambulatorio; atención electiva
Caso 5	ictus; mujer de 60 a 70 años; paciente hospitalizada; atención de urgencia
Caso 6	infarto agudo de miocardio; hombre de 50 a 60 años; paciente hospitalizado; atención de urgencia
Caso 7	tos; niño alrededor de 2 años; paciente ambulatorio; atención de urgencia
Caso 8	colonoscopia; hombre de 55 a 70 años; paciente ambulatorio; atención electiva
Caso 9	empaste dental; niño en torno a los 12 años; paciente ambulatorio; atención de urgencia
Caso 10	fisioterapia; hombre de 25 a 35 años; paciente ambulatorio; atención electiva

Para cada país, se recopilaron datos para una muestra de al menos cinco proveedores de asistencia sanitaria representativos de cada escenario relacionado con los casos prácticos (es

decir, al menos 5 hospitales, 5 médicos de cabecera, etc.). Con relación a los casos prácticos de pacientes hospitalizados, se tuvieron que excluir de la muestra los proveedores atípicos, con estructuras de costes que se esperaba que se diferenciaban de aquéllas que normalmente proporcionan el servicio (por ejemplo, los hospitales de atención terciaria si el servicio se proporciona principalmente en hospitales generales). Se aconsejó a los participantes que utilizaran 'hospitales generales de agudos' de entre 200 y 400 camas, a menos que esto no reflejara la organización real del servicio.

Resultados y conclusiones

La metodología desarrollada, es decir, el uso de "casos prácticos", demostró ser factible y muy aceptada y dio lugar a resultados razonables y válidos. Debido a que el enfoque se basa en pacientes "estandarizados" virtuales en lugar de pacientes reales, es sensible a las diferencias en los patrones de tratamiento y se puede utilizar para realizar comparaciones entre proveedores y países. Los investigadores contaron con una comprensión considerable y una buena disposición para participar por parte de los profesionales clínicos, así como de los contables que normalmente podían proporcionar cálculos aproximados de la mayoría de las actividades. El método elegido representa una buena triangulación entre los métodos cualitativos y cuantitativos y constituye un enfoque eficaz tanto para los proyectos de colaboración europeos como para las comparaciones en el ámbito nacional.

Sin embargo, el enfoque tiene algunas limitaciones metodológicas. En primer lugar, está claro que los casos simples no reflejan con precisión la realidad clínica. Las muestras relativamente pequeñas de proveedores y pacientes participantes, dan lugar a amplios intervalos de confianza para los cálculos aproximados en algunos países. Los países, y los proveedores dentro de los países, diferían en su capacidad para proporcionar datos conforme a la metodología requerida. Se identificaron dos diferencias estructurales principales entre los países: los proveedores de hospitales de algunos países no poseen sus activos, o bien las normas de contabilidad internacionales con respecto al coste del capital no se han implementado por completo. Entre las diferencias administrativas se incluyen: barreras legales para acceder a los datos de pacientes (especialmente en Reino Unido); diferencias en cuanto a la disposición para revelar datos; diferencias en la calidad de los sistemas de información entre los países y los proveedores; diferencias en el número de proveedores de cada país que proporciona datos a cada caso y el número de pacientes incluido en la muestra por cada proveedor; diferencias en las reglas de contabilidad utilizadas para asignar costes o gastos indirectos a los servicios.

El análisis de exploración (el análisis final estará disponible con los artículos publicados) de la correlación entre los precios (reembolso) y costes mostró que, para el *parto normal*, el *ictus* y la *colonoscopia*, los precios y costes coincidieron bastante bien con la media, aunque hubo valores atípicos. Para la *apendectomía*, *sustitución de cadera*, *cataratas* e *infarto agudo de miocardio*, la media de los precios está por encima de la de los costes, lo que se debe seguramente a que los casos prácticos se elaboraron en torno a pacientes sin complicaciones. En el caso del *empaste dental*, la media de precios parecía estar por debajo de los costes. No hubo datos suficientes para realizar una comparación de los costes y precios en el caso de la *tos* y la *fisioterapia*.

La comparación de los componentes de costes por cada caso demostró que, para la mayoría de los casos, el coste total de la asistencia sanitaria en Hungría, Polonia y España era inferior a la media de los 9 países. Las diferencias en los costes de personal parecieron explicar las variaciones internacionales para los casos de *tos* y *empaste*, con diferencias en el tratamiento que

parecían importantes en el caso de la *colonoscopia* y posiblemente en el del *ictus*. Los gastos indirectos como proporción del coste total variaron mucho entre los países y entre los casos. La duración de la hospitalización de pacientes era un factor significativo asociado a las diferencias de los costes entre los hospitales solamente en el caso práctico del *ictus*.

En general, mientras que las diferencias en los costes medios eran significativas entre los países, las diferencias dentro de los países también eran inesperadamente grandes (en algunos casos, mayores que las diferencias entre países). Estas diferencias se deben en parte a las diferentes normas contables, pero también se deben a los precios por unidad de entrada y, lo que es más importante, a las diferencias amplias y aparentemente reales en la práctica (y, por lo tanto, a las diferencias en la cobertura real de los servicios). Entre otros factores explicativos se incluyen el registro de datos, la repercusión de los costes en los pacientes, los tipos de cambio, la delimitación del servicio en otros sectores, etc.

Conclusiones y recomendaciones principales

1. La comparación internacional es una herramienta importante para aprender unos de otros y desarrollar una práctica óptima. Sin embargo, los datos de servicio, coste y calidad actualmente no están disponibles de forma rutinaria para realizar dichas comparaciones.
2. En el pasado, el abanico de prestaciones de los Estados Miembros de la UE ha recibido una atención insuficiente. Todos los países deben ser explícitos con respecto a lo que proporcionan y lo que no, y deben poner a disposición dicha información.
3. Un análisis riguroso de los bienes y servicios que están disponibles (y bajo qué condiciones, incluidos los obstáculos de acceso, y qué costes) es fundamental para la Comisión, los Gobiernos nacionales y regionales, los consumidores de asistencia sanitaria así como los pacientes. Por lo tanto, se recomienda analizar, comparar y discutir regularmente los paquetes (básicos) y los criterios utilizados para definirlos. Dicho control de los paquetes de prestaciones permitirá un flujo continuo de información, por ejemplo acerca de las nuevas tecnologías disponibles en varios países.
4. Esto requiere que cada Estado Miembro prepare documentos públicos de forma regular que proporcionen una descripción general transparente del conjunto de servicios sanitarios y los criterios para la toma de decisiones. Un “lenguaje común” (o taxonomía: “Clasificación europea de los servicios sanitarios”) para explorar y describir las diferencias, (ya sea por preferencias, valores, tradición, diferencias en los proveedores y de otro tipo) es, no obstante, necesario urgentemente tanto con propósitos prácticos como científicos. Su desarrollo debe aparecer en la agenda europea en un futuro próximo. Posiblemente la taxonomía se ha podido desarrollar como expansión de la clasificación de la OCDE; se debe explorar la utilidad de la EN 1828 en los sistemas de codificación de la asistencia sanitaria y la EN 1068 en los sistemas de codificación de procedimientos quirúrgicos.
5. En un futuro a medio-largo plazo, debe aparecer en la agenda europea la adopción de normas comunes para determinar la inclusión de prestaciones en el abanico de los países de la UE y posiblemente la construcción de un abanico de prestaciones europeo uniforme (es probable que inicialmente se limite a determinadas indicaciones con un claro valor europeo añadido, como enfermedades de huérfanos). Se aconseja a los políticos que anticipen dichas discusiones.

6. Debido a que los países están muy interesados en la rentabilidad, necesitan datos sólidos, tanto con respecto a los costes como a la efectividad. La parte de costes, en concreto, se ha rechazado en el pasado (comparado con los resultados obtenidos) y actualmente no existe una metodología equiparable disponible.
7. Nuestro enfoque basado en la utilización de casos prácticos estandarizados para explorar el uso de recursos así como los costes ha demostrado ser factible. Supera muchas de las dificultades metodológicas que han encontrado otros enfoques. En un futuro próximo, se debería explorar más el sistema de casos prácticos. Dicha exploración debería incluir una extensión a episodios de cuidado transectorial (por ejemplo, cuidado de pacientes agudos y rehabilitación), episodios de cuidado de pacientes crónicos (como en programas de gestión de enfermedades), enfermedades mentales, así como temas metodológicos como equiparar la imputación de costes indirectos o construir paridades del poder adquisitivo específicas para la asistencia sanitaria.
8. El requisito previo para la comparación de costes internacionales es aceptado por todos como orientación metodológica (método de cálculo de costes estándar) y razonablemente existe una buena conformidad con éste. Sin embargo, el consenso en cuanto a los principios científicos básicos no será suficiente para asegurar una capacidad de comparación significativa. Es importante estandarizar los métodos/técnicas más importantes y utilizados con mayor frecuencia, como la medición del uso de recursos, los métodos de imputación de costes, incluidas la base de imputación y las técnicas de imputación, y los métodos de evaluación, así como la utilización de capacidades. Además, las directrices comunes deben proporcionar instrucciones detalladas sobre el uso de estos instrumentos en la práctica.
9. La armonización de las metodologías de cálculo de costes es fundamental, pero no es suficiente para asegurar una capacidad de comparación significativa. Al contrario, se deben coordinar y estandarizar los sistemas de contabilidad con respecto a los proveedores y al ámbito nacional. Sin embargo, de aquí surge un serio dilema: una metodología de contabilidad “europea” estandarizada en la asistencia sanitaria en el ámbito de los proveedores podría estar bien justificada pero la imposición de una metodología única entra en conflicto con el principio de subsidiaridad (como ocurre siempre con las normas). Esto se debe, quizá paradójicamente, al hecho de que más sistemas de regulación de políticas descentralizadas y de gestión operativa requieren datos más uniformes. Los participantes del proyecto *HealthBASKET* recomiendan que se explore la siguiente opción para superar dicho dilema: establecer un “club de evaluación comparativa” voluntario de hospitales que están de acuerdo con normas de contabilidad comunes. Aunque esta opción tiene muchas ventajas (por ejemplo, el empleo de presión en los hospitales no participantes para que se unan), también se deben comprender sus limitaciones metodológicas; por ejemplo, dichos hospitales probablemente no serán representativos de todos los hospitales de sus regiones respectivas.
10. Una vez que estén disponibles dichos datos comparativos, los países europeos necesitan volver a considerar su opinión común de que sus respectivos sistemas sanitarios funcionan de forma tan diferente que se justifican todos los sistemas de regulación y financiación. El proyecto *HealthBASKET* sugiere que la variación en el interior del país puede ser mayor y más significativa por muchos indicios que la variación entre países. Esto, a su vez, origina la cuestión de que podría ser necesario explorar la garantía de calidad paneuropea y los sistemas de clasificación de pacientes paneuropeos (por ejemplo, el sistema Euro-DRG).

Trabajo futuro

Aunque los participantes del proyecto han alcanzado los objetivos que ellos junto con la UE establecieron, queda claro que todavía hay más trabajo que hacer en este campo. Este trabajo está relacionado con:

- el desarrollo de una “clasificación europea de servicios sanitarios”;
- una extensión (de la descripción y el análisis del abanico de prestaciones así como de los costes y precios utilizados) a otros países de la UE;
- renovaciones continuas de las conclusiones (perseguidas bajo los auspicios de la Comisión) y
- un análisis más riguroso de los sistema GDR europeos, así como de los catálogos utilizados en la atención de pacientes ambulatorios, etc. con el objetivo de explorar más oportunidades para el aprendizaje y la colaboración comunes.

www.healthbasket.org