

# Editorial

## ¿Son válidos los sistemas tipo Unidades Relativas de Valor para la gestión de Unidades Funcionales anatomopatológicas?

En las últimas décadas hemos asistido a una forzada implantación de la llamada ideología del libre mercado o del pensamiento único, asociada a la preeminencia de los planteamientos económicos. Las Unidades Funcionales Anatomopatológicas (UFAP) de nuestro entorno (entiéndase Departamentos, Servicios, Secciones, etc., de Anatomía Patológica), en su gran mayoría de titularidad estatal, no han podido sustraerse a tal influencia y ya se han propuesto diversos sistemas para valorar su actividad desde la perspectiva indicada (1-7).

El análisis de tales sistemas revela una identificación altamente cuestionable entre el concepto de gestión y el de la valoración del coste económico de la actividad anatomopatológica, lo que en principio puede entrañar una visión reduccionista capaz de suplantar a la auténtica realidad.

Sea como sea, existe la evidencia de que los sistemas que han sido promocionados en su desarrollo por la Administración Sanitaria corresponden a los que podríamos denominar "tipo" Unidades Relativas de Valor (sURV), polarizados a la gestión exclusivamente en su vertiente económica. En esencia un sURV fundamenta su desarrollo en las siguientes referencias:

– Identificación del URV al que se adscribe el valor 1 y que por razones no suficientemente explicadas se hace

en general equivalente a la citología cervicovaginal (no supervisada).

– Desarrollo de un catálogo de procedimientos (o pruebas de acuerdo con otra terminología empleada), con adscripción a cada uno de ellos de un valor numérico en las citadas URV. En teoría, la adjudicación de un valor determinado a cada procedimiento implica asociarlo arbitrariamente con ciertas exigencias tecnológicas y con una supuesta "complejidad diagnóstica", variable en relación con los distintos materiales anatomopatológicos de biopsias, citologías y autopsias. Una simplificación del catálogo propone la subclasificación de las pruebas biópsicas en pequeñas, complejas, piezas quirúrgicas e intraoperatorias, de las citológicas en ginecológicas, generales y PAAF, y de las autópsicas en adultas, fetales y perinatales, adicionando un coste tecnológico y un coste/minuto según el personal implicado (7). Otros catálogos son similares.

– Cálculo del coste económico de la URV, obtenido por la división entre el coste total de la UFAP (costes directos e indirectos de personal e infraestructura) y el número total de URV realizadas.

Es obvio que si cualquier UFAP de nuestro entorno considera útil un sistema como el expuesto o en la va-

riante que sea para su gestión particular, control del gasto, o para el objetivo que considere oportuno, está en su legítimo derecho de aplicarlo. Muy distinto es el objetivo de intentar su implantación generalizada ya que muy posiblemente se trata de sistemas inadecuados para valorar la auténtica actividad anatomopatológica. Para la Administración Sanitaria tampoco resulta un instrumento válido ya que cada UFAP tiene sus condicionantes de gasto sometidos a numerosas variables y que impiden cualquier intento de homologación de las URV. Además, dada la variabilidad anual en la estructura del gasto (tipo de demanda diagnóstica, cambios en las necesidades tecnológicas, variaciones en precios de mercado), tampoco valen para estimar el presupuesto de una determinada UFAP y mucho menos para considerar la existencia de un posible "presupuesto tipo".

Estas últimas afirmaciones, que ponen en entredicho el importante trabajo realizado con implicación de muchos anatomopatólogos en el desarrollo de los sistemas citados, exigen una fundamentación lo más objetiva posible y se presentan abiertas a todo tipo de crítica.

#### **¿ES VÁLIDO EL CONCEPTO DE URV?**

En principio es arbitrario y no se han presentado razones objetivas en función de las cuales se atribuye a la citología cervicovaginal (no supervisada) el "valor mínimo". Una citología como la indicada exige más tiempo y presenta mayor "complejidad diagnóstica" en general que una biopsia de cérvix uterino, y sin embargo a esta última en algún catálogo se le atribuyen 8 URV. El diagnóstico correcto derivado del estudio de una citología cervicovaginal puede ser más complejo que el de una típica nefropatía epimembranosa a la que se atribuyen 40 URV, y además en el primer caso se hace una contribución neta a disminuir la morbimortalidad femenina. ¿Por qué en algún catálogo la biopsia hepática, en general de gran "complejidad diagnóstica", alcanza sólo las 20 URV y la biopsia renal (funcional) las 40 URV? Y en otros catálogos, ¿por qué una biopsia "pequeña" consume 26 minutos, una "compleja" 28 y una "peroperatoria" 24?

Es posible poner ejemplos hasta agotar los catálogos pero resulta evidente que la base de estos sistemas constituye una referencia extremadamente arbitraria e irreal y que sólo puede ser útil si se tiene una visión simplista de la gestión, coordinada con una minusvaloración de la

auténtica actividad anatomopatológica. Ya hablando sólo en la vertiente económica, las citadas URV constituyen una amalgama de conceptos (tecnología, tamaño, topografía, tipo de proceso) que contradice los principios de la contabilidad analítica necesaria para llegar a establecer costes reales individualizados.

#### **¿SON VÁLIDOS LOS CATÁLOGOS CONOCIDOS DE "PROCEDIMIENTOS" O "PRUEBAS"?**

Se caen por su propia base pero además se fundamentan en referencias inadecuadas para valorar la actividad anatomopatológica. En los catálogos conocidos el "procedimiento" o "prueba" (citologías, biopsias, autopsias, técnicas) se constituyen como el "producto final" de la citada actividad a valorar y tal planteamiento entraña objetivamente un error fundamental.

La referencia esencial de la actividad anatomopatológica en modo alguno es la realización de un "procedimiento" citológico, biopsico, autópsico y mucho menos de una "prueba" biopsica "pequeña" o "compleja". De forma rotunda y definitiva debe establecerse que la referencia esencial que da sentido y justificación a toda la anatomía patológica es la aportación de los diagnósticos anatomopatológicos, que inexplicablemente aparecen ocultos en la amalgama conceptual que representan los sURV.

A estas alturas ya se puede proponer que el desarrollo de cualquier sistema de gestión para las UFAP de nuestro entorno, en sus vertientes anatomoclínica y administrativa (económica), debe partir del establecimiento de las "referencias" adecuadas que permitan valorar la actividad anatomopatológica en toda su dimensión.

Durante casi 15 años (y nos ha sorprendido la celeridad y precipitación con que se han generado los sURV) en la UFAP (Servicio) del Hospital General Universitario del Insalud de Guadalajara se han analizado los posibles sistemas de gestión que pudieran contribuir a una más eficaz atribución de recursos con objeto de potenciar y dar más eficacia a nuestra actividad. En esa búsqueda crítica llegamos a establecer ciertas referencias de la actividad anatomopatológica que a nuestro juicio permiten valorarla con objetividad y que ahora sometemos a consideración. En concreto son las siguientes:

- La referencia última y justificadora de la existencia de la anatomía patológica es el individuo enfermo (paciente) o sano, demandante y receptor de los resultados positivos de la actividad correspondiente y generador del consumo de recursos. Ciertas discusiones sobre si el punto de partida para valorar nuestra actividad se encuentra en el “paciente”, “contenedor” o “especimen”, se superan fácilmente con la referencia expuesta. En la realidad todo individuo se traduce en la existencia del correspondiente “material anatomopatológico” obtenido por procedimientos citológicos, biopsicos o autópsicos y que será sometido a procesamiento técnico de laboratorio en su totalidad o previa selección de las muestras.
- Esta referencia identifica el hecho de que todos los materiales anatomopatológicos son convertidos mediante el procesamiento de laboratorio con diversas técnicas en lo que podemos denominar muestras de evaluación: “microscópicas” [citohistológicas convencionales, histoquímicas (enzimáticas, inmunológicas, hibridación de ácidos nucleicos), ultraestructurales] y “no microscópicas” (citometrías, PCR). En concreto todo individuo acaba siendo “convertido” en un número determinado de muestras de evaluación obtenidas por diversas tecnologías y que representan un obligado “producto intermediario”, susceptible de valoración muy precisa en costes de personal y de material para cada caso.
- La referencia esencial e ineludible de toda la actividad anatomopatológica acaba siendo la aportación de los diagnósticos anatomopatológicos, de la que deriva la contribución eficaz al control de los procesos de enfermedad y a la promoción del estado de salud. Constituyen en cierto modo el “producto final” con valor intrínseco y valores añadidos en términos biomédicos y sociales.
- En la vertiente administrativa de los costes económicos es necesario tener en cuenta el consumo de recursos no específicos de las UFAP (infraestructura arquitectónica, energía, administración, informática, etc.), susceptibles de ser atribuidos de forma unitaria a cada individuo demandante de estudios anatomopatológicos. Frecuentemente son identificados como costes “indirectos”.

Una vez aceptado que es el individuo humano el generador del consumo de recursos y el último destina-

rio de los resultados de la actividad anatomopatológica, resulta obvio que aparecen cuatro coordenadas fundamentales para cualquier sistema de gestión de las UFAP y que son las siguientes:

- Gestión de individuos (pacientes y sanos).
- Gestión de muestras de evaluación.
- Gestión de diagnósticos anatomopatológicos.
- Gestión de costes indirectos.

### Gestión de individuos

Implica establecer qué situaciones de los estados de enfermedad y salud se benefician de los estudios anatomopatológicos. En general es la realidad asistencial la que ordena este campo de gestión y el tema es tan amplio que excede los planteamientos de este editorial. Por introducirnos en el problema ¿están indicadas las citologías de esputo para la detección del saturnismo en una población de riesgo? ¿Cuáles son los parámetros adecuados para valorar una campaña de *screening* citológico genital? ¿Beneficia más una citopunción mamaria o una biopsia estereotáxica? ¿En qué casos se debería considerar imprescindible la autopsia? Es obvio que estos problemas fundamentales para la gestión de cualquier sistema sanitario y de sus UFAP no han sido contemplados por los SURV.

### Gestión de muestras de evaluación

Éste es el campo de gestión en que se pueden llegar a valorar con gran exactitud los costes económicos de las muestras de evaluación en cada UFAP (que en general son muy bajos, hecho que cuestiona la rentabilidad de dedicarle mucho tiempo a este aspecto) y que podría solucionarse con un adecuado programa informático cuyo estándar es fácil de definir. Existen dos vertientes que es preciso considerar: el coste actual de las tecnologías operativas, y los costes de desarrollo tecnológico y de controles de calidad. El primero se puede conseguir con gran exactitud en relación con cada técnica concreta con que se preparan las muestras de evaluación, valorando los costes de personal técnico de laboratorio y de material especificados según la “estructura del gasto” (ej.: “Material general” = consumo; “Instrumental” = consu-

mo; "Aparataje" = amortización + mantenimiento; "Producto químico específico" = consumo). Los costes de desarrollo tecnológico y de controles de calidad (no es lo mismo realizar las técnicas inmunohistoquímicas con control o sin él, por poner un ejemplo) son imprevisibles y sólo se les puede atribuir un coste arbitrario (¿10% del total?). Cada individuo fuente de la correspondiente demanda de estudio anatomopatológico debe valorarse de forma concreta con referencia al "producto intermedio" (ej.: Paciente 98B1=7HE, 2PAS, 1 Masson, 5 monoclonales, 6 ultraestructuras, 3 PCR).

### Gestión de diagnósticos anatomopatológicos

Los diagnósticos anatomopatológicos constituyen en cierto modo el "producto final" del que se benefician los individuos en relación con sus posibles estados de enfermedad y la promoción de su salud. Su gestión depende de que presenten valor intrínseco (aportación concreta a la identificación de un proceso de enfermedad o comprobación de un estado de salud) sometido a los principios de la ciencia biomédica en constante evolución y adaptado a los criterios de validación científica bien conocidos. La catalogación de los diagnósticos anatomopatológicos sí que constituye un desarrollo a alcanzar por nuestra Sociedad Científica, ya que el catálogo más difundido derivado del sistema SNOMED presenta importantes limitaciones. En espera de que esto suceda sólo se puede realizar la limitada e insuficiente gestión "económica" basada en las percepciones salariales u honorarios profesionales de los anatomopatólogos implicados, que por vías de un posible "libre mercado desregulado" pueden llegar a niveles inaceptables con costes sociales catastróficos y beneficios empresariales ilegítimos. Otro aspecto muy significativo es la gestión de los importantes valores añadidos que presentan los diagnósticos anatomopatológicos, concretamente en los campos del pronóstico, tratamiento (elección, valoración de resultados), epidemiología (indicadores objetivos de los estados de enfermedad y salud en un sistema sanitario), investigación (masiva y de gran trascendencia en las últimas décadas) y docencia (pre y postgraduada). Los SURV ocultan estos aspectos al no considerarlos específicamente y desvirtúan las auténticas referencias para una gestión adecuada de las distintas UFAP de nuestro entorno. Por el momento se debe considerar que las actuales UFAP ges-

tionan una "capacidad diagnóstica" (producto de una herencia de más de cinco siglos asociada a la creación de la "mentalidad anatomoclínica" y de un enorme esfuerzo realizado por los anatomopatólogos de nuestro medio en el presente siglo desarrollado en innumerables congresos nacionales e internacionales, reuniones, seminarios, cursos, programas docentes pre y postgraduados, revisiones y trabajos científicos publicados), que podría llegar a ser máxima si se lograsen coordinar UFAP básicas y de referencia en la correspondiente red funcional.

### Gestión de costes indirectos

Es importante, pues estos costes no específicos de la actividad anatomopatológica pueden igualar o superar a los costes de personal técnico de laboratorio y de material específico anatomopatológico (infraestructura, limpieza, energía, comunicaciones, administración).

### CONCLUSIONES

En definitiva, este editorial pretende demostrar que los planteamientos de gestión son más complejos que los propuestos por los sistemas tipo URV, los cuales al basarse en un reduccionismo simplista de la realidad y al carecer de las referencias adecuadas para la gestión se constituyen como posibles "artefactos contables" que minusvaloran la auténtica actividad anatomopatológica.

Por otra parte y para finalizar no debemos olvidar la enorme rentabilidad de las UFAP de nuestro entorno en relación con el contexto macroeconómico. Para ilustrar este último aspecto veamos el caso concreto de la UFAP del Hospital General Universitario de Guadalajara, con un presupuesto global realizado para 1997 de 7458 millones de pesetas. El gasto del servicio fue de 108 millones, lo que representó el 1,4% de la inversión. La financiación *per capita* para cada ciudadano de los aproximadamente 157.000 de la provincia de Guadalajara se situó en teoría alrededor de las 101.000 pta. Esto supuso una inversión *per capita* de 689 pta/año, 57 pta/mes y 1,9 pta/día (recordemos que un diario de noticias sale al precio de 125 pta/día, y que sólo el Área Clínica del Corazón del Hospital Juan Canalejo de La Coruña invierte anualmente 2000 millones de pta). Con tal cobertura se solucionaron las demandas asistenciales anatomopatológicas de

15.586 ciudadanos de Guadalajara que dieron origen a 55.862 muestras de evaluación y a 18.524 diagnósticos anatomopatológicos. Las cifras se comentan por sí solas y dejan en evidencia el hecho de que cualquier gestor hospitalario, de poseer una acreditación mínima, debería promover una mayor inversión (alrededor del 2%) en las UFAP existentes dada la enorme rentabilidad que pueden alcanzar en las áreas de asistencia, investigación y docencia, pero esto nada tiene que ver con la nueva liturgia que se nos intenta imponer totalitariamente del "cliente, competitividad y mercado".

## BIBLIOGRAFÍA

1. Sampedro Nuño P, Martín Ferranz J, Muñoz Rodríguez J, Junco Petrement P, Ballestín Cascarilla C. *El análisis de costes en Anatomía Patológica como instrumento de gestión*. Patología 1986; 19: 76-83.
2. Piris Pinilla MA. *Riesgos derivados de la cuantificación de unidades de actividad en los laboratorios de Anatomía Patológica*. Patología 1986; 19: 84.
3. Colina F, Benavent MI, Giménez JA, García-Muñoz H, Caliani MJ, Rivera JM. *Análisis del coste de cada información producida en el Departamento de Anatomía Patológica y su repercusión a los distintos Servicios Médicos*. Departamento de Anatomía Patológica del Hospital Universitario 12 de Octubre, Insalud, Madrid 1992.
4. Carbajo Vicente M. *Eficiencia y costos: Sector Público*. Simposio Precongreso: "Recursos, calidad e impacto de la Patología en España". XVIII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Anatomía Patológica, Málaga-Costa del Sol 1997.
5. Martínez Cabruja R, Sanz Ortega E, Calvo Asensio M. *Estudio de costes en Anatomía Patológica en el Sector Privado*. Simposio Precongreso: "Recursos, calidad e impacto de la Patología en España". XVIII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Anatomía Patológica. Málaga-Costa del Sol 1997.
6. Blas Martínez J, Gómez Castro A, Simón Aylon A y cols. *Catálogo de procedimientos diagnósticos de Anatomía Patológica*. Servei d'Informació Econòmica, Generalitat Valenciana, Conselleria de Sanitat, 1997.
7. Cernuda Terol C, Barceló Vidal C, Bernardó Turmo LL, Salameo Baró P, Roviroso Juncosa J. *Determinación de un coste estándar de las pruebas de diagnóstico anatomopatológicas del Hospital Universitario de Girona Doctor Josep Trueta*. Todo Hospital 1997; 138: 41-49.

*Dr. J. Sánchez Fernández de la Vega*

Jefe del Servicio de Anatomía Patológica  
Hospital General Universitario del INSALUD  
Universidad de Alcalá, Guadalajara

