

OBJETIVO 29

REDISEÑAR LA ATENCIÓN HOSPITALARIA

Para el año 2000, los hospitales de todos los Estados Miembros deberían estar proporcionando atención secundaria y terciaria costo-efectiva y contribuir activamente a mejorar el estado de salud y satisfacción de los pacientes.

José R. Repullo

Escuela Nacional de Sanidad. Instituto de Salud Carlos III

Rafael Fernández Cuenca

Escuela Nacional de Sanidad. Instituto de Salud Carlos III

1. INTRODUCCIÓN

Sólo tras la revisión de 1991, OMS Europa incorporó un objetivo sobre hospitales que no refería indicadores concretos para objetivar su cumplimiento. Aunque diversos objetivos se refieran indirectamente al hospital y a la atención especializada, el espíritu SPT-2000 “desconfía” del ámbito hospital, que es visto como instancia que acumula poder y recursos, con escasa contribución marginal a las ganancias de salud de la población.

2. EVOLUCIÓN DE LA ATENCIÓN ESPECIALIZADA

El Informe SESPAS 1998 tenía un capítulo de análisis de los servicios sanitarios, con abundante información sobre hospitales, que tomamos como referencia para completar los aspectos descriptivos y de caracterización de este capítulo (1).

En cuanto a la estructura, los cambios más importantes incluyen: a) estabilización en los 90 del número de camas instaladas en el sector público de agudos, con una disminución de camas en hospitales grandes y la construcción de nuevos hospitales de menor tamaño, sobre todo en poblaciones emergentes o áreas apartadas, mejorando la accesibilidad (Tabla 47); b) el sector privado reduce de forma importante el número de hospitales a costa de clínicas de pequeña dimensión, cerrándose 185 hospitales privados y 6.184 camas (13%); c) reconversión de la asistencia psiquiátrica, que reduce el 35,6 % de camas con la creación (considerada insuficiente) de recursos comunitarios; d) cambios en el modelo estructural del hospital, con expansión de servicios centrales, consultas externas y urgencias, mientras que el bloque materno-infantil tiende a contraerse, y nuevas respuestas y modalidades diagnóstico-terapéuticas (cirugía ambulatoria, cuidados críticos, unidades funcionales, cuidados paliativos, hospitalización de día, etc.); e) proceso de racionalización y reorganización de la oferta mediante la integración de redes públicas (AISNA, Clínicas,...) y desarrollo de planes directores a través de los cuales se intenta dar salida a los desajustes estructurales acumulados; f) encarecimiento de la atención especializada, observable en su dimensión asignativa (junto con farmacia es el principal propulsor del aumento de costes), y productiva (ligado al aumento del volumen-intensidad terapéutica por paciente o episodio de enfermedad).

Según la Estadística de Establecimientos Sanitarios en Régimen de Internado (1985 a 1996), los gastos corrientes en los hospitales públicos han experimentado un incremento del 247% en pesetas corrientes (91% en pesetas constantes). Este crecimiento, que en los años 80 y primeros de los 90 se situaba en una media anual del 16,2%, de 1993 a 1996 se reduce al 5%. De los 1.937.745 millones de pesetas de gastos corrientes de 1996, el 68,8% corresponden a gastos de personal (incremento del 221 %). No obstante, la participación de los gastos de personal sobre el total ha ido descendiendo ligeramente. El efecto aditivo de las tecnologías y la paradójica necesidad de personal adicional que supone (el capital no substituye el factor trabajo), se expresa claramente en las tendencias inflacionarias de personal cama (ver Gráfico 51). El personal directivo y administrativo ha incrementado su número ampliamente por encima de la media (el caso de los técnicos se debe a su introducción progresiva en las áreas de servicios centrales), y en menor medida de médicos (aunque dado el tamaño del colectivo el crecimiento no es desdeñable); por debajo de la línea de crecimiento total, están la enfermería (incluidas matronas y fisioterapeutas) y auxiliares de clínica.

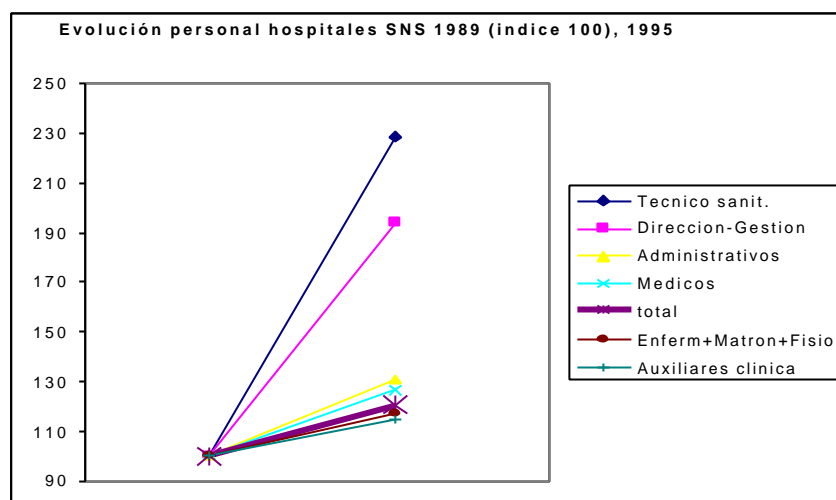


Gráfico 51

Evolución de diversas variables iniciadas en 1989 en hospitales del Sistema Nacional de Salud (Estadística de Establecimientos Sanitarios en Régimen de Internado)

Respecto a la organización de la Atención Especializada, las reformas han abordado tres tipos de problemas (2): a) irracionalidad de las redes hospitalarias públicas; b) separación del nivel ambulatorio y hospitalario; y c) redefinición de los modelos organizativos para buscar más eficiencia y controlabilidad de costes. Estas reformas se desarrollan en 3 oleadas:

3. PRIMERA OLEADA DE REFORMAS

Desarrollada entre 1984 y 1987, incluye: a) absorción del segundo nivel (ambulatorio) por parte del hospital (jerarquización); su aplicación práctica implicó efectos de trasvase de recursos hacia el hospital; b) creación de equipos directivos, de corte gerencial, en los hospitales; c) refuerzo del papel gestor de los jefes de servicio / sección, considerando dichas habilidades en la selección e introduciendo temporalidad en su designación (la normativa sólo se aplicó una vez, no se reevaluaron los puestos y posteriormente se han cubierto los mandos intermedios a través de sistemas funcionales o provisionales); d) refuerzo del poder gerencial como único representante local de la entidad aseguradora (desaparición de las Juntas de Gobierno).

Los problemas financieros, retributivos y de regulación de compatibilidad de puestos públicos —entre otros— exacerbaban la conflictividad del sector que cristaliza en la huelga médica de 1987; la jerarquización de especialistas de ambulatorio induce el trasvase de actividad quirúrgica menor al hospital; el aumento de población protegida, de intensidad de utilización y de patrones de frecuentación lleva a la masificación, a las listas de espera crecientes y a la sobre-utilización de urgencias (incremento del 66% entre 1985 y 1994).

4. SEGUNDA OLEADA DE REFORMAS

Orientadas a conceder mayor autonomía de gestión a los hospitales y establecer a través de los contratos un mecanismo de fijación de objetivos y transferencia de riesgos que estimularan la productividad de los centros. En el contexto de las reformas británicas de 1989, el Informe Abril de 1991 aboga por un modelo de separación aseguramiento / provisión, que en el INSALUD y en otros servicios de salud se traduce en el inicio de los contratos-programa con los hospitales. A pesar de los supuestos efectos positivos de la relación contractual en la cultura gestora, las herramientas informativas y el aumento de la actividad, sus efectos asignativos son escasos, las amenazas ante incumplimientos poco verosímiles, y la credibilidad en las recompensas escasamente movilizadoras (3, 4).

Los equipos directivos soportan riesgos, pero carecen de instrumentos gestores sobre financiación, contratación y personal, necesarios para gestionar los compromisos contractuales. Los clínicos pueden

vivir de espaldas a los contratos sin que ello afecte substancialmente a sus ingresos o condiciones de práctica profesional. Algunos servicios de salud transfieren riesgos al gerente del hospital (bonos de productividad), pero difícilmente éste puede a su vez vincular al grueso de su estructura profesional; por otra parte, no parece claro que la continuidad en el cargo del directivo esté condicionada directamente por los resultados alcanzados (el mercado político-técnico gerencial tiene mucha más capacidad explicativa).

5. TERCERA OLEADA DE REFORMAS

Nacida como experiencia piloto con estructuras jurídicas diversas, fuera del “territorio INSALUD”; en 1997 la Ley 15, sobre habilitación de nuevas formas de gestión del Sistema Nacional de Salud avala y da respaldo jurídico a dichas innovaciones. El INSALUD a través de su Plan Estratégico (5) apuesta inicialmente por el modelo de fundaciones, aunque la inviabilidad de integrar al personal estatutario de la Seguridad Social en las mismas, lleva en la Ley de Acompañamiento de los Presupuestos para 1999 (6) a acogerse y adaptar la fórmula jurídica de “Ente Público Empresarial” como alternativa a los hospitales existentes (7, 8, 9). Las propuestas de separación compra/provisión están claramente sesgadas al lado de la provisión (autonomía de los centros), desvelando la evidente preocupación por las rigideces administrativas del entorno gestor público; poco se avanza en definir la función de compra (aseguramiento-planificación local), a pesar de la atribución a las Direcciones Territoriales y Provinciales del INSALUD que formaliza el Plan Estratégico. La función de compra está escasamente delimitada y potenciada, y el papel previsto para la atención primaria es tangencial y centrado en internalizar los costes que la AP puede inducir en la AE. Estas innovaciones suscitan fuertes controversias políticas, sociales, sindicales y técnicas, que se acrecientan ante la retirada laborista en el Reino Unido del modelo de “mercado interno” en 1997 (10).

Incluso sin contemplar dicha dimensión competitiva o comercial, la autonomía de gestión de los centros —sin contar con buenos contratos o con instrumentos “horizontales” de información, comparabilidad, logística, calidad o gestión del conocimiento— plantea dudas sobre el efecto fragmentador que pudiera desencadenar en el medio plazo ante la generalización de modelos de autogestión. Otro aspecto a considerar para valorar los nuevos tipos de diseño que se plantean son los crecientes costes de transacción y también los riesgos de selección de pacientes. Un aspecto que debe reseñarse es la tentación por parte del asegurador de buscar mecanismos de centrifugación del racionamiento poblacional hacia la periferia; el problema clásico de la demanda inducida por la oferta (*supply induced demand*), podría devenir en su inverso: la demanda reducida por la oferta (*supply reduced demand*). Como elemento emergente destacable, la gestión clínica y la reorganización de los servicios en áreas orientadas a procesos (institutos clínicos o unidades con cierto nivel de autonomía), comienzan a plantearse desde experiencias piloto como una nueva frontera de innovación que involucra y afecta al modo organizativo de la práctica profesional.

Respecto al funcionamiento, se asiste a un incremento constante de la actividad, con una mejora de los indicadores habitualmente utilizados: a) aumento de las altas y en menor medida de las estancias, gracias a la disminución de la estancia media, una mayor rotación enfermo-cama y un ligero aumento de la ocupación; b) crecimiento del número de intervenciones, con un mayor aprovechamiento de quirófanos y desarrollo de la Cirugía Mayor Ambulatoria; c) incremento en el número de consultas, aunque hay que tener en cuenta que el hospital pasa de ofrecer consultas externas cualificadas a hacerse cargo de toda la atención especializada ambulatoria (de 13,4 en 1985 a 45,4 millones de consultas en 1996). No obstante estos avances en el orden cuantitativo, diversos factores hacen pensar que no siempre la actividad es adecuada, siendo su uso inapropiado, fuente de ineficiencia para el sistema sanitario, además de constituir un riesgo añadido para los pacientes (11). La variabilidad de la utilización desvela también problemas de equidad (o al menos de diferencias de necesidad comparada) entre regiones o territorios (12).

Es difícil evaluar si ha habido un aumento de la eficiencia de los hospitales (objetivo central en la dinámica de los contratos-programa mencionados) porque la evolución tecnológica cambia el *mix* de la producción, y se produce un entorno de costes y recursos crecientes, en el cual el aumento de actividad conseguida tiende a compensar los mayores costes; para el INSALUD la evolución del coste medio por UPA (Unidad Ponderada Asistencial) entre 1994 y 1997, en pesetas reales disminuye un 0,66% (media no ponderada del coste por UPA en los grupos de hospital 1 al 4). En el conjunto de hospitales públicos se puede observar, a partir de 1993, una importante contención de costes, manteniéndose el crecimiento de la actividad.

En la Tabla 47 se reseñan los principales datos de estructura y funcionamiento en los hospitales públicos (excluidos hospitales militares) en la serie temporal 1985-1996.

Tabla 47

Indicadores de estructura y funcionamiento de los hospitales públicos (excluidos hospitales militares), 1985-1996

AGUDOS	CAMAS	ALTAS	ESTANCIAS	E-M	OCU	ROTA
1985	84.153	2.278.833	23.618.038	10.4	76.9	27.1
1986	85.992	2.288.808	23.376.096	10.2	74.5	26.6
1987	86.676	2.375.533	24.904.859	10.5	78.7	27.4
1988	87.545	2.464.938	25.131.017	10.2	78.6	28.2
1989	88.127	2.467.386	25.034.840	10.1	77.8	28.0
1990	88.467	2.514.603	24.989.435	9.9	77.4	28.4
1991	88.862	2.592.866	25.224.703	9.7	77.8	29.2
1992	89.009	2.730.128	25.215.369	9.2	77.6	30.7
1993	88.403	2.812.682	25.370.676	9.0	78.6	31.8
1994	87.813	2.893.353	25.672.031	8.9	80.1	32.9
1995	87.533	2.905.713	25.694.253	8.8	80.4	33.2
1996	87.589	3.061.389	25.953.421	8.5	81.2	35.0

El escenario anterior aporta una imagen de encrucijada estratégica para el hospital y para la atención especializada. El modelo weberiano-racionalista, de corte administrativo y procedimental está agotado; los modelos competitivos de corte comercial han demostrado su incompatibilidad con objetivos macroeconómicos de contención de costes (o racionamiento), pues sólo pueden operar en condiciones de crecimiento de recursos (como se ha puesto en evidencia en la experiencia británica); puede ser que la alternativa desde una perspectiva evolutiva deba tomar elementos del enfoque racional (planificación de oferta a través de una función de compra mucho más ejecutiva y coordinadora), y del enfoque contractual (autonomía de proveedores para organizar su producción y motivar a sus agentes); pero además será necesario introducir nuevos elementos: a) la implicación de los clínicos en la gestión y en la racionalización de sus decisiones en beneficio del paciente y de la comunidad; b) la creación de instrumentos horizontales que creen, compilen y difundan conocimiento para la mejora de las intervenciones, que permitan comparar y evaluar los resultados y que faciliten plataformas logísticas para el funcionamiento integrado de la red sanitaria; c) el establecimiento de sistemas de financiación y contratos que minimicen los comportamientos oportunistas de los agentes e incentiven la acción hacia los objetivos globales del sistema; d) el desarrollo de estilos nuevos de planificación hacia objetivos de salud que puedan descodificarse por parte de los agentes asistenciales para prestar su contribución de forma efectiva a dichas estrategias.

A diferencia de nuestros planes de salud (en los cuales aparecen una media de 61 líneas de programa orientadas a la acción), el Plan de Salud Británico de 1992 (*The Health of the Nation*) incluía sólo 5 objetivos centrales que, en el nuevo Plan de 1998 (*Our Healthier Nation* —13—), quedan reducidos a 4 (cardiovascular, accidentes, cáncer y salud mental); además, los objetivos se formulan para que localmente se traduzcan en contratos o en planes de mejora de la salud; la idea es que la “carga de la prueba” recaiga en la periferia, la cual debe demostrar periódicamente al centro corporativo que hace algo para avanzar en los problemas prioritarios (por lo tanto se crea un esquema de gestión de los planes que facilita la acción proactiva y la descodificación local).

6. EL HOSPITAL EN EL INICIO DEL NUEVO SIGLO

La atención especializada y el hospital se enfrentan a cambios muy importantes en el futuro próximo; la variable tecnológica sigue siendo determinante como generadora de cambios que impactan en la organización (siempre más rígida y menos proclive a cambios); en algunos casos, la propia evolución histórica crea restricciones a cambios que la mayoría de agentes consideran beneficiosos, especialmente cuando son las grandes organizaciones las que han de negociar y articular cambios que afecten en bloque a toda la estructura periférica (régimen de personal).

Quizás uno de los objetivos implícitos de la descentralización (o incluso fragmentación) que se plantea, sea transferir los costes del rediseño organizativo a la periferia (en línea con lo que muchas grandes corporaciones han postulado en procesos de desintegración o integración virtual); no obstante, para dichos procesos se requiere una maestría contractual y herramientas horizontales de gestión (ejemplo las empresas de servicio por franquicia), que están lejos de ser conseguidas en el campo sanitario y que constituirían en buena parte el *Know-How* de la función de compra.

Con relación a los objetivos de salud, podríamos definir cinco retos adaptativos a los que deben responder las reformas de la atención especializada:

- a) La eficiencia productiva clínicamente apropiada: no se trata de hacer más, sino de hacer lo más efectivo de acuerdo a la evidencia científica y a la opinión y criterio informado del paciente; las corrientes de Medicina Basada en la Evidencia, de la Bioética y de la Gestión Clínica, deben buscar respuestas razonables a los problemas de salud de los pacientes. Ello lleva a un cambio de cultura clínica y gestora que algunos han denominado “gestión de lo esencial”.
- b) La efectividad bio-patográfica de las intervenciones sobre los pacientes: no se trata de aplicar una tecnología a un paciente que cumple los requisitos de indicación, sino de poner al paciente en el centro de nuestras intervenciones y articular respuestas integradas dentro y fuera del hospital. Ello lleva a modelos organizativos longitudinales sobre el proceso y sobre el paciente, que en buena medida se fundamentan en una coordinación clínicamente eficaz con la atención primaria, con otros servicios y con otros dispositivos sociosanitarios.
- c) La humanización del medio-ambiente hospitalario; el hospital es un medio ajeno y con frecuencia hostil para el paciente: es necesario profundizar en un rediseño, el cual no debe afectar sólo a la arquitectura, sino a todos los componentes de acogida, información, citación, confortabilidad, etc., para llegar a replantear el conjunto de procesos de la cadena de valor de la atención sanitaria en torno al paciente.
- d) El reto de superespecialización / integración de red: además de lo anterior, el aumento de conocimientos y el correlato de super-especialización rebasan los mecanismos intra-hospitalarios de coordinación y de generación y difusión del conocimiento; los hospitales se beneficiarán de trabajar cooperativamente en redes con superespecializaciones distribuidas y coordinadas; los mecanismos informales de formación y actualización científica deberán ser reconstruidos como instrumentos de gestión del conocimiento y articulados en la red como instrumentos de gestión horizontal; la investigación deberá ir más allá del marco de iniciativas singulares de grupos científicos motivados por un problema, para incorporar decididamente su función de I+D sobre problemas y soluciones socialmente relevantes para la población y para el sistema.
- e) Reorientación poblacional (el universo de la eficiencia asignativa): será necesaria una reorientación poblacional de las responsabilidades del hospital; la necesidad de dar un componente de eficiencia asignativa no sólo debe recaer en los “compradores” o aseguradores a través de los contratos; el concepto de necesidad debe llegar también a los hospitales y a los clínicos, como elemento de sensibilización sobre la legitimidad e importancia de las prioridades sociales y sanitarias. A dichos efectos puede ser importante que los planes de salud se reorienten en el formato británico como un conjunto limitado de objetivos para gestionar en cada ciclo contractual, de forma que los gestores deban demostrar el esfuerzo y el avance en las acciones localmente relevantes que se dirijan hacia dichos objetivos.

Los anteriores elementos plantean un reto particular en los sistemas de información; la creación de sistemas que controlen actividad, costes y calidad presentan notables insuficiencias; los indicadores funcionales clásicos están obsoletos; los de casuística van a ser rebasados en la medida en que la parte substancial de las intervenciones sanitarias se realice fuera del escenario de internamiento convencional; los análisis de costes plantean problemas en los sistemas europeos basados más en racionamiento que en facturación; las variables de calidad son aún muy indirectas y es difícil pensar que dispondremos a corto plazo de variables de medición de proceso o resultado globales y discriminativas. En todo caso, la arquitectura informativa es un elemento horizontal estratégico que va a condicionar el alcance real de los procesos contractuales de gestión en los nuevos modelos que se plantean.

BIBLIOGRAFÍA

1. Fernández-Cuenca R. Análisis de los Servicios Sanitarios (Capítulo 8). En: Catalá F, Manuel E de (eds). Informe SESPAS 1998, La Salud Pública y el Futuro del Estado del Bienestar. Granada: EASP; SESPAS, 1998:251-97.
2. Elola J. Crisis y Reforma de la Asistencia Pública en España (1983-1990). Madrid: FIS, 1991.

3. Cabasés JM, Martín-Martín J. Diseño y Evaluación de Estrategias de Desregulación en el Sector Sanitario Público en España. En: López Casasnovas G, Rodríguez Palenzuela D (eds.). La regulación de los servicios sanitarios en España. Madrid: Civitas, 1997:481-537.
4. González López B. Los Sistemas de Información y el tránsito a los Contratos de Gestión en el INSALUD G.D. En: XVIII Jornadas de Economía de la Salud, Información Sanitaria y Nuevas Tecnologías (Vitoria, Mayo 1998). Vitoria: Osakidetza-AES, 1998:45-61.
5. INSALUD (SP). Plan estratégico: el libro azul. Madrid: INSALUD, 1998.
6. Artículo 111, Ley 50/98, de 30 de Diciembre, de Medidas Fiscales, Administrativas y del Orden Social.
7. Ferrándiz-Manjavacas FA (1999). Las Fundaciones como nuevas formas de gestión eficiente. Ventajas e inconvenientes respecto al modelo tradicional de gestión. Revista de Administración Sanitaria 1999;(9):33-57.
8. Núñez-Feijóo. Nuevas formas de gestión en el Sistema Nacional de Salud. Revista de Administración Sanitaria 1999;(9):59-67.
9. Freire JM. Fundaciones Sanitarias públicas, comentario y propuestas alternativas. Revista de Administración Sanitaria 1999;(9):69-92.
10. Repullo JR. Compra de servicios y contratos: balance del experimento del mercado interno británico (1ª parte: competencia, función de compra y contratos). Revista de Administración Sanitaria 1998;2(6):55-79.
11. Alonso Cuesta P et al. Análisis de la utilización de los recursos de atención especializada en el INSALUD. En: Medicina Basada en la Evidencia (MBE): Evaluación Tecnológica y Práctica Clínica. 2ª Reunión Científica de la Asociación Española de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. (Oviedo, noviembre 1996):79-96.
12. Sarría A, Sendra JM. Diferencias Regionales en la Utilización Hospitalaria. Gaceta Sanitaria 1993;7:63-9.
13. Secretary of State for Health. Our Healthier Nation. A Contract for Health. A Consultation Paper. London: HMSO, 1998.