

Aportaciones clínicas sobre gestión y estancia hospitalaria en la Sanidad Pública Andaluza.

Una valoración crítica

Juan José Martínez Ortiz

El trabajo ofrece una valoración crítica sobre el estado actual de la Sanidad Pública en el ámbito de los hospitales comarcales de la Comunidad Andaluza. Partiendo de una reflexión sobre los principales problemas que debe afrontar (en el contexto de un amplio debate iniciado por otros autores) y de las posibles soluciones, el comentario centra su atención en la relación Estancia Media Hospitalaria y Calidad Asistencial, desde la óptica clínica, para terminar cuestionándose la eficacia de los actuales modelos de Gestión Hospitalaria.

Como punto de partida a nuestro análisis sobre la situación que viven hoy los hospitales comarcales de la Sanidad Pública andaluza considero conveniente tomar en consideración las afirmaciones que realizara I. RIESGO en enero de 1991, apuntando, entre otras cosas, que «...la ausencia de criterios evolucionados de gestión económica en el Sector Hospitalario se ha puesto de manifiesto reiteradamente. Esto es especialmente grave en situaciones de ajuste económico (como las que parecen avecinarse)... y hace disminuir... el nivel de recursos sobre el conjunto de la estructura sanitaria, provocando así un altísimo nivel de crispación, desánimo y frustración». (1). Valorando como certeras y clarividentes estas tesis, vamos a centrarnos ya en el tema que nos ocupa. Partimos para ello de tres consideraciones previas:

— Que los profesionales de la Sanidad Pública actual, cualquiera que sea su papel en ella, están escasamente conectados con los mecanismos de gestión y organización interna de sus centros de trabajo.

— Que nuestros hospitales comarcales son centros mixtos, de agudos y crónicos, ante la carencia de una red hospitalaria de larga estancia. Por ello, aunque la asistencia

a los agudos sea teóricamente más «cara» (en términos meramente economicistas), son los pacientes crónicos los que provocan mayor colapso en estos centros hospitalarios, desviándose hacia este grupo de enfermos un potencial humano y económico en ocasiones innecesario.

— Que la pérdida de confianza de amplios sectores de población hacia la atención Primaria y asistencia Ambulatoria provocan una creciente sobresaturación en los Servicios de Urgencia hospitalaria y obstaculiza el funcionamiento de los hospitales comarcales. Los altos porcentajes de ingresos vía Urgencias (casi un 70% del total) impiden, por ejemplo, la puesta en práctica de programas concertados y dificulta la reducción de listas de espera, cuestiones ambas que requieren serena reflexión.

Aunque algunas de estas consideraciones fueron esbozadas desde diversas ópticas en publicaciones recientes (MIGUEL-COLLELL y ASENJO) (2),

evidenciándose así la palpable actualidad de la cuestión, considero que para muchos clínicos pueden servir de reflexión las orientaciones que recojo sobre el tema de la Estancia media en el ámbito de la Gestión hospitalaria, suscribiendo de antemano la tesis de los Drs. MATÍAS GUIU y GÓMEZ R., cuando afirman que «... la Estancia Media (E.M.) es un dato meramente descriptivo, dependiente de muchos factores... algunos de ellos externos al propio Servicio» (3). Cuestionarse pues la validez de la E.M. como principal instrumento de evaluación para un determinado Servicio u Hospital no extraña ya a casi nadie, excepción hecha de ciertas altas esferas de la Gestión, aferradas al frío dato estadístico como remedio que justifique sus medias verdades y un nefasto mantenimiento (cuando no ampliación) en las plantillas de gestores hospitalarios de nuevo cuño. Y es que, en palabras de G. PÁEZ, «la curación de un paciente, la Estancia Media, el tipo de Cirugía o el control de pruebas diagnósticas, no son parámetros válidos en manos de médicos sin experiencia Clínica, ni de Gestores administrativos» (4). Entrando de lleno en la valoración crítica sobre los parámetros actuales de E.M. de nuestros Hospitales comarcales y su utilidad para medir rendimientos, el primer aspecto a tener en cuenta sería el puramente legal. En él comienzan ya las malas interpretaciones, pues el B.O.E. núm. 216, de 9 de septiembre de 1978, fijaba la E.M. como uno de los indicadores de evaluación *cuantitativa* en el rendimiento hospitalario (5). En la misma línea abundaban los nuevos modelos de Gestión hospitalaria, aconsejando parámetros de E.M. ajustados a las características de cada hospital y nivel de atención, pero siempre en el ámbito de lo meramente *descriptivo y cuantitativo*, que no *cuantitativo* (6).

Porque es éste el fondo de la cuestión. ¿A qué mediano observador escapa el hecho de lo fácil que resulta aumentar el índice de ocupación de un hospital en aras a la obtención de la E.M. aconsejable? Resulta claro que el método más sencillo consiste en ingresar patologías banales, máxime si partimos de las consideraciones iniciales (masificación de Urgencias, por ejemplo),

o si consideramos la simple intencionalidad de justificar «legalmente» el mantenimiento de camas en Servicios que han disminuido sus índices de ocupación (Maternidad..., etc). En cualquier caso la precocidad del Alta debería interpretarse más como sinónimo de baja calidad asistencial y mala gestión que como índice de buen funcionamiento. Pero nos consta que sucede a la inversa y que pocos se cuestionan la validez de un método que admite criterios de ingresabilidad más que dudosos y premia a quienes lo favorecen: malos clínicos y peores administradores.

Todas estas circunstancias deben matizarse con especial cautela al analizar el caso concreto que nos ocupa: los hospitales comarcales de la sanidad pública andaluza. A modo de breve síntesis expongo algunas de las raíces del problema:

a) **El modelo de formación de los especialistas**

Resulta evidente que los M.I.R. prefieren permanecer en capitales, con renovaciones de contratos temporales, ejercicio privado adscripción a Cátedras, proyectos de Doctorado o espectativas de investigación, circunstancias que resultan cada día más incompatibles con la medicina hospitalaria comarcal.

b) **El progresivo incremento de profesional sanitario contratado o interino en nuestros hospitales comarcales**

Este fenómeno genera secuelas graves para nuestros centros, pues la precariedad del empleo corre paralela a la mayor «manejabilidad» y menor espíritu reivindicativo de los profesionales, escasamente ilusionados con proyectos que eleven la calidad asistencial de sus centros de trabajo.

c) **El sistema de nombramientos para directivos, con discutible cualificación profesional**

Afirmar, como lo hacían GARCÍA PÁEZ y M. GUIU, en algún momento de sus trabajos que «estamos dirigidos por los más capaces», es más que controvertido para nuestro caso. Es posible

que lo estemos por los que han podido obtener un currículum más denso, pues, si tenemos en cuenta el alto número de cargos de designación personal en la Sanidad Pública Andaluza y las facilidades que obtienen desde la toma de posesión para el autorrelanzamiento personal, siempre primados por la Administración a la hora de realizar cursos o programas de perfeccionamiento, el currículum resulta fácil. A cambio deben sujetarse a obediencia partidista en muchos casos y asumir la pérdida de credibilidad por parte de los Clínicos a los que dirigen.

Todos estos factores, entre otros más, influyen en la calidad y crean gravísimas disfunciones en los datos estadísticos asistenciales, como la Estancia Media (E.M.), el Índice de Ocupación (I.O.) o el Índice de Rotación (I.R.). Trasladados a instancias superiores por gestores-administradores (son meros transmisores, que no analistas) salen fuera de su contexto real y generan peligrosos errores: porque confundir calidad con cantidad supone identificar Estancia Media con buen funcionamiento hospitalario (7).

Ante este panorama cabe preguntarse si aún existen remedios para atajar el mal. En mi opinión estamos todavía a tiempo, aunque las soluciones no son fáciles. Vayamos a los temas de base y busquemos salidas:

1. Profesionalización de cargos directivos y reducción de plantillas en cargos intermedios

Urge eliminar el sistema de designaciones personales para gestores-administradores y alejar cualquier nombramiento que no se apoye en criterios objetivables.

2. Corresponsabilidad de los Clínicos en labores de gestión

No debería existir hoy una estricta separación entre actividades asistenciales y de gestión. Sólo la cooperación (que no el corporativismo) pueden poner fin a la crisis que padece nuestra Sanidad y lograr un *producto final sanitario integrado*.

3. Dignificar y potenciar la Medicina de atención Primaria y ambulatoria

Es preciso para ello invertir en planes de formación continuada, crear nuevas especialidades, ajustadas en cada caso a las características socio-sanitarias del entorno (Alergología, por ejemplo, en el caso de Jaén), y potenciar al máximo la medicina familiar.

4. Ordenar los Servicios de Urgencia Hospitalaria, con criterios más ajustados de ingresabilidad

Este punto pasa necesariamente por lo anterior, creo también que requiere medidas en el ámbito de la gestión hospitalaria, y el consenso de los responsables de cada Servicio y Área sanitaria.

5. Creación de redes de Hospitales de Larga Estancia y nuevos modelos de hospitalización

(Hospitalización de día, Cirugía laparoscópica..., etc.). Sin ello no será posible la descongestión de nuestros hospitales ni viable la reestructuración de la Sanidad.

6. Redefinición de las especialidades hospitalarias existentes, en función del Área y nivel

Sólo una medicina adecuada a las necesidades de la población es válida hoy, ante lógicas exigencias de una sociedad que demanda mayor grado de bienestar. Por ello el viejo «especialista-comodín» no debe tener cabida tampoco en hospitales comarcales, por mucho que duele su desaparición a los gestores.

7. Modificar criterio sobre Estancia Media y Rendimiento Hospitalario

Después de lo expuesto queda claro que si existen adecuados controles de ingresabilidad, la Estancia Media de «los usuarios», en terminología preferida por los directivos de Sistemas de Salud *debería ser alta*. Sólo así mejoraría-



mos en calidad asistencial (técnica y humanamente) y disminuiríamos costos. Porque tener índices de ocupación tolerables (90%) va unido a reducción de gastos y conduce a lo que debería ser la meta final: *primar la calidad por encima de la cantidad*.

Los clínicos conocemos bien eso «efectos-rebote» que genera un I.O. superior a la capacidad técnica y humana de nuestros hospitales comarcales: reingresos continuados de antiguos pacientes, mayor frecuencia en la práctica de una «medicina defensiva» (exploraciones innecesarias, desvíos excesivos de pacientes a hospitales de mayor tecnología...) y mantenimiento de camas en determinados servicios de modo artificial, son algunos de ellos. Convenir la Es-

tancia Media en el argumento de administradores mediocres o en obsesión de dóciles gestores es un grave error que estamos pagando demasiado caro entre todos. Y es que, lo queramos o no, la sociedad evoluciona continuamente y a mayor calidad de vida se corresponde mejor nivel en asistencia sanitaria. Por lo demás, como afirmaron para EE.UU. SCHUWARTZ y MENDELSON, «...la reducción de la E.M. no lleva aparejada la reducción de los costos». ◀

Juan José Martínez Ortiz, Jefe Sección del Hospital San Juan de la Cruz.

Bibliografía

1. RIESGO, I.: «Elementos para un debate sobre la situación de los hospitales españoles», *Gestión Sanitaria (E.A.D.A.)*, Barcelona, 1991, 19:2-10.
2. MIQUEL COLLELL, ASENJO M. A.: «La importancia sanitaria y económica de la estancia media hospitalaria», *Med. Clin.*, Barcelona, 1992, 99:116. ASENJO, M.A., «El hospital como empresa», *Med. Clin.*, Barcelona, 1991, 96:780-783.
3. MATÍAS-GUIL, J; y GÓMEZ, R.: «La importancia sanitaria y económica de la Estancia Media hospitalaria», *Med. Clin.*, Vol. 100, N.º 10, Barcelona, 1993, págs. 396-397.
4. GARCÍA PÁEZ, J. M.: «La importancia sanitaria y económica de la Estancia Media hospitalaria», *Med. Clin.*, Barcelona, 1992, págs. 99-116.
5. B.O.E. núm. 216, de 9 de octubre de 1978. Indicadores de rendimiento hospitalario.
6. GUTIÉRREZ MARTI, R. et al.: Nuevo modelo de Gestión hospitalaria. Subdirección General de Atención Hospitalaria. Instituto Nacional de la Salud, núm. 1.421, Madrid, 1984.
7. DONABEDIÁN A.: «La calidad de la Asistencia», *JAMA*, 1988, 260:1743-1748.