

Nuevos sistemas de gestión de las unidades clínicas cardiovasculares

Federico Vallés Belsué

Servicio de Cardiología. Hospital Reina Sofía. Córdoba.

asistencia sanitaria/ gestión hospitalaria/ grupos de diagnósticos relacionados/ servicio de cardiología

La actividad asistencial sanitaria está en crecimiento debido, por una parte, a la mayor esperanza y demanda de calidad de vida y, por otra, a que cada día existen más tecnología, nuevos medicamentos, ambos, en general más costosos, que junto con la limitación y optimización de los recursos exige una adecuación de las necesidades a dichos recursos.

Ya hace años que se han ido instalando las bases para la planificación de un hospital, teniendo en cuenta una serie de consideraciones desde la misión de dicho hospital, pasando por la priorización de programas, relaciones con otras instituciones, selección del personal, etc.¹. En realidad este aspecto no era nuevo. De hecho, desde hace más de 30 años, en las memorias que se presentaban, para optar a determinadas plazas hospitalarias, siempre se tenían en cuenta las necesidades y recursos para marcar planes de actuación, así como se proponían protocolos de actuación. En todos los casos se establecían las relaciones que podría tener el servicio que se tratase con otros del hospital. A veces se empleaban palabras distintas, como misiones del servicio, en lugar de objetivos, pero en esencia estábamos hablando de lo mismo. Las memorias siguen teniendo valor y cada vez más se incluyen en ellas aspectos de gestión clínica.

Estamos asistiendo a la organización de unidades funcionales en nuestros hospitales que pueden abarcar varias especialidades íntimamente relacionadas, con objeto de lograr una mejor adecuación de los recursos. ¿Qué suponen dichas unidades? Aparte de que puedan englobar o no a varios servicios clínicos, lo fundamental es que se introducen conceptos económicos. En España están implantadas dos unidades funcionales, en el ámbito cardiológico, que reciben el nombre de Instituto, en el Hospital Clínic de Barcelona y de Área en el Hospital Juan Canalejo de La Coruña, abarcando am-

bas los aspectos médicos y quirúrgicos de las enfermedades cardiovasculares.

En el Hospital Clínic de Barcelona², se parte de un proyecto general de reforma del hospital orientado al paciente, en aspectos asistenciales, docentes e investigadores, en el que las especialidades enfocadas a los mismos pacientes se constituirían en institutos y, el resto, en centro de especialidades, junto con un área de diagnóstico por imagen y otra de laboratorios. El objetivo es mejorar la calidad, reducir el coste o ambas cosas a la vez en actividades que supongan, al menos el 10% del volumen total del hospital con un número importante de pacientes y con compatibilidad de las personas clave. En la preparación previa se tuvo en cuenta una estrategia de empresa con una consultora trabajando en paralelo con el personal sanitario para diseñar los órganos de gobierno, los procesos a aplicar, infraestructura y guías clínicas. Hay un mantenimiento de la estructura actual de los servicios y una colaboración con personal no médico. El eje fundamental es el enfermo y se rediseñan los procesos, de tal forma que se planifican las necesidades, asistenciales o no, y la comodidad del propio paciente. El análisis previo a la implantación del instituto determinó una serie de medidas para modificar la estructura y organización del instituto entre las que cabe destacar la creación de unidad de gestión de pacientes, coordinador de enfermería, administrativo de hospitalización, agrupando las pruebas diagnósticas en un centro y crear el hospital de día. Como señalan los autores, los resultados hay que analizarlos a mayor plazo que el actual, no obstante se aprecia mejoría en los aspectos asistenciales y económicos.

En el Hospital Juan Canalejo de La Coruña³, el eje de actuación es, igualmente, el paciente con objetivos clínicos y económicos, aumentando la eficiencia y la calidad con la implicación de los profesionales sanitarios, trabajo enfocado en la gestión de los procesos y a la autoevaluación. Se parte de la implantación en el Hospital Juan Canalejo, de un área piloto, el «Área del Corazón» según que los servicios implicados tengan capacidad de colaboración, que abarcase un amplio espectro con una significación económica en el hospital

Correspondencia: Dr. F. Vallés Belsué.
Servicio de Cardiología. Hospital Reina Sofía.
Avda. Menéndez Pidal, s/n. 14004 Córdoba.

y con una gran colaboración entre los servicios de cardiología y cirugía cardíaca. Se separa un órgano directivo en el que están implicados diferentes servicios, no cardiológicos puros, y un comité operativo que es el que participa en la gestión clínica diaria. La estructuración del trabajo supone una mayor integración de los servicios de cardiología y cirugía cardiovascular, que en el modelo del Hospital Clínic. Parten, igualmente, de protocolización de procesos, evaluación, empleo de GRD (grupos relacionados de diagnóstico) y autoevaluación. Tienen un contrato-programa con la dirección del hospital con progresiva autonomía, gestión del presupuesto asistencial y posibilidad de inversión de recursos en nuevas áreas. En la valoración de resultados, igualmente, ha pasado poco tiempo, aunque se aprecia aumento de la actividad de indicadores asistenciales y contención de costes.

ANTECEDENTES

El denominado informe Abril⁴, una vez analizado el aumento del porcentaje del gasto sanitario, señalaba la falta de evaluación y análisis en el sector sanitario, la rigidez del sistema que determina que la responsabilidad de la gestión queda diluida, así como que los instrumentos de gestión son los que peor se han adaptado a las exigencias actuales. Proponía separar las funciones de financiación, compra y provisión de servicios y configurar los centros sanitarios como empresas públicas regidas por el derecho privado.

La razón estriba en que los hospitales tienen un esquema basado en la burocracia profesional (necesidad de alta cualificación profesional, no siempre ligada a factores de organización), integrado en una organización divisional (médica y de enfermería) que puede ser antagónica, pero que tiene que adoptar, para su funcionamiento, una estructura matricial, trabajando los diferentes estamentos de una forma coordinada *de facto*, aunque no reconocido en organigrama formal⁵. Es imprescindible una buena colaboración con el personal no médico, no siempre posible con la organización actual que se legisla en 1987⁶ y que contempla un equipo directivo en el que se igualan las direcciones médica y de enfermería, lo que supone una lacra a la jerarquización, por razones no claras, que habría que ponerlas en el contexto de aquellos años, en los que la jerarquía se cuestionaba y se quiso relegar la misión del médico⁷.

La primera normativa sobre las nuevas fórmulas de gestión se establece, por vía de urgencia, en el Real Decreto ley 10/96 de 17 de junio y posteriormente la Ley de Habilidad de nuevas formas de gestión aprobada el 10 de abril (Ley 15/97), que establecen una serie de modalidades de gestión, a través de la constitución de «cualesquiera entidades de naturaleza o titularidad pública admitidas en derecho». Entre otras se refiere a empresas públicas, consorcios, fundacio-

nes, cooperativas profesionales, etc., que las diversas comunidades autónomas han adaptado de forma muy diversa⁸. La aplicación de estas normas o de otras posteriores se ha puesto de manifiesto en diferentes planes estratégicos (INSALUD, SAS, etc.)^{9,10}.

COMENTARIOS

La supervivencia de un hospital puede venir determinada por la planificación que efectúe en sus actuaciones. El objetivo primario es determinar hacia dónde se dirige con la colaboración de los miembros de la administración y de la plantilla médica, las necesidades de la población de una forma realista, implicando a la mayor parte de sus componentes¹. El planteamiento de la situación, cuyo primer objetivo es la eficiencia, puede estar condicionado por diferentes motivos: razones generales del Sistema Nacional de Salud, que es lo lógico, razones de optimización de los recursos de un hospital, sin entrar en clara competencia, por no haber proximidad con otros y, por último, razones de supervivencia de un hospital, frente a la competencia de otro.

Es necesario un consenso, antes de su implantación, por lo que subyace un aspecto fundamental, el deseo de colaborar de todos los estamentos implicados en la misión común. Esto plantea problemas y, quizá, soluciones distintas, si se trata de hospitales públicos o privados, con gran sobrecarga asistencial o con poca, con competencia o no dentro del área, con la edad de las personas, con el tipo de vinculación laboral, con que se trate de un hospital a estrenar o ya lleve años funcionando, con la ilusión que todavía mantenga sus miembros, con el grado de cohesión interna, con las técnicas implantadas, etc. Por ello, los modelos resultantes van a ser distintos y no se pueden copiar totalmente modelos funcionantes en otras condiciones. El aspecto más importante es la negociación entre todos los miembros de la unidad, para conseguir un esfuerzo común. Es muy fácil afirmarlo, pero, de hecho, presenta dificultades, debido al descontento de unos, pocas ganas de colaborar, conformismo con la situación actual, deseos de que nada cambie, falta de autocritica y no aceptación de decisiones y evidencias.

Una consecuencia lógica de cualquier organización es la unificación de criterios en las exploraciones a realizar y sus indicaciones. De hecho, el enfermo en su proceso puede pasar por muy diferentes servicios, no ligados entre sí: urgencias, cuidados intensivos, cardiología, cirugía cardíaca, cardiología no jerarquizada, atención primaria, etc., con conocimientos y criterios dispares. Puede ser dado de alta desde cualquiera de ellos y no estar unificados los criterios de seguimiento, tratamiento, etc.

¿Se tienen en cuenta, en la práctica médica diaria, los conocimientos que nos proporcionan los ensayos clínicos, con sus limitaciones? Si aplicamos sólo la eficacia, es decir, el beneficio que se observa en ese

ensayo, con determinado medicamento o técnica, en el enfermo tipo que presentan en dicho estudio, la mayor parte de las veces sí, ya que tenemos en cuenta estos datos a la hora de valorar los enfermos. En términos de efectividad, es decir, la aplicación del procedimiento o medicamento a la generalidad de los enfermos y conocer sus resultados, no siempre se analiza. Mucho menos suele tenerse en cuenta la eficiencia, es decir, el máximo beneficio posible y la optimización de los recursos¹¹.

Muchas veces los médicos somos reticentes a entrar en debate sobre aspectos económicos y sin embargo, diariamente estamos tomando decisiones sobre qué hacer con nuestros enfermos; sin embargo, conocer los principios de coste-efectividad permitirán al médico elegir estrategias diagnósticas y terapéuticas más adecuadas para cada paciente¹². Para ello habrá que realizar diferentes protocolos y guías de actuación clínica con las modificaciones que sean necesarias en el propio medio, atendiendo a criterios de eficacia. Por ejemplo, protocolizando los procesos más frecuentes o relevantes de efectividad o mejorando la actuación en dichos procesos y de eficiencia con la mejora en los costes¹⁰.

Habrà que tener en cuenta las necesidades de la población. Las tendencias actuales de promover la competencia entre unidades pudieran determinar no tener en cuenta este aspecto con peligro de atención integral a todos los pacientes. Por supuesto que en los hospitales generales que sean los únicos referentes de una amplia zona es imprescindible. Ahora bien, ¿están delimitadas cuáles son las necesidades reales de los especialistas? ¿Qué número de exploraciones deben realizarse por millón de habitantes? ¿Existe un parámetro que mida, realmente, estos datos? ¿Están suficientemente desarrollados los métodos de análisis de coste-efectividad? ¿Se conoce, realmente, el montante de gasto?

Las líneas de trabajo serán unos mínimos para cubrir a una población próxima. Habrà otras líneas de actuación clínica a grupos menores de población por menores casos, de investigación, de valoración de nuevas tecnologías, etc., que podrán ser ofertados por unas unidades y no por otras. Para ello, debieran existir dos formas, teóricamente, de actuación. La primera nace de repartir entre varias unidades diferentes líneas de actuación y la segunda, que en la práctica se ha impuesto, consiste en la oferta de servicios por factores de interés y dedicación: hemodinámica con o sin intervención, electrofisiología, trasplante cardíaco, etc.

A la hora de valorar los resultados, el método más empleado es el de los GRD que comenzaron a emplearse en los EE.UU. hace casi 15 años. Entre el Sistema de Salud correspondiente y la gerencia del hospital se establecen los contratos-programa estableciendo el objetivo de producción y la financiación máxima dispo-

nible⁸. También se emplean otros métodos para medir actividades. Dichos parámetros, en términos de estancias y procedimientos son: UPA (unidad ponderada de asistencia) en el INSALUD, EVA (escala de valoración andaluza) en Andalucía, UBA (unidad básica asistencial) en Cataluña y País Vasco y UPA corregida en Galicia. Estas unidades relativas de valor, similares pero no idénticas, intentan una aproximación de precios a costes de actividad sin olvidar, en general, los GRD, como se ha indicado, para adecuar los datos anteriores con la complejidad de la casuística⁸.

Existen dos tipos de planteamiento económico: el primero, que siempre subyace, es el de relación con los organismos directivos, muchas veces con conceptos economicistas y otro el pensar que los recursos que aplicamos a nuestros enfermos son limitados. No se deben realizar exploraciones innecesarias ni mantener ingresado a un paciente más días de los necesarios, ya que pudiera ocurrir, en ocasiones, que la aplicación de un procedimiento a un enfermo pueda conllevar la no aplicación a otro enfermo que lo precise más. Pero no olvidemos que puede ocurrir que la mejoría de los parámetros cuantitativos y cualitativos puede llevar un aumento del gasto y se pueda chocar con presupuestos fijos o limitados, cayendo en el concepto economicista de más enfermos mayor gasto.

CONCLUSIÓN

La necesidad de mejorar la calidad de la medicina es, en realidad, parte del buen quehacer médico. Es indudable que las tendencias actuales van hacia una autogestión de los servicios sanitarios, como se ha repetido, con modelos muy diversos, que incluso conviven en el mismo hospital, con estructuras y legislaciones cambiantes, con falta de comunicación entre estamentos, con inadecuada valoración y cuantificación de la labor de docencia e investigación, con falta de incentivos, con muchas respuestas por resolver, con nuevos modelos de valoración, etc. De todas las formas, el modelo actual no cumple todas las expectativas deseables y por ello se está modificando.

BIBLIOGRAFÍA

1. Deegan A, O'Donovan TR. Growing importance of planning in hospitals. En: Management by objectives for hospitals. Londres: Ed. Aspen, 1982; 69-87.
2. Sanz G, Pomar L. El «Instituto de Enfermedades Cardiovasculares». Proyecto de rediseño de los Servicios de Cardiología y Cirugía del Hospital Clínic de Barcelona. Rev Esp Cardiol 1998; 51: 620-628.
3. Castro A, Escudero JL, Juffé A, Sánchez CM, Caramés J. El «Área del Corazón» del Complejo Hospitalario Juan Canalejo. Una nueva fórmula de gestión clínica. Rev Esp Cardiol 1998; 51: 611-619.
4. Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Sa-

- lud («Informe Abril»). Informe y Recomendaciones. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1991.
5. Mauri J. Organización del trabajo en el hospital. *Todo Hospital* 1995; 117: 21-25.
 6. Real Decreto 521/87. Reglamento general sobre estructura, organización y funcionamiento de hospitales gestionados por el Instituto Nacional de la Salud. BOE 15 de abril de 1987.
 7. Vallés F. La asistencia hospitalaria. El creciente papel de la asistencia extrahospitalaria. Tendencias futuras. En: *La formación de los profesionales de la salud. Escenarios y factores determinantes*. Bilbao: Ed. Fundación BBV, 1998; 91-106.
 8. Martín JJ. Cambio e innovación institucional. Las nuevas experiencias en gestión sanitaria. En: *Catalá-Villanueva FJ, Manuel- Kenenoy E, editores. La salud pública y el futuro estado de bienestar. Informe SESPAS. EASP 1988; 421-452.*
 9. Plan estratégico del INSALUD. De la autonomía a la competencia regulada. Libro azul. 1998.
 10. Borrador del desarrollo de la gestión clínica en las unidades de atención primaria y especializada, del Servicio Andaluz de Salud, durante 1998.
 11. Lázaro P. Métodos de investigación en cardiología clínica (VIII). Evaluación socioeconómica de la práctica clínica cardiológica. *Rev Esp Cardiol* 1997; 50: 428-443.
 12. Goldman L. Cost-effective strategies in cardiology. En: Braunwald E, editor. *Heart disease*. Filadelfia: Ed. Saunders, 1997; 1.741-1.755.