

ASOCIACION ARGENTINA DE ARQUITECTURA E INGENIERIA HOSPITALARIA

CUARTO CONGRESO LATINOAMERICANO DE ARQUITECTURA E INGENIERIA HOSPITALARIA

LA SALUD, EL HOSPITAL Y LOS RETOS DEL 2000

Dr. Carlos Padula *

A la luz de los resultados obtenidos en ciertas mediciones de opinión sobre los servicios de salud (1) y de la evolución del gasto público sanitario (2), y dada la preocupación de los gobiernos por sus posibles repercusiones políticas, en la mayoría de los países del entorno de las C.C.E.E. hay evidencias de necesidad de reformas.

Es necesario reflexionar sobre las tendencias de estas reformas en ciernes y anticiparse a sus posibles consecuencias, para poder intervenir activamente en el diseño de las políticas de Servicios Asistenciales, desde cada uno de los campos en los que se actúa profesionalmente y, si es posible (aunque no sea fácil), con una mirada interdisciplinar.

El sector Salud en los países desarrollados mueve enormes masas financieras y - como no podría ser de otra manera - las consecuencias de posibles decisiones de reformas supondrán un impacto importante sobre la evolución económica de los Estados, lo que equivale a decir, sobre las economías particulares y la calidad de vida de los contribuyentes.

Las expectativas de cambio suponen, además, el comienzo de movimientos de presión de los grandes grupos de intereses relacionados con el sector.

En España, el entorno sanitario más conocido por nosotros, en 1990, el gasto público en sanidad fué del orden del 5,3 % del P.N.B.: 2.642.000 millones de pesetas. Esta cifra representa el 78 % del gasto total en sanidad y la cobertura del Sistema Nacional de Salud ese mismo año alcanzaba al 98 % de la población del Estado (2).

En cuanto a la distribución de estos 2.642.000 millones, algo más de un 50 % es asignado a la asistencia hospitalaria, que presta atención, a lo largo de un año, a menos del 10 % de la población usuaria.

El 50 % de la población restante - usuarios masivos de los otros escalones del sistema, como la asistencia primaria, la salud mental, la rehabilitación, las prestaciones socio-sanitarias, etc. - ha de "conformarse" con repartir el 50 % restante de la asignación presupuestaria con las otras actividades de Salud Pública de la Administración (saneamiento, medio ambiental, programas de prevención y promoción de la salud, programas especiales, etc.).

Es por esto que en general, cuando hablamos de economía de la salud (al menos los gestores hospitalarios), hacemos, subconscientemente, una reducción y en realidad estamos hablando de la economía del dispositivo de Asistencia Sanitaria y, dentro de éste, casi siempre del subsistema Hospital.

Lo mismo, ocurre cuando tocamos los temas sanitarios desde la Arquitectura, la Organización, los Sistemas de Información, Control de Calidad, etc.. Creo que esta "hospitalofilia" no es casual y ocurre (si se disculpa el exceso de síntesis), por lo menos por dos razones de peso:

* Una es que en un mundo fuertemente influenciado por las teorías "duras" del pensamiento económico, dentro del sector salud, el Hospital es el subsistema que reproduce de manera más ostensible, el modo de producción industrial de servicios y es, además, el que genera más inversiones, crea más empleo y produce más gastos del sistema (3).

* La otra, desde una perspectiva sociológica, es que el Hospital moderno se ha convertido en el eje del Sistema Sanitario para la comunidad y en el foco de la mirada social a la hora de acceder (y juzgar) la asistencia sanitaria (4).

En consecuencia, aunque atiende a una proporción mínima de la población, el Hospital es el escalón del sistema que detenta el poder de absorber más recursos del total de los presupuestos del sector y que resulta más atractivo para las distintas profesiones que tienen contacto interdisciplinario con el Sistema Sanitario: economistas, arquitectos, químicos, abogados, informáticos, físicos, etc.

La evolución del pensamiento médico moderno no ha sido neutral a la hora de enfatizar esta tendencia.

El rápido desarrollo científico y técnico de los últimos 50 años ha inducido a los médicos a concentrarse en los Hospitales y a sistematizar extensivamente, los procedimientos diagnósticos y terapéuticos, para minimizar errores y garantizar el éxito de la práctica.

Las normas y protocolos de procedimientos se fueron elaborando para orientar el método clínico con objetivos médico-asistenciales y estos se han conseguido razonablemente, visto desde la perspectiva del caso

clínico individual. Podríamos afirmar que hoy, dentro de cada país de los llamados desarrollados, existe un apreciable consenso de la comunidad científica sobre cómo estudiar y tratar la mayoría de las enfermedades más frecuentes con buenos resultados: Efectividad Clínica (5).

En este camino no se buscaba (ni quizás se preveía) en principio, que la evolución de las ciencias médicas produciría, de manera ostensible, resultados estructurales, operacionales, organizativos, de relación médico-paciente y económicos que pocas décadas después pusieran en entredicho la propia supervivencia de los Sistemas Sanitarios. Y menos aún se preveía que, valorados desde una perspectiva de Salud Pública, estos resultados no ofrecieran incrementos cuantitativos notables en los indicadores de salud (6).

En cambio, las consecuencias socio-económicas del modelo de desarrollo científicista y hospitalcéntrico han sido más importantes de lo esperado en todos estos aspectos, aparte de haber mejorado la efectividad clínica.

Los aspectos más importantes de la situación del sector a finales del siglo son, a nuestro juicio, los siguientes:

a) El incremento de intensidad y especialización de las actuaciones médicas produce un **crecimiento explosivo de la demanda de asistencia sanitaria** impulsada desde la vertiente de la oferta, incrementando la frecuentación hospitalaria a niveles insospechados hace tan sólo unos años.

El fuerte crecimiento de esta demanda inducida, sumadas a la permanente incorporación de nuevas tecnologías, conduce a una **rápida obsolescencia de los habitats, instalaciones y equipamientos físicos** en los que se desarrolla la actividad asistencial.

b) La protocolización, el incremento de sofisticación técnica y la multiprofesionalidad subsiguientes, dan lugar a la **jerarquización de los diferentes colectivos de profesiones** que, gradualmente, se van incorporando a los Hospitales, creando una fuerte burocracia profesional.

c) La complejidad de la organización y los flujos de información, a veces automatizada, va reemplazando el esfuerzo de comunicacióndialógico existente entre el médico clásico y el paciente (imprescindible antes para resolver el enigma de la enfermedad), y esta dinámica produce una forma de **despersonalización del acto asistencial** que - en un entorno de creciente tecnologización - deviene en lo que habitualmente se ha dado en llamar "la deshumanización de la Medicina".

d) Como resultado de la incorporación de nuevos especialistas (personal), de la necesidad de nuevos espacios (inversiones), y de nuevas técnicas (inversiones y consumo), se produce un imparable **crecimiento del gasto por enfermo asistido**.

El resultado, aún en los países de mayor privatización en la financiación, es que los Sistemas Sanitarios entran en crisis con el previsi-

ble descenso de las inversiones, desmotivación del personal sanitario y descontento subjetivo del usuario respecto del servicio recibido.

Por lo tanto se ha de aceptar que la ideología de crecimiento ilimitado de las prestaciones de servicios asistenciales especializados y su localización preferentemente hospitalaria, que ha sido característica en los últimos años, aún habiendo mejorado la efectividad de la asistencia individual, acaba por generar un explosivo crecimiento de los costes y una rápida obsolescencia de las inversiones sin obtener, a cambio, una sustancial modificación de los indicadores de salud de la población y sin mejorar la valoración subjetiva que tienen los usuarios respecto del sistema. Es decir, acaba por exigir a los países un esfuerzo de financiación difícilmente asumible, porque el contribuyente no está dispuesto a soportar el incremento de la presión tributaria que supone esta dinámica.

Señalo para terminar algunos objetivos para corregir las tendencias actuales, que podrían reorientar el discurso estructural y dinámico del sector hospitalario en los próximos años.

Es evidente que no pretenden ser exhaustivos y deberían ser sometidos a discusiones interdisciplinarias y sesiones de consenso de todos los sectores implicados (incluidos los usuarios), para adecuarlos a los retos del futuro inmediato, pero podrían ser útiles si consiguen impulsar la reflexión sobre los criterios deseables en planificación, organización funcional y proyectos.

OBJETIVOS GENERALES

- a) Mantener los niveles alcanzados de efectividad clínica hacia los pacientes que se asisten, de acuerdo con los conocimientos generalmente aceptados por la comunidad científica.
- b) Centrar los esfuerzos en rescatar la capacidad de promoción, protección, prevención y curación de la Asistencia Primaria situada en los núcleos de población, prestando especial interés a la construcción, equipamiento y desarrollo adecuado de Centros de Asistencia Primaria barriales y rurales conectados a un Hospital de referencia.
- c) Proponer en cada Hospital un plan de inversiones y un presupuesto racionales que posibiliten un resultado económico equilibrado a fin de garantizar su viabilidad, en competencia regulada con otros Hospitales del sistema, en el marco de una economía social de mercado (razón coste / efectividad).
- d) Contribuir a la normalización de las dimensiones y complejidades de las construcciones que se quieran integrar al subsistema hospitalario.
- e) Promover la desaceleración de la renovación tecnológica, estricta-

mente mercantilista, cuando ésta no haya sido validada por estudios epidemiológicos controlados.

f) Participar con la sociedad civil en la definición del techo de prestaciones que deben ser financiadas por las Administraciones Públicas a efectos de garantizar la equidad de todos los habitantes en el acceso a los Servicios de Salud y la supervivencia del Sistema Sanitario.

† Dr. Carlos Padula -
Licenciado en Medicina y Cirugía - U.N.R. - Argentina
U.A. Barcelona -
Diplomado en Dirección Hospitalaria - Escuela de Gerencia Hospitalaria - Ministerio de Sanidad y Consumo - Madrid
Miembro de la Asociación de Economía de la Salud
Director - Gerente del Hospital General Manresa - Fundación Privada Servei Català de la Salut.

NOTAS

(1) La Opinión Pública y el Sistema. Pag. 4 . Apéndice al Informe de la Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud. Julio 1991.

(2) El gasto total alcanzó la cifra de 3.388,5 millones en 1990 y 3.739 millones en 1991. La evolución en los últimos 10 años se muestra en el cuadro siguiente.

EVOLUCION DEL GASTO EN SANIDAD EN ESPAÑA

Año	Gasto *	% del PIB	Var. Gasto	Var. PIB
1982	1.314,8	6,7	1	1
1991	3.739,5	8,9	2,85	2,75

* en millones de Ptas.

Fuente: idem (1) C.A.E.S.S. y otras.

Elaboración propia

(3) Del autor. Presentación y conclusiones de la Mesa Redonda "La Sanidad y el Tratado de Maastrich". Fulls Econòmics del Sistema Sanitari. Dep. de Sanitat. Generalitat de Catalunya. Julio 1993.

(4) idem. Cap. I. "Hospital y Sociedad: un rol integrado al sistema". Del libro L'Alta Hospitalària: un repte a l'eficàcia del Sistema Sanitari

EUGE. Edit. Escola Universitaria de Treball Social. Barcelona. En prensa.

(5) No ocurre lo mismo si se examinan las variaciones en pautas de procedimientos entre grupos de especialistas de distintos países. Existen notables diferencias en las tasas de tratamiento quirúrgico de determinadas patologías no explicables epidemiológicamente. Lo mismo puede decirse de otros indicadores de utilización del sistema por parte de los usuarios.

(6) Aquí cabe señalar que los indicadores clásicos de salud: tasas de mortalidad ajustadas, esperanza de vida al nacer, mortalidad infantil, etc., son relativamente estáticos y no miden la efectividad media del Sistema Sanitario. Se han de utilizar instrumentos más sofisticados tales como los Años de Vida Ajustados según Calidad (AVAC o QUALY en inglés) o las Muertes Innecesariamente Prematuras y Sanitariamente Evitables (MISPE) que incorporan conceptos sanitarios, económicos y de preferencia de los pacientes. Pero su utilización es dificultosa y por ahora lejana. Ver V. Ortún Rubio "La Economía en Sanidad y Medicina: Instrumentos y Limitaciones". EUGE 1990. Barcelona.