

Artículo procedente de Sedisa Siglo XXI

<http://www.sedisasigloxxi.es/spip.php?article251>

El tamaño (de los hospitales) sí importa

Jordi Colomer, Profesor UOC

- ARTÍCULOS -

Sedisa Siglo XXI

Con la perspectiva del tiempo suficiente podemos afirmar que durante una década hasta el 2007 vivimos una situación acompañada de la desmesura, exageración y con una mayoría de la población seducida por proyectos sobredimensionados que en la actualidad empieza a aceptar que fueron desproporcionados (aeropuertos, determinadas autovías y líneas de AVE, museos, polideportivos, palacios de congresos... según que hospitales).

Ante la pérdida grave, que representa esta crisis, del statu quo que se alcanzó en la década prodigiosa 1997-2007, estamos reaccionando como está previsto en ciertos cánones.

Primero en el 2008 sencillamente nos limitamos a negar la crisis, en el 2009 evocamos con ira, al enemigo que venía de fuera como responsable de la fuerte caída de la recaudación fiscal, y que generó un déficit del 11,4% del PIB (cerca de 100.000 millones de Euros), en el 2010 fuimos dominados por la confusión y entramos en la difícil negociación de que parte del problema partía de nosotros mismos, por consiguiente en el 2011, ha prevalecido un estado de ánimo depresivo al ver que por un lado aún no se actuaba mientras que por otro lado, los menos, parece que hayan sobreactuado.

Por último, en el 2012 ya agotados nos toca la aceptación del inicio del inicio: entramos en un período que exige ahora tomar acciones extraordinarias y no previstas como la subida de impuestos¹, pagando los mismos de siempre y esperando con resignación los recortes, eso sí, cuando sea oportuno. Durante este período 2008-2011 nos hemos acostumbrado a discrepar de todo ello sólo en privado que se ha acompañado en público del silencio suficiente para neutralizar el ejercicio de la razón crítica. Callar en público significa no señalarse.

Cambio de ritmo

El sector salud tampoco ha estado exento de este escenario que se ha acompañado de euforia y donde pocos se preguntaban como podíamos crecer cada año por encima del PIB. Atrapados por el gregarismo y el pensamiento único, cualquier comentario en sentido contrario, ha sido motivo de ser considerado como agorero, rácano y aburrido.

Desde hace 4 años, el escenario es radicalmente distinto. De aquellas alegrías ahora estos lodos, que nos ahogan con una deuda descomunal. Una deuda que se hace insostenible porque no sólo no somos capaces de crecer sino que con la crisis de la deuda pública (es decir, la creciente dificultad de financiar el déficit público en los mercados exteriores) ha acentuado todavía más el debate sobre la sostenibilidad del sistema sanitario, cuando en realidad es un eufemismo para no debatir su solvencia.

En este precitado período la construcción y remodelación de los distintos hospitales y centros de salud del SNS Español no han cesado. Esto, en sí mismo no es negativo, pues probablemente la situación de punto de partida requería afrontar este tipo de infraestructuras, sin embargo su planificación, modelo y dimensión merecen un comentario.

Los centros de salud responden a nuestro modelo de atención primaria y en este sentido peculiar al compararlo entre los distintos países de nuestro entorno. Nuestro sistema sanitario es uno de los pocos países en que los profesionales de atención primaria son asalariados de la Administración Pública que trabajan en sus propias dependencias sin asumir los riesgos económicos y laborales derivados de su mayor o menor eficiencia, como resultado de su gestión clínica.² Con relación a los hospitales disponemos de un modelo hospital centrista y equiparable a los precitados países, pero diferente en el sentido que la mayoría son también dependencias de la propia Administración Pública y donde tampoco los profesionales no asumen los riesgos económicos y laborales en función de su gestión clínica.

Modelos de corta y pega

Para poder curar una herida debemos aplicar la venda en el lugar apropiado. Por consiguiente deberíamos aceptar primero que no disponemos de un modelo crítico ni político ni arquitectónicamente en el diseño de las infraestructuras y, de los hospitales en particular. Por lo general, es consabido que los distintos proyectos son refritos de los anteriores. Los planes funcionales se basan en un perfil de paciente vigente en los años 80 (más joven y agudo que el actual).

En este sentido, es relevante el incremento que se ha producido en las dos últimas décadas de la presencia de las personas de mayor edad en las altas hospitalarias. Así, mientras que en 1990, 2,5 de cada 10 altas correspondían a personas de 65 años o más, la proporción se ha situado en 4 de cada 10 en 2010. Todo ello con sistemas de organización que responden a servicios clínicos estancos, orientados a los profesionales... donde los arquitectos confiesan que normalmente se les pide que en uno o dos meses diseñen lo de siempre y punto 3.

Estas afirmaciones se corresponden con los datos disponibles en la Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado (ESCRI)⁴. En el período 1997 - 2009 observamos una estabilidad en el número de camas, y de quirófanos con un aumento relevante de la actividad ambulatoria. Camas en funcionamiento 3.82 / 3.19, quirófanos en funcionamiento 8.56 / 8.58 y hospitales de día 10.52 / 25.52 (tasas por 100.000 habitantes). Como podemos ver, lamentablemente una vez más en el particular sector sanitario, una innovación no se acompaña de una revisión o en un detrimento de las actuaciones anteriores. Según el Catálogo de Hospitales Disponíamos en el 2010 de 794 hospitales con la siguiente distribución según el tamaño: 330 disponen de menos de 99 camas (42%); 237 entre 100-199 camas (30%), 150 entre 200-499 camas (18%) y 77 (9%) entre 500 o más camas.⁵ Esta distribución la podemos contrastar con los datos disponibles del Reino Unido de 1996, donde observamos que el 22% son hospitales con menos de 99 de camas, el 14% entre 100-199 camas, el 38% entre 200 y 499 camas y el 25% con más de 500 camas (6).

Si observamos los 20 hospitales públicos de mayor tamaño en EEUU, sólo encontramos 9 hospitales con más de 800 camas⁷ y sólo tres entre los 50 hospitales más grandes con ánimo de lucro⁸. Una navegación no exhaustiva de las web de diversos hospitales en las distintas Comunidades Autónomas nos permite afirmar que superamos con creces el número de hospitales de más de 800 camas. Ciertamente, se trata de una aproximación, pero es ilustrativa de aquellos comentarios citados por expertos en la arquitectura hospitalaria.

La propia experiencia además me permite afirmar que el modelo de aquellos hospitales de 100 camas y en exceso especializados me recuerda más bien a una reproducción al puro estilo "mini yo" del Doctor Maligno⁹. Un concepto de hospital comarcal lejos de un modelo de hospital adaptado a una realidad no urbana y sin contemplar, en ocasiones, la accesibilidad medida en isócronas ni las oportunidades de compartir con la atención primaria, lo cual pone de manifiesto la escasa crítica de nuestro modelo tanto desde el punto de vista político como arquitectónico.

Adaptar la planificación convencional

Según los datos del Catálogo Nacional de Hospitales 2010, el 51% de las camas corresponden a los hospitales universitarios o bien a hospitales de menos de 100 camas. Disponemos de una distribución que destaca por un número relevante de hospitales de pequeño tamaño que no se corresponde con la densidad geográfica de España (88 habitantes por kilómetro cuadrado) y por el esfuerzo realizado en inversiones de nuevas infraestructuras viarias en los últimos 20 años. Por consiguiente, en la actualidad es más aconsejable medir la accesibilidad geográfica por el tiempo de desplazamiento que por la distancia medida en kilómetros.

Además, no deberíamos de sobredimensionar el efecto negativo sobre el estado de salud por la limitación geográfica. El mayor impacto negativo en el estado de salud por la dispersión geográfica se produce en el retraso en

la consulta inicial y la demora en la disponibilidad de los métodos diagnósticos necesarios, a parte de la incertidumbre (siempre mal tolerada) que conlleva para el paciente. En cambio, en la atención secundaria o terciaria el impacto es menor, porque la percepción debida a la mejora esperada por el tratamiento, por lo general, compensa los costes debidos a la espera para la atención especializada.

Con todo ello, la previsión de construcción y/o apertura de hospitales en España para el período 2009 a 2013 asciende a 117, de los cuales 72 son públicos y el 33% tienen menos de 200 camas.¹⁰ Disponemos de estudios de la vulnerabilidad económica de los hospitales públicos o privados¹¹ con menos de 200 camas y la reclamación por parte de los hospitales de gran tamaño en distintos países Europeos de reconocer en su financiación el sobre coste de la docencia para compensar sus costes a pesar de reconocer su complejidad.

Si por un lado, disponemos de un número relevante de hospitales de pequeño tamaño, por el otro extremo España se organiza con 54 hospitales con la denominación de universitarios que representa uno por cada 960.000 habitantes muy por encima del esperado en relación a los habitantes comparado con otros países, como por ejemplo, Francia con 1 hospital universitario por cada 2 millones de habitantes.

Desde el punto de vista económico una mayor dispersión de recursos de tercer nivel en hospitales universitarios y hospitales generales grandes, supone un mayor presupuesto y por debajo de 200 camas, el coste medio por hospital aumenta significativamente. Disponemos de distintos estudios que aceptan que los hospitales por debajo de 200 camas y más de 620 camas son ineficientes (11).

El tamaño óptimo de un hospital esta en función de la interacción entre la accesibilidad de los pacientes, las economías de escala y el volumen preciso de actividad respecto a los resultados clínicos. Por todo ello, nuestra distribución de hospitales presenta unas consecuencias no solo económicas, sino de seguridad al paciente y añadido, de gestión del conocimiento.

El reto del impacto en el perfil de los pacientes del siglo XXI, comporta por un lado adaptarse a la nueva realidad demográfica, de las comunicaciones reales y virtuales. Esto significa repensar el modelo de hospital adaptado al nuevo perfil de pacientes con mayor atención a hospitales de procesos subagudos, redimensionar los hospitales en base a la actividad y olvidarse del patrón-cama.

Una determinada estructura compartimentada y fragmentada condiciona de forma significativa los procesos clínicos, y por consiguiente, una visión transversal de los procesos y orientada a las necesidades de pacientes más crónicos y exigentes, con una generación de conocimiento que se desmarca de la territorialidad, demanda nuevos modelos de funcionamiento y por ende nuevos diseños de estructuras (reformular la atención ambulatoria y la distribución de los pacientes en las unidades de hospitalización según la intensidad de las curas, el papel de los servicios transversales, reestructurar los sistemas de información, el predominio del trabajo multidisciplinar con la disponibilidad de unidades de gestión clínica....).

Todo ello, conlleva replantear la cartera de servicios y considerar la fusión de servicios orientada a la seguridad del paciente, que comporta la ineludible transparencia en los resultados clínicos y así poder explicar no sólo lo que se hace, sino también cómo se hace, y sus efectos.

Seguridad y conocimiento

Respecto a las consideraciones que están relacionadas con la seguridad del paciente se dispone de diversos estudios que ponen de manifiesto que existe una relación positiva entre un volumen de actividad y la calidad asistencial, lo cual es intuitivo si valoramos de forma positiva la experiencia como un factor relevante en la formación

y mantenimiento de la destreza del acto médico (12).

Se desconoce con perfección porqué los resultados son mejores en unidades con mucha actividad que justifican centralizaciones o fusión de servicios. Los resultados se relacionan con la experiencia individual de los profesionales médicos, la experiencia y habilidades de los equipos y la accesibilidad de distintos servicios y tecnología médica. La mayoría de los trabajos son de la época de los 80 y 90, y en la actualidad con el perfil del paciente más crónico y el aumento de la complejidad de los procesos se debería revisar sí el peso de estas variables ha sufrido cambios relevantes.

Sin embargo, los resultados también son susceptibles de mejora sin la concentración de servicios si se realizan avances en el aprendizaje y en la selección de los profesionales.

Por último, y no por ello lo menos relevante y seguramente más poco conocido, es la producción de conocimiento que representa disponer en una institución de una concentración de diversas áreas de conocimiento interconectadas. Por economías de escala es intuitivo que en hospitales de 100 camas la producción de conocimiento es limitada y probablemente la más factible (epidemiológica, evaluación de resultados...) con poca relevancia profesional y social. A pesar de que la concentración de personas con talento y buena formación tienen un efecto poderoso sobre la innovación, en las instituciones de gran tamaño, como hospitales de 800 o más camas (si este criterio sigue siendo válido) con una concentración de 1000 profesionales de la medicina, se caracterizan por la existencia de modelos estancos entre servicios con un resultado en este caso de des economía de escala del conocimiento.

El aumento de conocimiento por la concentración de personas está relacionado con la diversidad, tolerancia y el mérito, lo cual no se ajusta a instituciones, por lo general, endogámicas, excesivamente jerárquicas y nepotistas. No olvidemos, que los hospitales representan dos tercios del presupuesto de cualquier sistema sanitario y los hospitales universitarios en particular, por su tamaño y los efectos añadidos de la docencia, están obligados a transferir a la sociedad el conocimiento y la innovación que potencialmente puedan generar. La responsabilidad en estos términos es más importante, si cabe, en un nuevo escenario que obliga explicitar con transparencia la toma de decisiones con recursos escasos. En conclusión, el proceso clínico y la estructura son interdependientes. El modelo sanitario y las necesidades de los pacientes también. El tamaño del hospital repercute en la seguridad del paciente, viabilidad económica y probablemente en la gestión del conocimiento.

Para terminar, el plan funcional de un hospital que sustenta el proyecto arquitectónico debería sopesar el nuevo perfil del paciente, más exigente en establecer colaboraciones con el resto de los dispositivos asistenciales, la forma intensiva de la prevención, el autocuidado, la asistencia ambulatoria, la atención en el domicilio y el papel de la telemedicina como nuevas formas de prestación de servicios, con una mayor presencia del trabajo multidisciplinar y con la introducción de nuevos roles de profesionales. Un modelo más centrado en las necesidades del paciente y más equidistante del conocimiento especializado y compartimentado. Como decía el poeta... todo está por hacer y todo es posible.

Bibliografía

1. Rueda de prensa Consejo de Ministros 30.12.2011 <http://politica.elpais.com/politica...>
2. La sanidad pública ante la crisis: Recomendaciones para una actuación pública sensata y responsable. <http://www.aes.es/actualidad.php>
3. Tendencias infraestructuras Diario médico <http://www.diariomedico.com/2011/12...>

4. ESCRI <http://pestadistico.msc.es/PEMSC25/...>
5. Catalogo Nacional de Hospitales <http://www.msps.es/ciudadanos/prest...>
6. Posnett J. Are bigger hospitals better? Hospitals in a Changing Europe http://www.euro.who.int/_data/asse...
7. 20 Largest Public Hospitals in the United States <http://www.beckershospitalreview.co...>
8. 50 Largest for Profit Hospitals in America <http://www.beckershospitalreview.co...>
9. Dr Maligno <http://www.youtube.com/watch?v=87Tk...>
10. Sostenibilidad financiera del sistema sanitario. Antares Consulting <http://www.antares-consulting.com/u...>
11. Augurzky B, Schmitz H. Is there a future for Small Hospitals in Germany? RUHR Economic papers # 198. <http://repec.rwi-essen.de/files/REP...>
12. Colomer J. Gestión Clínica y Sanitaria 2010. Investigaciones que hicieron historia: Más volumen ¿mejores resultados? <http://www.iiss.es/gcs/gestion43.pdf>