

CANTIDAD, USO Y GESTION DE LAS CAMAS HOSPITALARIAS. TENDENCIAS EN EL MUNDO Y SITUACIÓN EN MENDOZA

Dr. Enrique Quesada

Introducción:

El número de camas hospitalarias necesarias para la correcta atención de la población no puede definirse universalmente ya que no sólo depende de la eficiencia en su gestión sino también del desarrollo de otras modalidades de atención y de la incorporación de nuevas tecnologías que influyen en su tasa de utilización. En casi todos los países desarrollados el número de camas por 1000 habitantes está en franca disminución en los últimos años. La controversia sobre si el número de camas en nuestro país y en nuestra provincia es suficiente o no, aflora con frecuencia en el ámbito de la sanidad y en los medios de comunicación. A continuación se consideran distintos aspectos de esta problemática

1. Definición de camas hospitalarias

Las camas hospitalarias son definidas como todas las camas que son mantenidas regularmente, están dotadas de personal e inmediatamente disponibles para su uso. Incluye todas las camas en hospitales generales, hospitales psiquiátricos y para tratamiento de adicciones y otras especialidades hospitalarias.

Las camas para cuidados curativos son camas para internar pacientes donde la principal intención es una o más de las siguientes: conducir trabajo de parto, curar enfermedades no mentales, proveer tratamiento definitivo a lesiones, realizar cirugías, aliviar los síntomas de enfermedades no mentales o lesiones (excluyendo cuidados paliativos), reducir la gravedad de las enfermedades no mentales, proteger contra la exacerbación y/o complicación de enfermedades no mentales y/o lesiones que podrían amenazar la vida o las funciones normales, realizar diagnósticos o procedimientos terapéuticos.

Otra definición más breve y simple es la siguiente: es el número medio diario de camas utilizable por el hospital o servicio durante el período a que hacen referencia los datos.

2. Valor de la cama hospitalaria como recurso asistencial

Hasta hace 40 años la cama hospitalaria era el recurso más importante de un hospital y realmente configuraba casi exactamente la razón de ser del mismo. Los pacientes eran ingresados al hospital para diagnóstico y tratamiento, siendo normales prolongadas estancias. Esto era posible debido a que los costos hospitalarios eran relativamente bajos en función de una utilización no intensiva de recursos comprometidos y a la escasa tecnología implicada.

Sin embargo, desde 1970 se ha ido incrementando el costo de la atención y por tanto las exigencias de alcanzar una mayor eficiencia por parte de los financiadores, las expectativas culturales y las exigencias de los pacientes han cambiado (el tiempo y el confort valen oro para los usuarios). Se han desarrollado nuevas tecnologías de diagnóstico y tratamiento, como así también modalidades organizativas y funcionales de los servicios, con el objetivo de acortar el tiempo entre consulta, diagnóstico y tratamiento. Por tal motivo, se evitan las internaciones, y se busca obtener un mayor rendimiento de los recursos, manteniendo la calidad y considerando la función de utilidad del paciente.

Por lo tanto, estos cambios en costos, tecnologías, expectativas y modalidades, han tendido a relativizar el valor de la cama hospitalaria como el recurso más importante para el manejo de pacientes en el sistema de salud.

3. ¿Cuales son estas nuevas tecnologías?

Sin pretender ser exhaustivos, repasaremos aquellas más importantes.

- Atención primaria. Sin duda el empuje dado a la atención primaria como enfoque integral, en el sentido de orientarla a la resolución de problemas de salud sin tener que recurrir, a la cama hospitalaria, sino al propio hospital, ha

sido un avance decisivo. La implantación de sistemas de médicos responsables de la salud de las personas (medico de familia), con un buen soporte de diagnóstico tecnificado ambulatorio, ofreciendo al paciente una solución cercana e inmediata a su necesidad, ha demostrado que se puede proveer una atención integral del grupo familiar, asegurando seguimiento longitudinal, a menor costo y evitando la demanda innecesaria del hospital y en muchos casos, evitando la internación (1) (2).

- Cirugía sin internación. Otra tecnología de gestión que implica una menor utilización de las camas hospitalarias es la cirugía ambulatoria cuyo desarrollo se inició en los años 90 del siglo pasado (3).
- Hospital de día oncológico, de hemodiálisis, salud mental, etc. Son modalidades que limitan la internación a horas para la realización de procedimientos o tratamientos que antes requerían días de internación. Actualmente son instalaciones que pueden o no estar dentro del edificio hospitalario. Al abreviar la estancia reducen los costos como así también los riesgos de un hospital.
- Centros de Atención sociosanitaria. Otra fórmula de sustitución de la cama hospitalaria clásica, es la clasificación más estricta del tipo de pacientes, que requiriendo internación hospitalaria y la habilitación de recursos de internación no es necesario que se encuentren en un sitio de elevada concentración de recursos de alto costo. Es decir, en este tipo de centros de atención se encuentran pacientes con patologías crónicas, ancianos con enfermedades controlables con pocos recursos, pacientes sociales, entre otros. En España, por ejemplo, donde la proporción de mayores de 65 años pasa del 17%, estas instalaciones reciben el nombre de Centros Sociosanitarios y operan integrados con todo el dispositivo sanitario.
- Organizaciones sanitarias integradas (OSI): La falta de coordinación y actuación en red de los centros asistenciales es un defecto que termina sobreutilizando el hospital, particularmente las urgencias y también las camas hospitalarias. Por eso, en ciertos entornos (por ejemplo, en Cataluña) se

favorece la integración de niveles definiendo las OSI como una red de servicios de salud que ofrece una atención coordinada a través de un continuo de prestaciones de servicios de salud a una población determinada y que se responsabiliza de los costos y resultados en salud de la población. El continuo asistencial abarca la atención primaria, la atención especializada (hospitalaria), la atención de pacientes crónicos y la rehabilitación. El objetivo final de este tipo de organizaciones es la mejora de la eficiencia global en la provisión y de la continuidad de la atención mediante un objetivo intermedio: la mejora de la coordinación de la atención o integración clínica (4). Gillies et al (5) definen la integración clínica como la coordinación de servicios necesarios para atender al paciente a lo largo de las diferentes actividades y unidades operativas del sistema en el lugar mas costo-efectivo. Al orientarse la integración de servicios a la resolución de problemas, con la menor utilización de recursos posible, y con el mayor confort y beneficio para el paciente, indirectamente genera una menor utilización de camas hospitalarias.

- Programa de Atención domiciliaria (6). En ciertos entornos se ha desarrollado también la internación domiciliaria para un grupo de pacientes y patologías que la permiten y la aconsejan, tal es el caso de pacientes ancianos con afecciones que requieren cuidados intermedios, convalecientes, patologías de uso no intensivo de tecnologías y cuidados.

4. Número de camas hospitalarias

La cantidad de camas hospitalarias que necesita una población para atender los problemas de enfermedad que se presentan es una función que depende de la frecuentación (tasa de utilización), los egresos, la estancia media y el porcentaje de ocupación de las camas.

A modo de ejemplo, se calcula las camas que requiere una población de 1.700.000 personas. Se acepta como razonable una frecuentación de 100 egresos cada 1000 habitantes. Por tanto, el número de egresos será el siguiente:

Egresos = Población x Frecuentación / 1000

Egresos= 1.700.000 x 100 / 1000 = 170.000 egresos

Para calcular el número de camas globales necesarias se emplea la fórmula de Brigdman:

Camas necesarias = Egresos x Estancia media / 365 x Índice de Ocupación óptimo (85%) ;

Donde, la estancia media= 7 días.

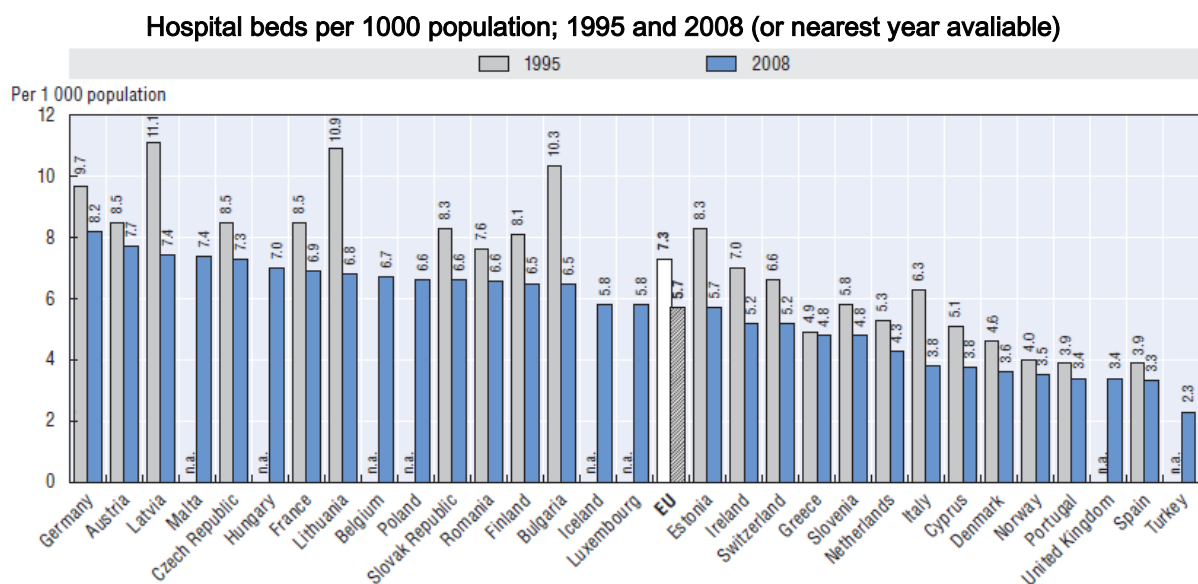
Camas necesarias = 170.000 x 7 / 365 x 0,85 = 3.836 camas

Esto significaría **2,25 camas por 1.000 habitantes** tomando 7 días de estancia media por egreso y un índice de ocupación óptimo de 85%.

Este dato que se obtuvo, es promedio, con lo cual el número de camas necesarias debe analizarse con mayor profundidad, considerando el tipo de pacientes que se internan, el tipo de patología que se atiende y la eficiencia con que se utilice este recurso.

5. Numero de camas en otros entornos.

En el cuadro siguiente se presenta el número de camas por 1000 habitantes de los países de la OCDE y la media de la Unión Europea en 1995 y 2008.

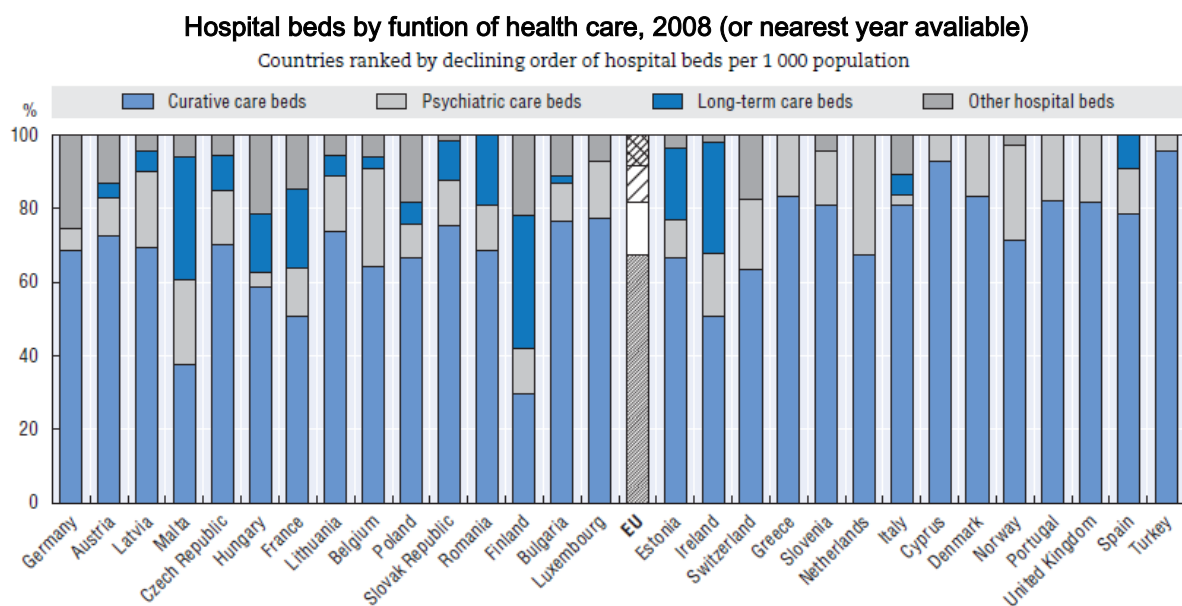


Fuente: OECD Health Data 2010, Eurostat Statistics Database

Se observa lo siguiente:

- Diferencias importantes entre países. Alemania posee 8,2 camas/1000 mientras que Turquía registra 2,3 camas/1000. La media es de 5.7 camas/1000.
- Disminución del número de camas por 1000 entre 1995 y 2008 en todos los países observándose en algunos disminuciones importantes entre 1995 y 2008.

En el cuadro siguiente se presenta, la distribución de las camas hospitalaria de los países de la OCDE por tipo de cuidados ofrecidos.



Fuente: OECD Health Data 2010, Eurostat Statistics Database

Se observa que el porcentaje de camas para pacientes agudos (columnas azules mas claras) es también variable con países como Alemania y Francia con alrededor del 50% destinado a tal fin y otros como España, Portugal, Turquía y Reino Unido que superan el 80% de camas para agudos.

Debe considerarse el hecho de que la mayoría de países europeos tiene un elevado % de personas mayores de 65 años (alrededor del 20%) y esto supone una demanda importante de internación, tanto de pacientes agudos como crónicos. Parece haber países mejor adaptados que otros a esta situación.

6. Camas hospitalarias en Mendoza

El cuadro que sigue presenta la situación de camas de internación en la provincia de Mendoza.

CAMAS HOSPITALARIAS MENDOZA - AÑO 2011

INSTITUCIONES/ DESTINO	AGUDOS	REHABILITACIÓN	PSIQUIATRICAS	CRÓNICOS	TOTAL
PROVINCIALES	2.005	48	247	132	2.432
PRIVADAS	1.499	106	20	-	1.625
OSEP	251	-	-	-	251
H. MILITAR	67	-	-	-	67
TOTAL	3.822	154	267	132	4.375

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la Dirección de Recursos Físicos del Ministerio de Salud de Mendoza y del Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentina, del Ministerio de Salud de la Nación.

- En Mendoza hay en total 2,6 camas por 1000 personas.
- El 55,6% son de titularidad estatal y el 37,1% de propiedad y gestión privada. El 7,3% están bajo tutela de entidades de la seguridad social.
- Las camas destinadas a pacientes agudos son el 87,4%.
- Las camas psiquiátricas son el 6,1% mientras que las destinadas a crónicos son el 3%.

7. ¿Son muchas o pocas las camas hospitalarias en Mendoza?

La cantidad de camas totales por 1000 personas de Mendoza es menor que la observada en la mayoría de los países europeos. Solamente Turquía tiene menos camas que la provincia. España, Reino Unido, Portugal, Italia, Chipre, Dinamarca y Noruega tienen entre 3 y 4 camas por 1000 habitantes.

8. Relación entre el número de camas y el porcentaje de ocupación.

En Mendoza el porcentaje de ocupación global de las camas del sector público fue del 70% en 2010. En estas condiciones de actividad dichas camas producen 89.055 egresos y 578.681 días de internación. Se ha señalado más arriba que el porcentaje

de ocupación óptimo es de 85%. Por lo tanto, utilizando la fórmula de Brigdman se obtiene el número de egresos máximos teóricos de la capacidad instalada:

Egresos Máximos Teóricos = n° de camas x 365 x 0,85 / Estancia media real

EMT = 2.432 x 365 x 0,85 / 6,50 = 116.081 egresos

La capacidad residual (CR) que presentan las camas hospitalarias públicas de Mendoza es de:

CR = EMT – Egresos realizados = 27.026

Esto supone que las camas de los hospitales públicos de Mendoza funcionan al 76,7% de su capacidad potencial.

El caso del Hospital Perrupato puede ser ilustrativo: con 211 camas, en 2010 produjo 9.441 egresos con una Estancia Media (EM) de 5,44 días. Si estas camas se utilizaran con una ocupación óptima (85%) podrían producir :

Egresos = N° de camas x 365 x 0,85 / EM, es decir:

Egresos = 211 x 365 x 0,85 / 5,44 = 12.034 egresos

Capacidad Residual = 12.034 - 9.441 = 2.593 egresos

La relación porcentual entre los egresos realizados (9.441) y los egresos potenciales (12.034) es un indicador de buen uso de las camas y se considera mejor cuanto mas cerca está del 100%. En este caso es del 78%.

9. Relación entre el número de camas y la estancia media (EM)

La estancia media es el número de días de internación promedio de los egresos de un hospital. Cuanto mas alta es la EM se necesitarán mas días de internación para atender los egresos siendo también cierta la inversa. Por lo tanto, los días de internación no son un dato menor a la hora de determinar la cantidad de camas para una población determinada. Puede ocurrir que se prolongue la estadía sin justificación médica, siendo causa de ello alguna medida de carácter administrativo.

Un ejemplo puede servir para aclarar el tema:

El Hospital Central de Mendoza produjo en el año 2010, 7.914 egresos con una ocupación del 80% y una EM de 12,01 días. Debido a que su ocupación está cerca

del óptimo (85%), el planteo para intentar aumentar la producción debe ser reducir la EM o utilizar procedimientos alternativos, como cirugía sin ingreso, hospital de días, etc., o ambos.

Si el Hospital Central redujera solo en 2 días su EM podría producir :

Egresos = 326 camas x 365 días x 0,80 / 10 = 9.519 egresos, es decir 1.605 egresos mas.

Esto significa que el hospital tendría a disposición de los pacientes 55 camas sin aumentar su capacidad instalada de acuerdo a la fórmula:

Camas = Egresos x 10 / 365 x 0,80 = 55 camas.

10. Conclusión: ¿más camas o más eficiencia en la utilización?

Dado que la incorporación y funcionamiento de nuevas camas es costosa y no parece ser el camino transitado por la mayoría de países analizados, es importante tener en cuenta lo siguiente:

- Es imprescindible contar con información cierta sobre la producción de todas las camas hospitalarias ya que las decisiones en un sector (privado, público, SS) influyen en los restantes.
- Es necesario evaluar cuidadosamente la incorporación de nuevas camas hospitalarias tradicionales debido a que no es la solución más actualizada y está siendo reemplazada por tecnologías de atención alternativas en una medida importante. Existen modelos de hospitalización alternativos, como la hospitalización domiciliaria, centros de atención sociosanitaria, hospitalización diurna, etc, que resultan en un uso más eficiente de los recursos.
- Si se decide construir camas de atención se deberá tener en cuenta el destino que tendrán y el tipo de cuidados que prestarán. Mendoza tiene muy pocas camas de cuidados para crónicos y salud mental mientras que la población mayor de 65 años ya ha llegado al 10% (Censo Nacional de Población 2010).

- Es evidente que antes que construir camas de agudos es necesario hacer rendir de forma óptima las camas disponibles. Para esto se requiere una gestión de camas ajustada, la optimización de los recursos, programación máxima de actividades, revisión periódica acerca de la estadía de los pacientes, gestión profesional de los servicios y hospitales, etc.

Otro aspecto importante a destacar, en el cual se puede avanzar, es en la promoción de la salud y prevención. Con ello pueden principalmente mejorar los estilos de vida y disminuir la prevalencia en enfermedades crónica, y consecuentemente disminuir los recursos asistenciales necesarios, dado que la población mantiene la salud.

BIBLIOGRAFÍA.

1. Starfield, Bárbara. Atención Primaria. Masson. 2000
2. Meneu, Jordi; Ortun Rubio, V; Rodriguez Artalejo, Fernando. Innovaciones en Gestion Clinica y Sanitaria. Capitulo 3. Masson. 2005
3. Unidad de Cirugía Mayor ambulatoria. Estándares y recomendaciones. Ministerio de Sanidad y Consumo. España. 2008
4. Vazquez Navarrete ML, Vargas Lorenzo I. Organizaciones Sanitarias Integradas. Consorci Hospitalari de Catalunya. 2007.
5. Guillies RR, Shortell SM et al. Conceptualizing and measuring integration: findings from the health systems integration study. Hosp. Health Serv Adm 1993; 38 (4): 467-489.
6. Programa de Atencion domiciliaria con equipo de soporte. Instituto Nacional de Salud. España. 1999