

EL NUEVO MODELO DE GESTIÓN DE LOS SERVICIOS HOSPITALARIOS EN LOS ESTADOS UNIDOS

Karen Davis, profesora

Division of Health Policy, The Johns Hopkins University

El sistema sanitario en los EE.UU. antes de los Geupos Diagnósticos Relacionados (GDR)

El sistema sanitario de los Estados Unidos, antes de la introducción del GDR en el año 1983, era un sistema totalmente abierto. El 90% de todos los pagos hospitalarios se efectuaba mediante seguros. Entre ellos destacaba un programa público como el «MEDICAID» que financiaba servicios sanitarios para la tercera edad y el «MEDICARE», programa público que financiaba servicios sanitarios para determinados grupos de pobres. En conjunto se ofrecía una cobertura importante de la población norteamericana, pero era una cobertura sin ningún control efectivo sobre los pagos a los hospitales ni a otros suministradores de atenciones sanitarias. Es decir, era un sistema bastante abierto en el sentido que los hospitales cobraban fuese cual fuese el coste de sus servicios o incluso a partir de un conjunto de precios que ellos mismos fijaban por sus atenciones.

La ley de planificación sanitaria del año 1974 no estaba unida al control presupuestario y en la práctica se ha mostrado poco efectiva. Antes del 1983, los hospitales podían hacer lo que realmente querían en cuanto a capacidad de expansión y tenían asegurada una cifra de ingresos para cubrir sus costos, debido al sistema de pagos imperante.

Dicho sistema nos condujo a una rápida inflación de los costos hospita-

larios, hasta tal punto que dicha inflación era superior a la de la economía nacional en general.

En cuanto a la atención de los pacientes, los médicos han disfrutado siempre de una posición autónoma muy fuerte, han podido decidir el tipo de servicios que los pacientes han de recibir, el tiempo que han de permanecer en los hospitales o si han de ser o no hospitalizados.

Esto es un rápido resumen de la situación antes de establecer el nuevo sistema de pagos.

El nuevo sistema de pago: los GDR

El sistema no se aplica a todos los pacientes de los hospitales americanos, sólo a los de la tercera edad (mayores de 65 años) cubiertos por el MEDICAID, lo cual representa el 35% de todos los ingresos en los hospitales. El sistema de pago GDR existe un precio fijo establecido para cada admisión en el hospital, es decir que en vez de pagar un precio por día o un precio por cada servicio que el paciente recibe, existe una suma global para toda la estancia en el hospital, la cual variará en función del diagnóstico. Así por ejemplo, un hospital recibirá una cantidad distinta por un paciente que se ha roto el fémur, por uno que haya tenido un ataque del corazón o por uno que presente una neumonía, aunque permanezcan ingresados el mismo número de días.

Cada tipo importante de condición diagnóstica tendrá un precio distinto,

pero la característica esencial del sistema es que todos los hospitales reciben el mismo dinero para la atención de un mismo tipo de paciente. Antes, con el sistema de reembolso de gastos, si un hospital tenía costos tres veces más elevados que los demás y si mantenía al paciente más días que en otro hospital, entonces recibía una suma muy superior a la del hospital que decidía reducir la estancia del paciente. Por lo tanto es un cambio radical en el sistema de pago a los hospitales.

En el GDR existen 467 precios distintos, dado que los diagnósticos se agrupan entre ellos, de acuerdo con los que son similares y también de acuerdo con las condiciones y recursos para tratar al paciente. El punto a destacar de este nuevo sistema de pago no son los 467 precios que los hospitales reciben sino lo que pasa año tras año. En épocas anteriores los hospitales podían cobrar cada año lo que querían y establecían las tasas ellos mismos; con el nuevo sistema es el gobierno quien determina la rapidez de la subida anual de los precios. En principio, la idea era permitir que los precios subiesen según la tasa de inflación del mercado hospitalario más un porcentaje adicional asignado libremente. No obstante, en la práctica la tasa anual del aumento se ha convertido en una decisión política. En el primer año los hospitales aumentaron los precios en un 4% más que el índice de inflación hospitalaria. El año pasado (1985) se tomó la decisión de no conceder ningún aumento a los

(*) Los textos que se incluyen en esta sección corresponden a la transcripción de las conferencias pronunciadas con motivo del Segundo Ciclo de Debates que bajo el lema «Políticas de distribución de los recursos sanitarios» organizó el Área de Sanidad del Ayuntamiento de Barcelona durante el curso 1985-86. Por este motivo los artículos acusan la circunstancia de que sus autores prepararon los textos para una conferencia y no directamente para un artículo destinado a una revista científica.

hospitales y actualmente (1986) las tasas son las mismas que en 1985, es decir, los precios de pago a los hospitales han quedado congelados y existen muchas discusiones sobre si se otorgarán aumentos para 1987.

La aplicación del sistema no es rígida y se establecen adaptaciones. Existen diferencias en el sistema que responden a las diferencias en los salarios de los trabajadores; por ejemplo, entre Massachusetts y Mississippi, en donde las enfermeras perciben sueldos diferentes, y esto es preciso ajustarlo. Los hospitales docentes, especializados, reciben una asignación adicional, es decir reciben más dinero que los hospitales generales para cubrir los costos de los pacientes con enfermedades más severas. Los costos de inversión de inmobilizado no se incluyen en este sistema.

El sistema se ha introducido gradualmente durante un período de tiempo. La ley fue aprobada en abril de 1983 y se inició su implementación en octubre del mismo año. Esto es rápido para nosotros; la mayoría de leyes suelen llevar, por lo menos, uno o dos años de planificación antes de su implementación, pero ésta empezó a regir seis meses después de ser aprobada. De todos modos, en previsión de su impacto, el nuevo sistema se ha introducido gradualmente. Es decir, a primeros de octubre de 1983 los hospitales cobraban el 25 % de enfermos pertenecientes a MEDICAID por GDR y en el 75% restante aplicaban el sistema de pagos anterior. En octubre del 1984 se pasó al 50% para cada modalidad y debería haberse pasado al 75% por GDR y 25% de los propios costos en 1985, pero la ley fue cambiada para congelar durante un año el nivel de 50% y 50%. Por consiguiente, todavía nos encontramos ante una mezcla de ambos sistemas de pago y conviene recordar que el GDR sólo se aplica al 35 % de pacientes de los hospitales, los de la tercera edad asegurados en el MEDICAID. Así pues, la implantación del nuevo sistema no es tan dramática como pudiera parecer.

Los primeros resultados

La introducción de los GDR ha significado un cambio radical en el sistema de los hospitales para cobrar su asistencia y en un corto período de tiempo ha producido una gran variación en los costos hospitalarios. En 1977, para ofrecer a Vdes. una perspectiva histórica, los costos hospitalarios subían a una tasa anual del 16%, mientras que la tasa de inflación en la economía general era el 5%. En 1979 la diferencia había disminuido, puesto que los costos hospitalarios aumentaban un 13% y la inflación general un 12%. Ello ha sido el resultado de un esfuerzo de la industria hospitalaria, que no quería una ley destinada a controlar los costos hospitalarios y llevó a cabo el llamado esfuerzo voluntario, que permitiría a los hospitales por sí mismos a mantener bajos los costos hospitalarios. Mientras se elaboraba el proyecto de ley se redujeron las diferencias entre la inflación hospitalaria y la general, pero al ser derrotado dicho proyecto en el Congreso norteamericano, los costos hospitalarios volvieron a subir enormemente, hasta el punto que en 1982 se incrementaron en una tasa anual del 20% al mismo tiempo que la inflación empezaba a bajar y se situaba alrededor del 7 u 8%. El mayor oponente de la legislación del 1979, el diputado David Stockman, que ocupaba el cargo de Director del Presupuesto, decidió que esta situación no podía continuar, lo cual es, básicamente, lo que nos ha llevado al sistema GDR. En un período de tiempo muy corto la tasa de los aumentos hospitalarios ha bajado al 5% y la inflación es del 4%. Existe, por lo tanto, un consenso en que, aunque todavía es pronto para evaluar dicho programa, la implantación del GDR ha contribuido enormemente a una importante disminución de los costos hospitalarios.

Los GDR son un buen sistema en cuanto a la eficacia de los recursos económicos utilizados para la atención de la salud (el 1.11 del PIB) y todavía lo son más si los comparamos con el sistema que teníamos

anteriormente. En cuanto a la equidad, no existe ningún problema respecto a la atención de los ancianos, al menos hasta ahora. El problema existe en relación con aquellas personas que no disponen de ningún tipo de seguro, que en su mayoría son trabajadores con rentas bajas, sin seguros privados. Son las primeras víctimas del nuevo marco competitivo que nos lleva a mayores discusiones pero no a más actuaciones ni a un sistema de seguridad nacional que suministre una cobertura mínima para todo el mundo. Al entrar en vigor los GDR se especuló mucho sobre si un gran número de hospitales entrarían en bancarota y por lo tanto tendrían que cerrar sus puertas, que 500 de los 6.000 hospitales de la nación se verían destruidos por la aplicación del GDR. Hasta la fecha estos pronósticos no se han cumplido y, sin embargo, la mayoría de los hospitales están en mejores condiciones que antes. Existe un tipo de hospital en dificultades a causa de la aplicación de los GDR: el de propiedad municipal, que debe atender a aquellas personas que carecen de seguro o aquellas otras que, a pesar de tenerlo, son rehusadas por otros hospitales. El hospital municipal recibe todas las deudas de las personas que no pueden pagar y por lo tanto, sus problemas financieros son mayores. Muchas administraciones municipales se desentienden de la cuestión y en consecuencia ya se han empezado a vender algunos hospitales municipales a compañías particulares.

Es discutible si todos estos hechos pueden ser atribuidos al sistema GDR o simplemente a la necesidad de contener los costos o a una variedad de nuevas iniciativas surgidas en el sistema sanitario americano, incluyendo aquellas acciones dirigidas a mantener bajos los costos mediante seguros privados. Algo ha debido suceder para que se haya producido un cambio tan radical en la pauta de los costos hospitalarios y, lo que es muy importante, es que la mediana de días de estancia en los hospitales ha disminuido en un 10%. Es posible que ello suceda porque el período previo a

la operación es más corto; el paciente llega al hospital por la noche y es operado al día siguiente, por la mañana, en vez de aguardar un día o dos.

Los hospitales han reaccionado rápidamente ante esta nueva modalidad de pagos y procuran dar de alta a los pacientes a la mayor brevedad posible, para poder así obtener beneficios con dicho sistema. Pero también ha ocurrido otro fenómeno, consistente en la disminución del número de personas que acuden a los hospitales, esencialmente aquéllas que no pertenecen a la tercera edad y están cubiertas por planes de seguros que requieren una aprobación previa para el ingreso de un individuo en el hospital, excepto en casos de urgencia. Desde el punto de vista de los hospitales, sus beneficios han aumentado y no se han visto reducidos por la administración del uso de los hospitales dado que han podido ajustar sus costos.

Lo que sí ha sucedido, y ello viene a ser una respuesta al sistema GDR, es que la competencia es mucho más fuerte. Se compete, se lucha por los pacientes, se intenta atraerlos hacia un hospital específico con una novedad, un nuevo desarrollo, que consiste en unas prácticas de previo pago, con los Health Maintenance Organizations (HMO). Dichas entidades, a las que se abonan unas cantidades fijas, son un tipo de mutuas que ofrecen todos los servicios al paciente y tienen como meta especial la reducción de los gastos del hospital.

Existen otras propuestas: la más importante consiste en un programa de seguros que tiene un sistema de hospitales y médicos a su disposición que el paciente debe utilizar. Es decir, con este programa de seguros no se puede elegir libremente ni el médico ni el hospital. Y ni que decir tiene que dichos hospitales són los más baratos del área. Después se dirigen a los médicos generales y especialistas y les proponen que se adscriban a la entidad, pero cobrando unos honorarios inferiores por sus servicios.

Muchos hospitales, con costos elevados, están preocupados ante el incremento de este tipo de seguro,

porque temen que se quedarán sin clientes. Además, un gran número de sistemas de seguros obligan a la aprobación previa para el ingreso de un paciente en el hospital o, sencillamente, establecen qué operación debe practicarse para un paciente determinado y si puede efectuarse en un servicio ambulatorio y no en el hospital o bien si se requiere la opinión de otro médico para que la entidad pague la operación quirúrgica.

Otra innovación interesante en los Estados Unidos, es el desarrollo de una nueva modalidad de asistencia que, especialmente en los últimos dos o tres años, se ha implantado rápidamente en los centros quirúrgicos. El individuo no acude al hospital para una operación de cirugía menor sino que acude a un servicio. Por la mañana es operado y por la tarde regresa a su domicilio. Gran parte de la propaganda se dirige directamente al paciente: se le dice que se opere en un centro hospitalario, que por la noche podrá estar ya en su casa y a la vez se le ofrece un sinnúmero de medidas más atractivas para él, dado que le permite evitar el ingreso en un hospital.

También existen centros ambulatorios de urgencias, que son como unas salas de urgencias de hospitales organizadas por grupos de médicos, y de nuevo fuera del hospital, durante las 24 horas del día, en las cuales se puede recibir asistencia médica sin necesidad de pedir hora con antelación.

Perspectivas de futuro

El sector asistencial americano es muy duro para cualquier gerente. Se han producido tantos cambios simultáneos, que para aquellos de nosotros que nos dedicamos a la investigación, es de lo más interesante. Es una época maravillosa para estudiar el cambio, pero para los gerentes, para los managers, para los directivos, es una época de estrés, aunque pienso que también es una ocasión de grandes retos, apasionante. Se concede mucha más importancia a la gerencia y se busca la planificación estratégica

a la vez que se estudia cuál es la mejor posición del hospital para el futuro, para su mejor supervivencia ante las distintas presiones y cambios. También ocupa un lugar destacado el marketing, se intenta encontrar directamente un procedimiento o un sistema, se intenta ver al hospital bajo un prisma favorecedor. Se revisan aquellos tipos de servicios que no eran tan tradicionales para el paciente y aquéllos que el hospital dispensaba en el pasado y que ahora ha suprimido, por ejemplo, servicios de atención a domicilio para personas mayores: actualmente las enfermeras acuden al hogar del anciano y le asisten sin que se vea obligado a personarse en el hospital, o bien el hospital organiza los centros quirúrgicos independientes, en el caso que el enfermo desee operarse en el hospital y marcharse a casa enseguida.

Estamos en una época en que los gerentes deben estar más capacitados, lo cual ha producido unos efectos sorprendentes, puesto que ha reducido la autonomía de los médicos. Parece que solo los directivos y los gerentes puedan comprender todo el cúmulo de nuevas reglas que tan rápidamente se están institucionalizando. Por lo tanto, los sistemas de muchos hospitales cambian a favor de los gerentes, no en favor de los médicos.

Insisto en dicho punto: en la polémica con los médicos también ha aumentado la importancia de la información comparativa; el departamento de registro médico era el que poseía todos los registros y datos, pero actualmente la información se localiza en el despacho del gerente. El es quien tiene más fácil y rápido acceso a todo tipo de información. Un gran número de empresas estadounidenses han prosperado gracias a su actividad consistente en enseñar a los hospitales el sistema de mejorar los diagnósticos utilizando ordenadores, utilizando instrumentos que ofrezcan un área de juicio o de enjuiciamiento más flexible y exacta.

El sistema GDR también es utilizado como guía para distribuir el presupuesto entre todos los departamentos de un hospital, de modo que es posi-

ble calcular exactamente la asignación correspondiente a cirugía, a obstetricia, a psiquiatría o a cualquier otra unidad hospitalaria en particular. También puede servir de guía para la distribución de presupuestos a los distintos hospitales, comparándolos entre sí.

Comentario final

Yo dudo que las implicaciones que nos han llevado a establecer los GDR en los Estados Unidos se den en

España. En los EE.UU. estábamos en la peor situación que se puede concebir, porque se puede decir que todo lo que los hospitales pedían, les era concedido, y no es extraño que se produjese una rápida inflación de los costos hospitalarios, preocupante en un país que destina el 11% de su PIB a la asistencia sanitaria.

De todos modos, pienso que un sistema siempre funcionará mejor si existe un acuerdo, si se estudia detenidamente y si se compara con otros. El GDR es un sistema posible, que puede ofrecer mayores incentivos a la

gestión y también puede ofrecer una información de gran valor a las autoridades sanitarias en un corto período de tiempo; además, la mayoría de los gerentes estiman que es útil no sólo la información que reciben sobre su propio hospital sino la comparación de su centro con otros parecidos o que proporcionan asistencia médica de características similares. Este es el aspecto más interesante de los GDR: intentan definir un producto homogéneo y ofrecen una buena base para conseguir la información adecuada.

