

Resultados asistenciales de la gestión empresarial en las Fundaciones Sanitarias

Martín García, M.

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Seixo (Marín, Pontevedra)

CAD. ATEN. PRIMARIA 2004; 11: 26-29

INTRODUCCIÓN

Las **Fundaciones** forman parte de la denominada Nueva Gestión Sanitaria, que pretende sustituir la gestión pública de los centros sanitarios por una gestión de corte gerencialista similar a la de la empresa privada.

Esta nueva forma de gestión forma parte de una la estrategia neoliberal de crear mercados en los sistemas sanitarios iniciada en los años 80 en el Reino Unido, trasladada a España por el Informe de la

Comisión Abril que, a principio de la década de los años 90, proponía privatizar la gestión de los centros sanitarios públicos, junto a otra serie de medidas como separar la financiación de la gestión, crear un mercado sanitario interno e introducir la competencia entre los proveedores de los servicios.

Los argumentos esgrimidos para esta reconversión se fundamentaban en que la gestión pública supone un corsé que impide asignar y gestionar los recursos con criterios de eficiencia; carece de transparencia; sus gestión económica se caracteriza por la rigidez presupues-

TABLA 2

Recursos humanos fundaciones hospitales comarcales

	FUNDACIONES		MODELO TRADICIONAL		Significación estadística de la diferencia (valor de p)
	Media	Máximo Mínimo	Media	Máximo Mínimo	
Médicos / 10.000 habitantes	8,87	12,8 4,1	12,38	17 6,8	0,021
Enfermería / 10.000 habitantes	21,08	31,9 9	35,58	45,9 21,9	0,021
Personal no sanitario / 10.000 habitantes	19,98	37 1,8	63,35	130 37	0,189
Total personal / 10.000 habitantes	41,65	69,4 20,2	74,17	96,2 41,3	0,006

taria y el exceso de controles burocráticos; y carece de instrumentos para desarrollar políticas de personal incentivadoras.

Con las fundaciones sanitarias se pretendía reducir la burocracia, agilizar los procesos, incrementar la autonomía, aumentar la productividad, mejorar la calidad asistencial, desarrollar una política de personal incentivadora, promover una mayor participación de los profesionales en la gestión de los centros. Todo con la finalidad de incrementar el nivel de equidad, la accesibilidad a los servicios y la calidad de la asistencia.

TABLA 1

Población atendida por fundaciones y hospitales comarcales de gestión pública tradicional

	FUNDACIONES		MODELO TRADICIONAL		Significación estadística de la diferencia (valor de p)
	Media	Máximo Mínimo	Media	Máximo Mínimo	
Población Atendida (nº personas)	82.039	198.880 37.230	82.838	200.950 30.410	0,92
% mayores de 65 años	14,73	26,4 9,5	17,11	24,1 10,5	0,394
Número de Camas	131,33	276 74	187,37	410 95	0,093

FALTAN RESULTADOS

A pesar del tiempo transcurridos desde la puesta en marcha de la nueva gestión, aún no se ha realizado una evaluación de sus resultados para observar si han conseguido alcanzar los objetivos para las que habían sido creadas. Hasta ahora todos los argumentos aducidos por sus promotores han sido de naturaleza teórica sin aportar pruebas de su bondad.

Con este trabajo pretendemos evaluar los resultados del funcionamiento de las mismas comparando sus resultados con

Dirección para correspondencia:
mmartin@nodo50.org

TABLA 3

Comparación recursos materiales fundaciones hospitales comarcales

	FUNDACIONES		MODELO TRADICIONAL		Significación estadística de la diferencia (valor de p)
	Media	Máximo Mínimo	Media	Máximo Mínimo	
Camas / 1.000 habitantes	1,68	2,6 1,1	2,39	2,9 1,8	0,093
Quirófanos / 10.000 habitantes	0,51	0,7 0,35	0,65	1 0,47	0,074
TAC / 10.000 habitantes	0,14	0,3 0,04	0,09	0,17 0	0,224

TABLA 4

Comparación actividad asistencial fundaciones hospitales comarcales

	FUNDACIONES		MODELO TRADICIONAL		Significación estadística de la diferencia (valor de p)
	Media	Máximo Mínimo	Media	Máximo Mínimo	
Intervenciones quirúrgicas / año	4.312,3	11.124 1.563	4.976,1	13.402 2.398	0,441
Intervenciones / 1.000 habitantes	51,73	67,5 28,3	60,44	70,2 41,61	0,139
Intervenciones / quirófano / año	963,07	1.288 684	1.016,5 5	1.340 599	0,564

los de los hospitales de gestión pública tradicional de tipo similar.

En este análisis se ha buscado el mayor rigor aplicando una metodología y unas herramientas estadísticas apropiadas¹ y manejando fuentes de datos publicadas por la administración². Se han comparado las fundaciones en Galicia (Virxen da Xunqueira, Barbanza, Salnés y Verín) con los hospitales comarcales de similares características (Burela, Monforte y Valdeorras); en Asturias Las Fundaciones de Jove y Arriendas con los comarcales de Valle del Nalón y Jarrito; en Madrid la Fundación de Alcorcón con el Hospital de Móstoles en la misma área sanitaria; la Fundación de Calorra en La Rioja con el Hospital de Calatayud en Aragón³; y en Baleares la Fundación de Manacor con el comarcal de Ibiza.

El análisis de los datos ha estado condicionado por la escasez de datos publicados por las Fundaciones y la ausencia de homogeneidad de la información

aportada por las diferentes comunidades autónomas. Como consecuencia sólo se han podido evaluar recursos, rendimiento, productividad, tiempos de espera, calidad indirecta y equidad de la asistencia.

Por otro lado el reducido número de centros comparados, al ser aún reducido el número de Fundaciones abiertas ha condicionado que aunque las diferencias en recursos, actividad etc. de las fundaciones respecto de los hospitales comarcales sean importantes no tengan en muchos casos significación estadística.

RESULTADOS

- **Recursos:** Aunque las poblaciones atendidas por las dos modalidades de centros son similares en tamaño y en su estructura etárea lo que permite la comparación, el número de camas por habitantes

es significativamente menor en las fundaciones (Tabla 1). En cuanto a la dotación del personal las fundaciones tienen menos personal de todas las categorías por mil habitantes, siendo esta diferencia estadísticamente significativa en el caso de los médicos y el personal de enfermería (tabla 2). Los centros de nueva gestión disponen de menos quirófanos por habitante, estando esta diferencia en el límite de la significación estadística. (tabla 3)

- **Rendimiento:** Las fundaciones realizan menos intervenciones quirúrgicas, ingresan menos pacientes (en el límite de la significación estadística) y realizan menos

TABLA 5

Comparación urgencias y consultas por mil habitantes fundaciones y comarcales

	FUNDACIONES		MODELO TRADICIONAL		Significación estadística de la diferencia (valor de p)
	Media	Máximo Mínimo	Media	Máximo Mínimo	
Urgencias / 1.000 habitantes	286,84	515,7 5	395,7	573,8 283	0,139
Consultas 1.000 Habitantes	1.139,9	1.422 583	1.571,1 5	2.096 1.169,5	0,004

TABLA 6

Procedimientos al alta hospitalaria de cada paciente fundaciones y comarcales

	FUNDACIONES		MODELO TRADICIONAL		Significación estadística de la diferencia (valor de p)
	Media	Máximo Mínimo	Media	Máximo Mínimo	
Procedimientos / alta	2,15	4,84 0,6	3,53	10,1 1,52	0,232

TABLA 7

Comparación espera quirúrgica fundaciones y comarcales

	FUNDACIONES		MODELO TRADICIONAL		Significación estadística de la diferencia (valor de p)
	Media	Máximo Mínimo	Media	Máximo Mínimo	
Espera media quirúrgica (días)	73,72	80,3 68,7	66,36	67,9 64,2	0,037
Personas en lista de espera / 1.000 hab	15,25	55,6 4,37	11,82	20,67 7,21	0,61
Tiempo de espera primera consulta (días)	25,5	33 22	37	45 32	0,114

TABLA 8

Gasto por persona y año. Fundaciones y comarcales

	FUNDACIONES		MODELO TRADICIONAL		Significación estadística de la diferencia (valor de p)
	Media	Máximo Mínimo	Media	Máximo Mínimo	
Gastos por persona (Euros)	238,46	421 165,7	354,14	421 285,8	0,008

TABLA 9

Recursos para docencia e investigación fundaciones y comarcales

	FUNDACIONES	MODELO TRADICIONAL	Significación estadística de la diferencia (valor de p)
Docencia MIR	22,22 %	75 %	0,057
Unidad de Investigación	11,11 %	37,5 %	0,241

consultas por mil habitantes (significación estadística) que los de gestión pública tradicional (Tabla 4 y 5).

- **Productividad:** El número de intervenciones por quirófano al año es menor también en las fundaciones, tienen a más pacientes en lista de espera quirúrgica y res-

tringen pruebas diagnósticas y terapéuticas a sus pacientes. (Tabla 6)

- **Gasto:** Su gasto por habitante y años es muchos más reducido (Tabla 8), sin embargo estos no supone que sean más eficientes que los hospitales públicos ya que aunque reducen gasto es a costa de realizar una menor actividad y prestar menor asistencia a la población donde están ubicadas, lo supone una discriminación inaceptable para las mismas. Disponen de menos personal de todas las categorías.

El menor gasto por habitante esta relacionado significativamente con los menores ingresos, menores consultas, menores intervenciones quirúrgicas por 1.000 habitantes, menos Unidades de Producción Hospitalaria (UPH) y mayor espera media quirúrgica (Tabla 10).

- **Calidad:** Las fundaciones menos actividades de investigación y docencia por falta de recursos (Tabla 9). Estas actividades se corresponden con una mayor calidad de los centros que las realizan y puede ser un indicador indirecto de calidad asistencial.

CONCLUSIÓN

En resumen podemos concluir, a la luz de estos resultados, que las fundaciones son menos transparentes, menos eficientes, menos productivas, menos equitativas y realizan una atención de menor calidad que los centros de gestión pública de características similares.

REFERENCIAS

- ¹ Aunque la mayoría de las variables cuantitativas tenían una distribución normal, medida por el test de Kolmogorov-Smirnov, al tratarse de muestras pequeñas (9 fundaciones versus 8 hospitales del modelo tradicional) hemos aplicado la U de Mann-Whitney para datos no paramétricos. Los datos se expresan en medias, máximos y mínimos para cada grupo y variable analizada. Los datos cualitativos (docencia MIR y uni-

TABLA 9

Correlación estadística gasto sanitario

	Coefficiente de correlación Rho de Spearman	Significación estadística
Médicos / 10.000 habitantes	0,955	p < 0,01
Enfermería / 10.000 habitantes	0,999	p < 0,01
Total personal / 10.000 habitantes	0,964	p < 0,01
Ingresos / 1.000 habitantes	0,893	p < 0,01
Intervenciones quirúrgicas / 1.000 habitantes	0,964	p < 0,01
Consultas / 1.000 habitantes	0,964	p < 0,01
Espera media quirúrgica	-0,812	p < 0,05
UPH totales	0,821	p < 0,05

dades de investigación) se expresan en %, utilizándose la chi cuadrado con la corrección de Fisher, para evaluar las diferencias

² Página WEB del Servicios Galego de Saúde (SERGAS) www.sergas.es; Memorias de los Hospitales Asistencia especializada. Actividad 2001. INSALUD Subdirección General de Coordinación Administrativa de Madrid 2001; Memoria Actividades 2001. Dirección Territorial de INSALUD de Madrid; Mapa de Recursos de Asistencia Especializada. Diciembre 2001. Instituto Nacional de Salud. Subdirección General de Coordinación Administrativa. Conxunto Mínimo de Datos. Hospitais do Servicio Galego de Saúde. Plan Galego de Estadística 2001. Xunta de Galicia; Sistema de Información de Asistencia 2001. Ministerio de Sanidad y Consumo, INSALUD Subdirección General de Asistencia Especializada; <http://www.sergas.es/consultaServiciosPrazasHosp.servlet>.

³ Al no existir otras fundación en esa comunidad y ser el Hospital Comarcal de Calatayud de características geográficas y poblacionales muy similares

BIBLIOGRAFÍA

1. Aiden LH et alls: Hospital nurse staffing and patients mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. JAMA 2002; 288:1987-1993.
2. Informe de fiscalización del Concello de Contas 1996. Santiago de Compostela 2002.
3. Jarman B et alls: Expaining differences in english hospital death rates using routinely collected data. BMJ 1999; 318: 1515-1520.
4. Martín M: La fundación de Verín o la engañosa nueva gestión sanitaria. Salud 2000 2000; 78: 11-13.
5. Pollock A, Price D: Rewriting the regulations: how the World Trade Organization could accelerate privatisation in health-care systems. Lancet 2000; 356: 1995-2000.
6. Sackett L et all: Evidenced Based Medicine. Harcourt. London 2000.
7. Sánchez Bayle M, Martín M: La gestión de los servicios sanitarios. Nuevas formas de gestión. Fundación Alternativas. Madrid 2003.
8. Espasa R: La deriva privatizadora del modelo sanitario catalán. Salud 2000, 1999; 73: 14-17.
9. Informe de fiscalización del Concello de Contas 1996. Santiago de Compostela 2002.
10. Larizgoitia I., Markez I.: Crisis del sistema sanitario de Estados Unidos: actualidad y propuestas de cambio. Salud 2000, 1995; 50:11-17.
11. Sánchez Bayle M: Hacia el estado del malestar. Neoliberalismo y política sanitaria en España. Los libros de la Catarata. Madrid 1998.
12. Taboada XA: El CES reclama que las fundaciones y el Medtec se integren en el Sergas. Faro de Vigo 21/11/2002.
13. The new NHS. London 1997.