



ZOOM
ZOOM
56

ECONOMÍA, POLÍTICA Y GESTIÓN SANITARIAS

Bajo la dirección de
Vicente Ortún Rubio

La cirugía ambulatoria

Entre el Informe Abril y Maastrich

Vicente Ortún Rubio*

RESUMEN

Este mes estaba prevista la interrupción temporal de la mini-serie sobre infección hospitalaria para dar cabida a una reforma posible. Un auténtico imprevisto ha ocasionado a la autora (E.J.) un largo desplazamiento que obliga a retrasar su artículo. El coordinador de la sección ha decidido substituirlo por el análisis de otra reforma posible, sugerido por el Congreso de Cirugía Ambulatoria que los pasados 13 y 14 de febrero organizó el Hospital de Viladecans, del Institut Català de la Salut, en Barcelona.

Discurso similar, realidad distinta

Los elementos de la crisis sanitaria española han sido analizados por Elola (1991), en sus tres componentes de crisis de financiación, crisis de racionalidad y crisis de legitimidad, así como los resultados globales de las reformas emprendidas en el período 1983-1990:

economicismo (restricción y posterior expansión del sistema dependiendo de las disponibilidades financieras, sin adopción de medidas de control de los costos basadas en la mejora de la eficiencia); **expansión**, en relación con los servicios de atención primaria y con la extensión de la cobertura sanitaria pública; **burocratización** del sistema, en el sentido del crecimiento de una tecnestructura de carácter administrativo, sin la introducción de medidas de gestión empresarial; por último, la **ausencia de evaluación** (Elola 1991, pág. 206).

El Informe Abril comparte el discurso de reforma sanitaria (separación entre las funciones de financiación y producción que permita la introducción de mecanismos de competencia) con el de otros países desarrollados que lo habían formulado previamente, particularmen-

te Holanda y Reino Unido, pero la decisión de partida a la que debe aplicarse el discurso difiere. El mimetismo tal vez sea excesivo. Conviene recordar algunas especificidades básicas:

1) El sistema sanitario español continúa basado en la Seguridad Social. La Ley General de Sanidad enmarca el inicio del cambio hacia un tema Nacional de Salud, la cobertura nacional se generaliza y la financiación de las prestaciones sanitarias de la Seguridad Social se realiza fundamentalmente con cargo a impuestos generales a partir del 1 de enero de 1989. Se establecen, pues, las condiciones para que el sistema pueda calificarse como Servicio Nacional de Salud. No obstante la organización, normas de funcionamiento, alcance de las prestaciones responde al diseño de la Seguridad Social.

Por otra parte, un 77% de financiación pública del gasto sanitario sitúa a España en el grupo de países con sistemas basados en la Seguridad Social (Alemania, Holanda) más que en el de los países con Servicio Nacional de Salud (Reino Unido, Suecia, Noruega, Dinamarca).

2) El SSE produce en instalaciones públicas, con la excepción de Cataluña, la mayor parte de los servicios sanitarios. Ofrece además la peculiaridad de la atención extrahospitalaria (asistencia médica primaria más especialistas no incluidos) realizada en instalaciones públicas por profesionales y trabajadores vinculados estatutariamente al sector público.

*Departamento de Economía. Universidad Pompeu Fabra. Barcelona.

3) **Alto peso de un único financiador público.** Las tres cuartas partes del gasto sanitario público corresponden, a la asistencia sanitaria de la Seguridad Social (gestión directa y transferida). Los sistemas sanitarios más comparables al español, en este sentido, serían los del Reino Unido e Italia. En cambio, países de los cuales se ha importado una parte importante del discurso sobre reforma sanitaria, como Holanda, Suecia o Estados Unidos carecen de financiador hegemónico. Alemania y Japón tienen igualmente múltiples financiadores lo que da sentido a reformas como la holandesa que pretende introducir competencia entre aseguradoras.

4) **SSE centrado en los hospitales** no por el porcentaje del gasto que a los mismos se dedica (50-60%) ni por la oferta de camas (3,5 camas de agudos por 1.000 habitantes) sino por el comparativamente escaso valor que se está obteniendo del gasto sanitario no hospitalario.

5) **Rasgos diferenciadores en estado de salud, factores de riesgo, oferta sanitaria y utilización de servicios.**

- Esperanza de vida excelente, superada únicamente por Japón, Holanda, Suecia y Suiza (OMS World Statistics Anual). Posición en la jerarquía mundial más acorde con el gasto sanitario per cápita en indicadores —como la mortalidad perinatal— que reflejan en mayor medida el impacto de los servicios sanitarios.

- Patrón de morbi-mortalidad que ha convergido con el de los países desarrollados tras la reciente reducción en la incidencia de algunas enfermedades transmisibles que nos diferenciaban: tuberculosis respiratoria, antropozoonosis como la brucelosis y la hidatidosis y, particularmente, enfermedades susceptibles de ser evitadas mediante vacunación. Sin constituir otro problema que el de su erradicabilidad no conseguida, subsiste la lepra (Secretaría Gral. para el Consumo y la Salud Pública, 1991).

- Péssima situación en lo referente a tabaquismo (el factor de riesgo al que se le puede atribuir mayor mortalidad e incapacidad en los países desarrollados en torno a un 15% de las muertes son atribuibles al tabaquismo): ...el mayor incremento porcentual en el consumo nos sitúa como el país de la CE con una mayor progresión de consumo de cigarrillos per cápita... vemos como la preocupante quinta posición que en la actualidad ocupa España en cuanto al mayor consumo de cigarrillos per cápita

El ratio enfermería / médico es de 1,1, muy inferior al de los países de la CE

ta a nivel mundial... puede agravarse en los próximos años... (González 1992).

- Excesivas intoxicaciones alimentarias (colza, clembuterol).

- Tasas de mortalidad por accidentes de trabajo sensiblemente más elevadas que en países de nuestro entorno (Moncada y Artazcoz 1992).

- 3,6 médicos por 1.000 habitantes, cifra alta, que empeora si se ajusta por posibilidades de empleo.

- Ratio enfermería / médico de 1,1, muy inferior al de los países de la CE.

- Atención médica primaria todavía sin historia clínica ni examen físico en bastantes lugares.

- Hospitales constituidos en macro-centros de urgencias y "sparring" de las insuficiencias del sistema (Acarín 1992).

- Insuficiente adaptación de la oferta a los cambios en morbilidad y aspiraciones de la población (reconversión de camas de agudos en camas de crónicos, mayor orientación hacia el usuario).

—Escasa tradición de pago por acto (afortunada).

6) Administración Pública que auto-limita su eficiencia. Existe, finalmente, una especificidad cuyo abordaje es previo a cualquier reforma.

La Administración debe resolver los problemas creados por la propia regulación administrativa en su inadaptación a las características que debe reunir el marco regulador de la producción de servicios sanitarios en un país desarrollado.

El mal funcionamiento de la Administración en España es visto, desde otros países europeos, como un claro elemento diferenciador. Y se produce, como se ha señalado, precisamente en un país donde incluso la atención extrahospitalaria se realiza en instalaciones de propiedad pública a través de profesionales y trabajadores vinculados estatutariamente con el sistema. En resumen, mayor producción pública de servicios sanitarios con una menor discrecionalidad gestora.

Esta especificidad plantea un prerrequisito sobre cuyo diagnóstico se reitera de nuevo la coincidencia (aunque se ignore mucho sobre la terapia). En palabras de Arruñada (1991):

...sería necesario reparar los mecanismos administrativos tradicionales antes de abordar con alguna esperanza de éxito una aventura reformista de tanta entidad (como la propuesta por el Informe Abril).

o de López Casanovas (1990):

... se deben afrontar con carácter previo un conjunto de medidas que pongan freno a una serie de esquizofrenias que dominan hoy el sistema español de provisión... la organización de los servicios sanitarios tiene un claro tinte administrativo, aunque el servicio prestado es de indudable naturaleza mercantil... la práctica presupuestaria, generalizada en el sector sanitario, que falsea la naturaleza prospectiva de sus consignaciones a los centros. La utilización reiterada del crédito extraordinario, tanto por el centro sanitario como por el sistema, supone, en efecto, la negación de las posibilidades de utilización del presupuesto como instrumento de gestión.

Maastricht

El proceso de convergencia con los países de la CE acordado en Maastricht obliga a una mayor disciplina presupuestaria y a una reducción del déficit público. El gasto sanitario constituye un excelente candidato tanto para contener lo que se financia públicamente como para, consecuentemente, estimular la financiación privada del mismo. Varias pueden ser las tentaciones "economistas". Desarrollaremos aquí una;

Equiparar reducción o contención del gasto sanitario público a mayor eficiencia.

Así ha ocurrido en los últimos años (Elola 1991) y así puede continuar ocurriendo. Una restricción presupuestaria efectiva¹ podría estimular la eficiencia siempre que la oferta pudiera recomponerse. Una mayor eficiencia por parte de un centro o de una región sanitaria es, hoy en día, genuinamente subversiva y difícilmente viable por:

- rigideces estatutarias,
- inercias sindicales,
- mantenimiento del status quo (incluyendo la preservación de la práctica privada),
- formas de financiación (presupuestos cerrados en centros propios, conciertos según UBAs en centros ajenos).

1. Necesaria en sí pero desconocida como el actual déficit sanitario por aflorar de 700.000 millones de pesetas muestra.

La cirugía ambulatoria

Una clara ilustración del punto anterior la brinda la cirugía ambulatoria², fruto de los avances en anestesiología y de unas técnicas quirúrgicas cada vez menos invasivas. La implantación de la cirugía ambulatoria permite una disminución en estancias hospitalarias del 5 al 15 %, la reducción de colas y la mejora en la calidad de vida³. Es un claro avance en la eficiencia y en la satisfacción de las aspiraciones colectivas que requiere, no obstante, para su materialización generalizada:

1) *Presupuestación o reembolso por proceso.* Sin medidas de producto intermedio que ajusten por complejidad de patología, el discurso sobre eficiencia es retórico. La construcción de tales medidas requiere generalizar la Clasificación Internacional de Enfermedades-Modificación Clínica y el conjunto mínimo básico de datos al alta hospitalaria con lo cual, aparte de mejorar las historias clínicas y —por tanto— la asistencia, se asegurará un requisito de forma previo a cualquier introducción de mecanismos de competencia.

2) *Incentivo al profesional que discrimine según rendimiento y mérito.* Hasta ahora los intentos realizados en la del sistema sanitario y en la universidad están más cercanos al fracaso que al éxito.

3) *Cierre asociado de camas de agudos o su reconversión en camas de cuidados paliativos para enfermos terminales y en camas de crónicos en general.* Sin cierre o asignación alternativa de los recursos liberados se produce la temida expansión del gasto.

La generalización de la experiencia del hospital de Viladecans, utilizada como ejemplo de aumento de la eficiencia, requiere voluntad y capacidad de gestión por parte del sistema sanitario público. La voluntad depende de la actitud ante la eventual oferta privada (100 millones de pesetas inversión estimada por centro): ¿Se quiere favorecer o suplir? La capacidad de gestión requerida atañe a la organización de la información, los incentivos y la oferta. Es una capacidad de gestión menor, en cualquier caso, de la que se necesita para implantar el discurso de reforma importado, el «mimético» (separar financiación de provisión e introducir mecanismos de competencia) pero mayor que la de la mera «atonía» abandonista.

2. Véase dossier de ponencias, comunicaciones y póster de Congreso Nacional de Cirugía Ambulatoria, celebrado en Barcelona el 13 y 14 de febrero de 1992. Organizado por el Hospital de Viladecans del Institut Català de la Salut, Av de Gavà s/n, tel: (93) 659 01 11, 08840 Viladecans.

3. Los procesos más susceptibles de cirugía ambulatoria representan una parte muy substancial de las listas de espera de nuestro país y su producto constituye una clara mejora en la calidad de vida de la población a un riesgo y coste claramente menores. Así por ejemplo: reparación de hernia inguinal, excisión nódulo de mama, ligadura y extirpación de venas varicosas, citoscopia diagnóstica y/o terapéutica, circuncisión, liberación Túnel Carpiano, artroscopia diagnóstica y/o terapéutica, excisión ganglión, orquidopexia, extracción catarata, corrección estrabismo, miringotomía, dilatación y legrado de útero, laparoscopia sin o con esterilización...

REFERENCIAS

- ACARÍN N.: «El médico del hospital». **Quaderns CAPS** 1992; n.º 17, en prensa.
- ARRUÑADA B.: «Sanidad Pública: la reforma imposible». **Revista de Economía** 1991; n.º 11, página 73.
- ELOLA F.: **Crisis y reforma de la asistencia sanitaria pública en España (1983-1990)**. Madrid: Fondo de Investigaciones Sanitarias de la Seguridad Social, 1991.
- GONZÁLEZ I QUINTANA J.: «El tabaquismo en España». **Revista ROL de Enfermería** (Barcelona) 1992; n.º 161: 31-38.
- LÓPEZ CASASNOVAS G.: «La reforma de los sistemas nacionales de salud». En: **Reforma Sanitaria e Incentivos**. Barcelona: Asociación de Economía de la Salud, 1990, págs. 19-37.
- MONCADA S. Y ARTAZCOZ L.: «Los accidentes de trabajo en España». **Quaderns CAPS** 1992; n.º 17, en prensa.
- SECRETARÍA GENERAL PARA EL CONSUMO Y LA SALUD PÚBLICA, MINISTERIO DE SANIDAD: **Plan de Salud** Iborradori. Diciembre 1991. Mimeo, 192 páginas.

FRENADOL

GRANULADO

Descripción y Composición: FRENADOL[®] es una combinación de para el tratamiento sintomático de la fiebre, dolor, tos y congestión nasal.

La salicilamida y el paracetamol son analgésicos y antipiréticos que se ingieren por aquellos individuos que no toleran el ácido acetil salicílico por sensibilidad alérgica o intolerancia gástrica. La codeína es un antitusígeno de amplia tolerancia. La clorfenamina es un antihistamínico empleado aquí en el tratamiento de determinadas reacciones alérgicas. La inclusión de pequeñas dosis, contribuye a contrarrestar la somnolencia que puede producir la clorfenamina y la codeína. La vitamina C se emplea ampliamente en muchas afecciones.

Paracetamol (D.C.I.), 600 mg, Salicilamida (D.C.I.), 100 mg, Fosfato de 1/2 H₂O, 10 mg, Citrato de cafeína, 30 mg, Clorfenamina (D.C.I.) 1 mg, Ácido ascórbico (D.C.I.), 500 mg, Excipiente carbohidratado c.s.p., 10 mg.

Indicaciones: Tratamiento sintomático del dolor y la fiebre, como en el caso de la gripe.

Posología: Debe disolverse el contenido de un sobre en medio vaso de agua. La dosis para adultos es de un sobre cada 6 u 8 horas (3-4 sobres al día) durante los 5 días de la enfermedad. La medicación debe iniciarse al primer síntoma de 6 a 12 años, la dosis es de medio sobre administrado 4-5 veces al día, máximo. No se recomienda administrar FRENADOL[®] a niños menores de 6 años. Esta posología puede ser modificada a juicio del médico. La medicación no debe emplearse durante más de cinco días consecutivos, a menos que el médico lo contrario. Debe suspenderse cuando desaparezcan los síntomas.

Contraindicaciones y Precauciones: Hipersensibilidad o intolerancia a cualquiera de los componentes de FRENADOL[®]. FRENADOL[®] debe administrarse con precaución a individuos ancianos o debilitados, pacientes con aumento de la presión intraocular, úlcera péptica estenosante, obstrucción piloro-duodenal, grave de la función hepática o renal, enfermedades tiroideas, enfermedad de la próstata, obstrucción del cuello de la vejiga urinaria, uretral, antecedentes de asma bronquial, enfermedad cardiovascular o hipertensión arterial. En este tipo de pacientes es especialmente importante el uso prolongado de FRENADOL[®]. La administración de productos que contengan codeína u otros narcóticos puede obstaculizar el diagnóstico o la evolución en pacientes con enfermedades abdominales agudas. La codeína, al igual que los demás narcóticos, puede provocar reacciones adversas que pueden alterar la evolución clínica de pacientes con traumatismos craneocefálicos. La codeína puede provocar dependencia de tipo morfinico y, por consiguiente, existencia de su abuso. Los pacientes no deben ocuparse de actividades que requieran alerta mental, como la conducción de automóviles o el manejo de maquinaria pesada. Se recomienda la administración de FRENADOL[®] durante el embarazo y lactancia. No se recomienda la administración de FRENADOL[®] en niños de 6 años.

Importante para la mujer: Si está embarazada o cree que pudiera estarlo, consulte a su médico antes de tomar este medicamento. El consumo de este medicamento durante el embarazo puede ser peligroso para el embrión o el feto. Vigilemos por su médico.

Interacciones: Pueden aparecer efectos aditivos con depresores de la respiración, el alcohol, fármacos psicotrópicos o hipnóticos. La administración de FRENADOL[®] puede potenciar los efectos de la codeína e interacción con la codeína provocando hipotensión grave. Los antidepresivos tricíclicos pueden potenciar los efectos de la codeína o los suyos propios. Los anticolinérgicos pueden interaccionar con la codeína provocando ileo paralítico. La toxicidad del alcohol puede ser potenciada por la interacción con el paracetamol.

Efectos Secundarios: FRENADOL[®] se tolera generalmente bien. El efecto secundario más frecuente es la sedación. Se ha observado vértigo e hipotensión, especialmente en pacientes ancianos. Otros efectos secundarios incluyen náusea, confusión, euforia, alteraciones visuales, sequedad de boca y dificultad para tragar. El tratamiento prolongado o la intoxicación pueden provocar dependencia. También se han descrito erupciones cutáneas, rash, urticaria y reacciones graves, así como alteraciones hematológicas como neutropenia o leucopenia.

Intoxicación y su Tratamiento: En caso de intoxicación (ingestión de 10 sobres en una sola dosis) debe ingresarse al paciente aunque no haya síntomas, ya que éstos pueden aparecer y de forma grave varios días después de la ingestión. El tratamiento de la intoxicación incluye: Lavado de estómago, administración de carbón activado por vía oral. Si existe depresión respiratoria administrar el antídoto específico para narcóticos, naloxona, preferentemente intravenosa. Debe administrarse oxígeno, líquidos intravenosos, vasodilatadores y demás medidas de sostén habituales. Las estimaciones del paciente con toxicidad de fármaco ingerido suelen ser poco fiables. Por consiguiente, se debe administrar una sobredosisificación de paracetamol debe obtenerse un análisis de paracetamol en suero lo más rápidamente posible, aunque no antes de cuatro horas de la ingestión. Deben realizarse pruebas de función hepática inicialmente a intervalos de 24 horas. El antídoto N-acetilcisteína debe administrarse lo más rápidamente posible y dentro de las primeras 16 horas tras la intoxicación para obtener un resultado óptimo. Tras la recuperación no existen alteraciones neurológicas, estructurales o funcionales.

Presentación: FRENADOL[®] se presenta en cajas de 10 sobres. PVP (IVA) 269 Ptas.[®]

PARA UNA INFORMACION MAS DETALLADA, POR FAVOR CONSULTAR AL DELEGADO DE ABELLO Y LA INFORMACION BASICA DEL PRODUCTO.



ABELLO, S. A.

Josefa Vazquez 38
28027 Madrid