

• EL PRODUCTO Y EL PROCESO PRODUCTIVO EN EL HOSPITAL

• El producto hospitalario

En el hospital, como empresa de servicios, el producto es intangible y se identifica con el servicio mismo que se presta a cada paciente. Por ello, la medición resulta complicada y la calidad difícil de medir. Es poco homogéneo. No hay enfermedades sino enfermos. El mismo diagnóstico en dos pacientes tiene en éstos reacciones distintas, pronóstico diferente en función de la edad, circunstancias, reacciones adversas, etc., y, por tanto, ambos consumen recursos en cuantía distinta.

Se puede afirmar que, estrictamente, un hospital genera tantos productos como pacientes trata.

La dificultad práctica para una gestión racional que se deriva de ese casi infinito número de casos distintos ha conducido a la necesidad de establecer una tipología de casos que se atienden. Se trata, en definitiva, de agrupar a los pacientes, en función de características homogéneas desde el punto de vista de sus aspectos más significativos o relevantes. Esto ha dado lugar a distintos sistemas de medición de la diversidad de pacientes.

Es fácil de entender que la dificultad real de hallar unidades de medida que expresen el proceso de producción en un hospital haya conducido a la obtención de soluciones convencionales.

A efectos prácticos, la salud se identifica con el resultado hospitalario, el alta hospitalaria es el producto final. A su vez, el producto final o alta hospitalaria se identifica con las diferentes combinaciones de productos intermediarios.

Una adecuada evaluación de la actividad hospitalaria requiere tener en cuenta dos componentes:

- La eficacia, referida al resultado.
- La eficiencia o recursos empleados en el producto final o alta hospitalaria.

El proceso productivo dentro de un hospital puede encuadrarse en un sistema con cuatro niveles de integración.

- *De tipo estructural.* Corresponde a la estructura del hospital: número de camas, quirófanos, personal, tecnología, etcétera.
- *Relación que el paciente establece con la estructura.* Utilización que hace el paciente de los recursos del hospital.
- *El tercer nivel sería el propio de la función de producción secundaria.* Incluye las posibilidades combinaciones entre los pacientes y los recursos aplicados a ellos.
- *El hospital como productor de salud en su conjunto.* Durante muchos años, y todavía se sigue haciendo en muchos hospitales, el producto hospitalario se ha medido en función del servicio que presta el hospital. En este sentido se distinguían:

- La consulta externa: en su doble versión de primera consulta y revisión.
- Las urgencias: es una consulta que reviste esa singularidad.
- La hospitalización: entendida como estancias (camas ocupadas).
- **El case-mix o la diversidad de pacientes**

Algo es relevante en función de la finalidad que se pretenda. Por ejemplo, como ya se ha dicho, hasta recientes investigaciones y todavía hoy, la actividad hospitalaria se ha expresado en forma de parámetros, como número de consultas (nuevas y revisiones), número de estancias, urgencias, etc. Son fáciles de obtener, pero no reflejan los rasgos diferenciales de los pacientes, ni el consumo de recursos de unos y otros.

Los sistemas de medición del *case-mix* tratan de crear grupos de pacientes homogéneos desde el punto de vista de los aspectos relevantes. En definitiva, se trata de definir y cuantificar los factores importantes que componen la diversidad de los pacientes.

El sistema más generalizado de medición del *case-mix* es el de la clasificación de pacientes, según determinadas categorías. Se deben tener en cuenta tres aspectos para un sistema de clasificación:

- Elección de criterio. Es decir, los factores relevantes que se eligen. Por ejemplo, probabilidad de muerte, consumo de recursos, etcétera.
- Objetivos que se pretenden.
- Metodología utilizada.
- **Los grupos relacionados con el diagnóstico (GRD)**

Los grupos relacionados con el diagnóstico configuran el sistema más extendido de medición del *case-mix* y el más aceptado para describir la producción hospitalaria.

El hospital, repetimos una vez más, tiene tantos productos como pacientes trata. Sin embargo, aun siendo cada paciente único, presenta rasgos tanto diagnósticos como terapéuticos comunes a otros pacientes y recibe un nivel de servicios similares.

Los grupos relacionados con el diagnóstico son el fruto de una larga investigación de cerca de veinte años que culmina en los años ochenta.

Como ya se ha comentado, los investigadores trataron de establecer con los GRD una clasificación de pacientes, cada uno de los cuales recibe igual cantidad de servicios hospitalarios.

Categorías Diagnósticas Mayores (CDM)

- Enfermedades y trastornos del sistema nervioso.
- Enfermedades y trastornos del ojo.
- []
- Factores que influyen en el estado de su salud y [].

Estas tienen subclases por edades y la presencia o no de complicaciones o morbilidad, etcétera.

• **Utilidad de los GRD**

El sistema de los GRD presenta a su favor la facilidad de manejo, por cuanto responde a un número limitado de casos con una información relativamente fácil de obtener.

Permite definir el producto que suministran los hospitales en función de su contenido, es decir, el conjunto de servicios que recibe cada paciente.

Permite relacionar dichos servicios con los recursos que implican. El consumo de recursos es muy variable entre unos médicos y otros.

La eficiencia en el uso de los recursos resulta, pues, de importancia capital.

Al definir los productos del hospital, permiten medir la eficiencia con la que se utilizan los recursos.

• **Limitaciones de los GRD**

Una de las limitaciones que es patente en los GRD es precisamente el escaso número de categorías que abarca. No engloba a todos los pacientes, especialmente a aquellos con enfermedades menos ortodoxas, más complejas o más graves.

La crítica de mayor envergadura se refiere a que los GRD no incluyen el grado de severidad de los pacientes.

Por otro lado, la clasificación de los GRD se ha realizado sobre la base de las prácticas médicas conocidas y preestablecidas. Se aceptan como procedimientos estandarizados y prestaciones de servicios los que ya existen. Esto puede llegar a limitar la autonomía del médico para adoptar soluciones distintas y obligarle a actuar dentro de los parámetros fijados.