

HOSPITALES DE REFERENCIA: CRITERIOS ORIENTATIVOS PARA SU DEFINICIÓN

*Autores: J. Benet^b, A. Guarga^a, A. Benaque^a, E. Torné^b
a Regió Sanitària Barcelona, b Consorci Sanitari de Barcelona*

Antecedentes/objetivos

Uno de los retos importantes en la planificación sanitaria es la definición del comportamiento de un hospital de referencia sobre la población de un territorio determinado en términos de atracción y penetración territorial.

En este sentido, en la Región Sanitaria de Barcelona –CatSalut- (5 millones de habitantes y 35 hospitales) se ha formulado una metodología que permita definir donde se sitúa la actividad de referencia en el caso de los hospitales de agudos y donde esta el límite de actividad en la frontera entre un hospital de referencia y un hospital de alta tecnología.

Métodos

Las variables utilizadas y el criterio para desarrollar el modelo han sido las siguientes: frecuentación hospitalaria teórica estándar (102 contactos por 1.000 habitantes), volumen de población del territorio, penetración del hospital sobre el territorio de referencia y la complejidad de los contactos hospitalarios (hospitalización convencional y cirugía mayor ambulatoria), todo ello teniendo en cuenta una premisa fundamental: un hospital de referencia siempre deberá garantizar el abordaje y la resolución in situ de los procesos más prevalentes del territorio.

La complejidad de los contactos se define mediante el peso del GRD (versión All Patient –AP- 21) en tres grupos: complejidad baja (peso < 2,5), complejidad media (peso entre 2,5 y 4,49) y alta complejidad (peso > de 4,5). En la elaboración del modelo se asume que los contactos de peso inferior a 2,5 deben recoger el 85-90 % de todos los problemas de salud atendidos, los contactos de peso entre 2,5 y 4,5 deben representar el 7-10 % y los contactos de peso superior a 4,5 representarían sólo el 2-3 %.

Definición del modelo de hospital de referencia: Un hospital de referencia debería atender, como mínimo, el 85 % de los contactos de complejidad baja, el 75 % de los contactos de complejidad media y como máximo el 50 % de los contactos de alta complejidad, los cuales, idealmente según el modelo elaborado deberían atenderse en hospitales de alta tecnología.

El análisis se ha llevado a cabo en 6 ámbitos territoriales con 7 hospitales de referencia.

Resultados

Distribución de los contactos según complejidad y hospital:

Hospitales	% contactos peso < 2,5	% contactos peso 2,5 – 4,49	% contactos peso > 4,5
A	88,5 %	8,8 %	2,6 %
B	91,6 %	6,9 %	1,6 %
C	88,4 %	9,4 %	2,2 %
D	88,9 %	8,5 %	2,6 %
F	88,3 %	9,8 %	1,9 %
G	91,5 %	7,0 %	1,5 %
I	89,4 %	8,5 %	2,1 %
Propuesta	85 – 90 %	7 – 10 %	< 2 – 3 %

Penetración hospitalaria según complejidad y territorio:

Territorio	< 2,5	2,5 - 4,49	≥ 4,5	Global
1	73,4%	70,1%	43,0%	72,1%
2	87,4%	83,1%	60,8%	86,3%
3	60,4%	46,4%	23,9%	57,9%
4	64,6%	66,5%	54,4%	64,4%
5	82,5%	74,4%	51,2%	80,7%
6	78,8%	72,2%	49,6%	77,3%

Elaboración final del modelo esperado para un territorio:

Para un ámbito territorial concreto, según los estándares de frecuentación hospitalaria y los parámetros de penetración hospitalaria teóricos, se calcula la actividad esperada global y para cada franja de complejidad. Una vez conocidos los parámetros del modelo se comparan con los reales del último año conocido y se elaboran propuestas de mejora para el hospital.

Discusión.

La elaboración de un modelo conocido, reproducible y con criterios explícitos ayuda a definir el comportamiento de un hospital de referencia sobre su territorio y permite afrontar de forma objetiva la cartera de servicios del hospital para dar respuesta a su población de referencia, siendo una herramienta muy útil para operativizar los criterios de planificación hospitalaria.