

## FACTORES QUE EXPLICAN LA VARIACIÓN EN EL NÚMERO DE HOSPITALIZACIONES<sup>1</sup>

Lucieli Dias Pedreschi Chaves<sup>2</sup>  
Maria Luiza Anselmi<sup>3</sup>

*En el proceso de implementación/consolidación del Sistema Único de Salud (SUS), el control en el número de hospitalizaciones merece una atención diferente por parte del gestor local. Este estudio descriptivo, parte de datos cualitativos, identifica factores que explican la variación en el número de hospitalizaciones registradas y pagadas por la Secretaría Municipal de Salud de Ribeirão Preto-SP. Los datos recolectados a través de entrevistas con los sujetos que contabilizan/utilizan informaciones relacionadas a las hospitalizaciones; datos que fueron analizados según el análisis temático de Bardin (1979). Cambios en la estructura demográfica, poca capacidad resolutive de los servicios básicos, participación de los hospitales en el sistema de salud, incorporación tecnológica y rol del gestor en el sistema local de salud; fueron factores indicados por los entrevistados con relación a las variaciones en el número de hospitalizaciones. El gestor, utilizando instrumentos científicos asociados a la interacción humana, es responsable por regular, controlar y evaluar el número de hospitalizaciones; planificando la atención de salud de acuerdo a las necesidades del usuario y estructurando el sistema para el alcance de resultados satisfactorios.*

*DESCRIPTORES:* gestor de salud; hospitalización; sistema único de salud; sistemas de información en hospital

## EXPLANATORY FACTORS FOR THE VARIATION IN HOSPITALIZATIONS

*In the implementation/consolidation process of the Brazilian Single Health System (SUS), hospitalization deserves special attention from the local management. This descriptive study identifies, through qualitative data, factors that explain variations in the number of hospitalizations processed and paid by the Municipal Health Department of Ribeirão Preto, Brazil. Data were collected through interviews with people who produce/use information regarding hospitalizations and then analyzed according to Bardin's (1979) thematic content analysis. As the major explanatory factors for the variation in hospitalizations, interviewees indicated changes in the demographic structure, low problem solving ability in basic care services, introduction of hospitals in the health system, technological incorporation, and the administrator's role in the local health system. It is the responsibility of the administrator, by using scientific instruments associated to human interaction, to regulate, control, and evaluate hospitalizations, planning health care according to the users' needs and organizing the system so as to reach satisfactory results.*

*DESCRIPTORS:* health administrator; hospitalization; single health system; hospital information systems

## FATORES EXPLICATIVOS PARA A VARIAÇÃO NA PRODUÇÃO DE INTERNAÇÕES HOSPITALARES

*No processo de implementação/consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), o acompanhamento da produção das internações hospitalares deve merecer atenção diferenciada da gestão local. Este estudo descritivo, a partir de dados qualitativos, identificou fatores explicativos para a variação na produção de internações hospitalares processadas e remuneradas pela Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto, SP. Os dados, coletados em entrevistas com sujeitos que produzem/utilizam informações pertinentes às internações hospitalares, foram analisados segundo a análise temática de Bardin (1979). Mudanças na estrutura demográfica, baixa resolutividade dos serviços básicos, inserção dos hospitais no sistema de saúde, incorporação tecnológica, papel do gestor no sistema local de saúde foram os fatores explicativos apontados pelos entrevistados para a variação na produção de internações. Cabe ao gestor, utilizando instrumentos científicos associados à interação humana, regular, controlar e avaliar a produção de internações, planejando a atenção à saúde, conforme as necessidades dos usuários, ordenando o sistema para atingir resultados satisfatórios.*

*DESCRITORES:* gestor de saúde; hospitalização; sistema único de saúde; sistemas de informação hospitalar

<sup>1</sup> Profesor Doctor, e-mail: dpchaves@eerp.usp.br; <sup>2</sup> Enfermera, Profesor Asociado, e-mail: anselmi@eerp.usp.br. Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, de la Universidad de São Paulo, Centro Colaborador de la OMS para el Desarrollo de la Investigación en Enfermería, Brasil

## INTRODUCCIÓN

**E**l control en el número de hospitalizaciones es un aspecto que la gestión local debe brindarle gran importancia, debido a la cantidad y diversidad de recursos materiales y humanos utilizados, así como por su posible estructuración en la atención básica.

Las Normas Operativas Básica del SUS, en especial la NOB-SUS 01/96 y la NOAS 01/01 refuerzan la definición de los roles en los diversos sectores del gobierno, responsabilizando por la atención básica al municipio. Como responsabilidades del estado y del gobierno federal, específicamente el financiamiento, las atenciones en los niveles II, III, debido al alto costo /complejidad.

Informaciones organizadas y sistemáticas son imprescindibles para el gestor, con el objetivo de fundamentar/mejorar las decisiones dentro del proceso de trabajo. En especial aquellos relacionados a las hospitalizaciones, provenientes del Sistema de Información Hospitalaria -SUS (SIH-SUS), constituyéndose de esta forma en una herramienta accesible y relevante para monitoreo continuo en el sector salud.

El estudio de las hospitalizaciones es primordial en la actual situación, considerando la intensa y escasa tecnología existente en el sector salud (que generan gastos para este sector), el aumento de la complejidad en los casos y el elevado costo de las hospitalizaciones, así como la crisis de los hospitales que brindan servicios para el SUS (debida a una gestión no profesional y al desequilibrio presupuestario)<sup>(1)</sup>.

Investigaciones entre los años 1996 y 2003, sobre la gastos físicos y financieros debidos a las hospitalizaciones en el SUS concluyen que en Ribeirão Preto-SP, cinco hospitales parte del convenio/contrato por el SUS gestionados por el municipio, observaron un incremento general del 56% en el pago por las internaciones y 156.3% en los valores financieros empleados para los salarios. Ambos incrementos fueron superiores a los encontrados tanto para el estado de São Paulo, como para el Brasil<sup>(2)</sup>.

Tal resultado motivó la siguiente pregunta: ¿Cuáles factores/elementos pueden ocasionar/explicar estar variaciones en la cantidad de hospitalizaciones? A partir de esta pregunta desarrollaremos la presente investigación, consideramos que las respuestas obtenidas podrán contribuir para comprender de forma más amplia, la

dinámica en la cantidad del número de hospitalizaciones en el sistema de salud de la ciudad de Ribeirão Preto, así como para proponer algunas intervenciones

## OBJETIVO

Identificar y describir los factores que explican las variaciones en el número de hospitalizaciones procesadas y pagadas por la Secretaria Municipal de Salud, durante el periodo de 1996-2003, según los testimonios de los sujetos que contabilizan y/o utilizan las informaciones sobre hospitalización en la ciudad de Ribeirão Preto-SP.

## METODOLOGÍA

Esta investigación de tipo descriptiva y exploratoria, con enfoque cualitativo fue realizado en la ciudad de Ribeirão Preto, ubicada en la región noreste del estado de São Paulo, específicamente en la Secretaria Municipal de Salud del Municipio (SMS-RP), responsable por la gestión de las hospitalizaciones de cinco hospitales del convenio/contrato con el SUS.

El periodo de estudio (1996-2003) fue escogido pues coincidía con el inicio de la gestión plena del municipio, cuando este asumió la responsabilidad por la gestión local del sistema de salud. Incluyendo entre las actividades a la evaluación y control de la producción y al pago de las instituciones contratadas/por convenio por el SUS, a través del SIH-SUS y del Sistema de Información Ambulatorio (SIA-SUS), registro, contratación de los servicios de salud e implantación de las normas propuestas por el Ministerio de Salud.

Los sujetos de este estudio fueron personas que trabajaban dentro del sistema de salud local, de alguna forma son quienes cuantifican y/o utilizan informaciones relacionadas a las hospitalizaciones para fines de evaluación, auditoria, control y toma de decisiones. De esta forma se distribuye la Autorización de Hospitalizaciones (AH) y los recursos financieros. Con base en los criterios y justificativas presentadas, fueron seleccionados para participar del estudio 18 sujetos: 2 gestores, 5 representantes de las instituciones hospitalarias, 6 representantes de los usuarios en el Consejo Municipal de Salud (CMS), 4 auditores de la SMS-RP y 1 representante de la

División de Planificación de la SMS-RP.

La técnica de recolección de datos fue la entrevista semi-estructurada, guiada por preguntas y gráficos que ilustraban la producción física y financiera de hospitalizaciones en los cinco hospitales contratados/en convenio por la SMS-RP; en base a los resultados obtenidos en investigación anterior<sup>(2)</sup>.

La guía fue sometida a evaluación y a un pre-test que constaba de dos partes: una sobre la identificación del sujeto, y la otra en que se solicitaba mediante presentación de los gráficos de producción, que identificasen los posibles factores que explicaban la variación (crecimiento y/o reducción) en las hospitalizaciones durante el periodo de 1996 a 2003.

Las entrevistas constituyeron 12 horas de grabación, con una duración promedio de 45 minutos cada una.

Los testimonios fueron transcritos en su totalidad, los textos revisados con las grabaciones para reproducirlos de formas más fidedigna posible, y seguidamente editadas excluyendo vicios de lenguaje y testimonios que pudieran identificar personas y/o instituciones. En los resultados, los testimonios son identificados por la letra E (entrevistado) y los números secuenciales de uno a 18. De esta forma la sigla E1, correspondía al entrevistado número uno y así sucesivamente.

Para el análisis de los datos se optó por el Análisis Temático<sup>(3)</sup>, iniciándose con el proceso de impregnación, seguido de la lectura exploratoria, vertical y exhaustiva del material. Posteriormente se procedió a la lectura horizontal del conjunto de testimonios, lo cual permitió establecer relaciones entre ellos. Durante el proceso de lectura vertical y horizontal de las entrevistas, fueron identificados los núcleos temáticos, los cuales fueron analizados según el marco teórico de referencia. En la próxima etapa fue elaborada la síntesis del análisis de cada relato, identificando aspectos pertinentes a los núcleos temáticos. Finalmente se procedió a la síntesis del análisis del grupo de testimonios.

El trabajo se desarrollo siguiendo lo establecido por la resolución 196/96 del Consejo Nacional de Salud<sup>(4)</sup>.

## RESULTADOS

Los núcleos temáticos identificados en los testimonios de los entrevistados, se constituyeron en

los factores que explicaron las variaciones en el número de hospitalizaciones, la poca capacidad resolutive de los servicios de atención primaria, la introducción de los hospitales por convenio/contratados para el sistema local de salud, la incorporación tecnológica, los cambios en la estructura demográfica y el rol del gestor en el sistema de salud local en sus funciones de control, evaluación y reglamentación.

En la organización y capacitación del sistema local de salud, el gestor es responsable de resolver los problemas en cada esfera de complejidad. Mientras tanto, se verifica que una de las razones indicadas para el número de hospitalizaciones fue la **poca capacidad de resolución de los servicios** de salud básicos y de nivel II:

*Tenemos una red muy grande, no digo que deben ser evitadas las hospitalizaciones, pues tenemos que considerar que en los servicios de cirugía y emergencia existen casos que deben ser derivados para hospitales. Pero muchas cosas pueden ser controladas en la red básica, evitando así que empeore el cuadro y requiera de hospitalización (E-1).*

*Nuestra red básica transfiere... envía a los pacientes para el hospital, lo que acaba generando un gran numero de hospitalizaciones, casos que podrían ser resueltos en nivel primaria o nivel II. Muchas veces no se tiene una estructura o no hay interés de que el paciente se quede en observación, terminando en una hospitalización (E-15).*

Considerar apenas la estructura/instalación de nuevas unidades de salud como elementos capaces y suficientes para garantizar capacidad resolutive frente a los problemas de salud de la población, en especial en los niveles primario y II, para reducir las hospitalizaciones, implica tener una visión reducida del análisis. Con base en el diagnóstico situacional, son necesarias condiciones socio-epidemiológicas-económicas de la población de cobertura y de los recursos disponibles, anticipando problemas y situaciones que puedan ser resueltas a través de la adaptación de los servicios, que puedan poner a disposición su capacidad humana, material e instrumental. De esta forma, brindar una atención dentro de una lógica más preventiva que curativa, y aún más colectiva que individual.

El modelo de la pirámide de atención a la salud, aún no tuvo resultados que satisfagan las necesidades de la población, a pesar que se hayan dado cambios significativos en la estructura y en los procesos de trabajo de los servicios de salud. La cobertura asistencial, la complementariedad y la

integración de las acciones en las diferentes unidades de salud, han sido insuficientes, generando desequilibrio en la relación de oferta/ demanda. Sumados a ellos, se encuentran la falta en la definición de políticas, la poca capacidad resolutive y la calidad de los servicios; provoca una mayor búsqueda por la asistencia médica en las emergencias de los hospitales; es decir se atiende de acuerdo al perfil ágil y concentrado<sup>(5)</sup>.

Dentro del contexto mencionado, se entiende que es necesario establecer el rol y la función del hospital en el sistema local de salud. No se trata de substituir al hospital o disminuir su importancia, sino adecuar su rol en la atención de casos cuya complejidad o urgencia justifiquen el seguir la lógica del SUS, en especial con relación a su doctrina y principios administrativos.

No siempre la **participación de los hospitales en convenio/contratados por el sistema local de salud** obedecen a la lógica establecida por el SUS, muchas veces ellos trabajan para garantizar sus propios intereses, como se menciona a continuación:

*El prestador trabaja prácticamente con su política de desarrollo institucional, maneja determinadas demandas que no son más rentables en perjuicio de otras demandas menos rentables o, de dificultad natural, como empresarios ellos buscan ese camino; por lo tanto es de competencia del gestor armonizar el desarrollo de estas instituciones, con las necesidades del municipio (E-13).*

La visión expresada sugiere la necesidad de mejorar la integración/articulación de los hospitales en convenio/contratados por el sistema local, de tal forma que permitan mayor conocimiento de sus roles. La participación de estos hospitales y la cantidad de hospitalizaciones requieren ser controladas/ reguladas/evaluadas en sus aspectos cuantitativos y financieros, de la misma forma que las informaciones ofrecidas para los actores involucrados en el proceso.

Los entrevistados indicaron como otra explicación para el incremento en la cantidad de hospitalizaciones a la **incorporación tecnológica**, tanto en el aspecto de reposición de recursos para terapia y diagnóstico, que permiten mejorar la condición de vida del usuario, así como en el ámbito de los prestadores, que se estructuran para ofrecer servicios más especializados y de esta forma, generar mayor ganancia, como se ilustra en el testimonio a seguir:

*Fueron creados procedimientos con valores financieros inadecuados y esto permite al hospital especializarse en ese tipo*

*de procedimiento, dejando de lado los otros, que según como mencionan les dan perjuicio (E-12).*

*Hubo una gran mejora en la atención al paciente, en consecuencia cuando hay mejora en la atención de los pacientes, también las inversiones suben, siendo mayor el gasto (E-9).*

Durante el periodo estudiado, el municipio introdujo recursos tecnológicos relacionados al diagnóstico y terapia, tales como tomografía computarizada, resonancia magnética, uso de *stant*, estudios electro-fisiológicos en cardiología, marcapaso multisite, implantación de Servicios de Atención Móvil de Urgencia (SAMU), cirugía de laparoscopia por video, entre otros. Es incuestionable, la importancia de los avances tecnológicos, sin embargo es pertinente y adecuada la sobrevivencia del sistema de salud, para incrementar alternativas de mayor cobertura, que involucren tecnologías leves, diferentes de los modelos asistenciales, incentivos a las acciones colectivas que permitan el uso racional de los recursos financieros disponibles. Al mismo tiempo, debe evaluarse la incorporación de nuevas tecnologías (de mayor cobertura), considerando el costo-beneficio y la cobertura de asistencia a la población en general.

Los cambios en la **estructura demográfica** en la población con respecto al crecimiento y envejecimiento, fueron también indicadas como posibles explicaciones para las variaciones en la cantidad de hospitalizaciones.

*Un aumento en la población aumenta la demanda de las hospitalizaciones y la búsqueda por hospitales (E-9).*

*Es obvio que uno observa el cambio de perfil, del perfil demográfico y del perfil epidemiológico, justificando algunos tipos de procedimientos que comenzaron a aumentar, la población está envejeciendo, normalmente los ancianos demandan un gasto mayor (E-6).*

Durante el periodo de estudio, la población tuvo un crecimiento de 15.7%. Considerando la población de cobertura de la DIR-XVIII, el crecimiento fue de 14.5%, y el número de hospitalizaciones para ese periodo tuvo un incremento de 56%. Por lo tanto, una variación porcentual muy superior a aquella población<sup>(6)</sup>.

En la ciudad de Ribeirão Preto en 1996, la proporción de personas menores de 15 años fue de 26.4% y en 2003 fue de 24.6%. El porcentaje de personas con más de 60 años para 1996 fue alrededor de 9.4% y en 2003 pasó a 10.1%. Los datos indican una tendencia en la disminución de la natalidad y un aumento en la proporción de ancianos<sup>(5)</sup>.

El envejecimiento y la exigencia en el mayor volumen de recursos financieros y tecnológicos, presionaron al gestor local a implementar acciones de tipo preventivo dirigidos a este grupo poblacional: los ancianos y los tipos de atención (diferente a la hospitalización) entre ellas la internación domiciliaria o la internación en el hospital-día.

El seguimiento/fiscalización de los recursos financieros empleados mensualmente en cada prestadora hospitalaria y su respectiva producción, articulada a otras esferas de atención en la salud del municipio, permiten comparar indicadores locales y adoptar medidas pertinentes. En este sentido, los testimonios se refieren al rol del gestor con respecto a la utilización de herramientas gerenciales como: el control, la evaluación y regulación del sistema local de salud.

La expectativa para que el gestor desempeñe su función de **control** en el sistema (con respecto a la hospitalización), indica la necesidad de establecer un flujo de pacientes, de realizar referencias locales-regionales y determinar las cuotas/metras de producción. Importantes aspectos para la conducción del sistema de salud, como fue posible constatar en el testimonio a seguir:

*Cabe al gestor controlar este aspecto, de forma más homogénea, (...) estos casos de mayor complejidad que entran en el hospital. Tienen una dificultad muy grande para controlar estos casos, pues la gran parte de ellos es referido como un caso de urgencia, emergencia médica (E-12).*

Asociado al control, la **evaluación** puede permitir una visión más amplia en la cantidad de internaciones hospitalarias dentro del sistema de salud local, como se menciona a seguir:

*Se entiende que estos procedimientos fueron realizados, pero ¿Son realmente necesarios para la población? ¿Uno estará trabajando con estos procedimientos objetivando más que los intereses del prestador cuando los ejecuta o durante el pago, en vez de la propia planificación de la salud? ¿Es una necesidad de la población de esta ciudad? Creo que uno no tiene este tipo de evaluación que tenga en cuenta la necesidad. Es muy complicado hacer una evaluación. Uno acaba haciendo una cosa posterior, no consigue hacer las cosas de forma anticipada. Tal vez uno necesita de un poco de esa evaluación, algo más detallada, para conseguir realizar una planificación más adecuada de la asistencia (E6).*

La evaluación es enfocada como un mecanismo para estimular el impacto en los gastos de internación para la salud de la población, para identificar las posibles justificativas en las diferencias encontradas entre la producción física y financiera

para las diversas especialidades, para monitorear los hechos que anticipan problemas, y para proponer intervenciones adecuadas.

Con respecto a la internación hospitalaria articulada al control y a la evaluación, la **regulación** del sistema fortalece la capacidad de gestión como se observa a seguir:

*Nuestro gran problema es la distribución entre los prestadores de servicios, sería resuelto de la mejor forma si uno tuviese las necesidades de la salud vinculada a los recursos disponibles, sea en un hospital único o en varias instituciones. Es importante la forma de regulación, vamos a hacer que ese paciente que necesita de ese servicio llegue al prestador de salud, lo que le falta al gestor es trabajar con la forma de regular, este es el punto clave (E-12).*

Para regular el sistema local no basta organizar el flujo de los usuarios, a pesar que esta sea una etapa imprescindible, es preciso conocer las demandas de salud y la disponibilidad de los servicios. El testimonio anterior evidencia cierta falta de conocimiento sobre la real situación de la salud en la ciudad, sobre los recursos disponibles, sobre las demandas existentes y sobre la forma como solucionar la necesidad/oferta.

A pesar de que el control y la evaluación sean prerrogativas para asumir diferentes modalidades de gestión desde la NOB-93; de forma general, podemos decir que aún son herramientas de gestión poco exploradas durante los procesos de decisión en el sistema local. La regulación del sistema, es otra herramienta gerencial que fue incorporada al SUS recientemente, específicamente luego de la NOAS 01/01. A pesar de ser incipiente, podrá contribuir positivamente en el proceso de gestión con la finalidad de regular y controlar toda la disponibilidad asistencial local-regional, agilizar la atención de forma que ofrezca comodidad al usuario, auxiliar en el control del flujo en las demandas y en las posibilidades de atención, para distribuir de la misma forma los recursos de salud a la población, de acuerdo a sus necesidades<sup>(7)</sup>.

El incremento en la eficiencia y eficacia en los procesos de gestión, en especial en la asistencia hospitalaria, se han sentido cuando tienen por objetivo mejorar la atención de salud al usuario. Esta mejoría involucra aspectos como la humanización en la atención, la adopción de medidas que atiendan las exigencias y necesidades de la población, así como la utilización de instrumentos para la toma de decisiones estratégicas que generen conocimiento, y

promuevan la integración del gestor en los diferentes niveles del sistema y sus respectivos participantes, articulando todo este proceso con el uso racional de los recursos financieros disponibles.

## CONSIDERACIONES FINALES

La cantidad de hospitalizaciones representan una parte importante de la atención para la salud del municipio, tanto debido a la complejidad de las acciones como por el volumen financiero utilizado. La diferencia en la cantidad de hospitalizaciones constituye un hecho, al cual se debe estar atento y abierto a crítica por parte de la gestión del sistema y de aquellos que ofrecen información sobre las internaciones.

En la visión de los entrevistados, la variación en la cantidad de internaciones involucra aspectos

relacionados a: la poca capacidad resolutive de la red básica de atención, lo que determina la búsqueda espontánea y/o referencia a servicios de mayor complejidad; cambios en el perfil de la población relacionados al crecimiento, envejecimiento y la morbi-mortalidad; incorporación de tecnología que genera nuevos costos y gastos; y acciones de fiscalización, control, evaluación y regulación poco eficientes.

Comprendemos que a partir del análisis de los resultados obtenidos será necesario desarrollar un trabajo conjunto entre gestor, sector de evaluación y control, prestadores y usuarios, para poder pensar en una (re) estructuración del sistema local, estableciendo limitaciones, posibilidades y alternativas de uso racional de los recursos disponibles, para la atención a la salud de la población con respecto a las hospitalizaciones.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Castro MSM, Travassos C, Carvalho MS. Fatores associados às internações hospitalares no Brasil. *Ciênc e Saúde Coletiva* 2002 outubro; 7(4):795-811.
2. Chaves LDP. Produção de internações nos hospitais sob gestão municipal em Ribeirão Preto-SP, 1996-2003. [tese]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/ USP; 2005.
3. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70;1979.
4. Ministério da Saúde (BR). Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (DF): Ministério da Saúde;1997.
5. Marques GQ, Lima MADS. Demandas de usuários a um serviço de pronto atendimento e seu acolhimento ao sistema de saúde. *Rev Latino-am Enfermagem* 2007 janeiro-fevereiro; 15(1):13-9.
6. Ministério da Saúde (BR) [homepage na internet]. Rio de Janeiro: DATASUS; [Acesso em 2005 abril]. Produção hospitalar; [6 telas]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exesih/cnv/rxsp.def>
7. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria n.º 423, de 09 de junho de 2002. Estabelece atribuições básicas de controle, regulação e avaliação no SUS. Brasília (DF); 2002.