



UNIVERSIDAD
POLITECNICA
DE VALENCIA



Universidad Politécnica de Valencia

Facultad de Administración y Dirección de Empresas



**ANÁLISIS COMPARATIVO DE LA SANIDAD ESPAÑOLA Y
ESTADOUNIDENSE A TRAVÉS DEL ESTUDIO DEL SISTEMA
DE SALUD EN LA COMUNIDAD VALENCIANA Y EN EL
ESTADO DE NORTH CAROLINA**

**CASO PRÁCTICO DEL CONSORCIO HOSPITAL GENERAL
UNIVERSITARIO DE VALENCIA Y THE UNIVERSITY OF
NORTH CAROLINA HOSPITALS**

Autora: Mercedes Catalá González

Director de Proyecto: David Vivas Consuelo

Octubre, 2010

ÍNDICE

Resumen.....	15
1. Justificación del Trabajo Final de Carrera.....	19
1.1. Introducción.....	22
1.2. Situación actual del sistema sanitario español: sostenibilidad crítica y aumento progresivo de los costes.....	23
1.3. Introducción de concesiones administrativas.....	24
1.4. EEUU como origen del Case Mix.....	25
2. Introducción.....	27
2.1. Objetivos del trabajo.....	29
2.2. Trabajo llevado a cabo.....	29
3. La Sanidad en España.....	31
3.1. Sistema de salud en nuestro país.....	33
3.1.1. Estructura del sistema.....	33
3.1.2. Características generales.....	33
3.1.3. Prestaciones del sistema.....	34
3.2. La sanidad en la Comunidad Valenciana.....	36
3.2.1. La Agencia Valenciana de Salud.....	36
3.2.2. Situación actual de la sanidad en la Comunidad Valenciana... 39	
a) Cambios en la demanda.....	39
b) Cambios en la oferta y en la organización.....	41
3.2.3. Respuesta a la situación actual de la sanidad valenciana.....	42
3.2.4. Perspectivas de futuro.....	43
a) Desarrollo institucional.....	43
b) Desarrollo de la oferta a través de nuevos instrumentos asistenciales.....	45
c) Desarrollo de los sistemas de información.....	46
d) Gestión de los recursos humanos.....	47

3.3.	Caso aplicado: Consorcio Hospital General Universitario de Valencia.	51
3.3.1.	Introducción: Origen y evolución del Consorcio Hospital General Universitario de Valencia.....	51
3.3.2.	Área de control de gestión.....	55
a)	El Cuadro de Mando Integral.....	56
b)	Acuerdos de gestión.....	59
c)	Benchmarking	61
d)	Plan Estratégico.....	61
3.3.3.	Misión, visión y valores del Hospital.....	64
a)	Misión del Consorcio.....	64
b)	La visión del Hospital.....	64
c)	Valores y principios.....	64
3.3.4.	Sistemas de Información: el Sistema de Información Económica (SIE).....	65
a)	Instrumentos necesarios.....	68
b)	Los Centros de Actividad y Coste: Estructura básica del SIE.....	68
c)	Objetivos del SIE.....	69
3.3.5.	Aplicación de Case Mix en el Consorcio Hospital General de Valencia.....	82
a)	Introducción.....	82
b)	La información del Case Mix.....	83
c)	Datos de partida: el CMBD y el Informe de alta.....	85
d)	Datos del CMBD en el Consorcio.....	85
e)	Informe de alta.....	87
f)	Algunas definiciones.....	88
g)	La calidad en los datos.....	88
h)	Los grupos relacionados con el diagnóstico.....	90
i)	Información aportada por el Case Mix.....	95
j)	El Case Mix y sus indicadores.....	97

k)	Los Outliers o Extremos.....	98
l)	Otro aspecto importante: la gestión de camas en el hospital.....	99
m)	Índices útiles en la gestión hospitalaria.....	101
3.3.6.	Servicio económico-administrativos.....	106
a)	Introducción.....	106
b)	Competencias del servicio.....	107
c)	Otras actuaciones generales y de control.....	109
d)	Plan de gestión y objetivos del servicio económico-administrativo.....	110
3.3.7.	Unidad de aseguramiento.....	111
a)	Funciones principales.....	111
b)	Figura del cruzador.....	112
c)	Elementos identificadores.....	113
d)	Facturación intercentros.....	113
e)	Atención a los presos.....	115
f)	Pacientes con patologías crónicas.....	115
3.3.8.	Servicio de contratación y logística.....	116
a)	Contratación de actividades y servicios.....	116
b)	Nuevo modelo de gestión de servicios sanitarios y facturación: el Hospital de la Ribera.....	117
c)	Sistema de compras.....	126
d)	Productos y materiales.....	127
e)	Proveedores.....	130
f)	Normalización de los productos.....	132
g)	Gestión del almacén y logística.....	132
h)	Nuevos planteamientos en logística.....	134
3.3.9.	Área de planificación y calidad.....	134
a)	El modelo EFQM.....	134
b)	Implantación del modelo EFQM en el Consorcio.....	137
c)	Certificaciones ISO.....	139

3.3.10. Área de formación.....	140
a) Diferentes programas de formación.....	140
b) Planes de formación continua frente a planes de formación continuada.....	141
c) Formación externa.....	142
d) Formación propia.....	142
e) Formación escuela.....	143
f) Estudiantes en prácticas.....	143
g) Plan de detección de necesidades.....	144
h) Evaluación de la formación.....	145
4. Sistema sanitario estadounidense.....	147
4.1. Principales características del sistema de sanidad en EEUU.....	149
4.1.1. Generalidades del sistema sanitario de EEUU.....	149
4.1.2. Programas de sanidad públicos.....	150
4.1.3. El gasto sanitario.....	151
a) Programa Medicare.....	152
b) Programa Medicaid.....	156
4.2. El sistema de salud en North Carolina (el dilema de Medicaid).....	161
4.2.1. El problema de Medicaid.....	162
4.3. Los centros hospitalarios en EEUU: UNC Hospitals.....	168
4.3.1. Introducción y origen del centro.....	168
4.3.2. Facturación en UNCH.....	168
a) Introducción: Posibles tipos de facturación.....	169
b) Diferentes tipos de pacientes.....	171
c) Facturación de los pacientes hospitalizados.....	172
d) Facturación de los pacientes de consultas externas..	176
e) Mención especial: no asegurados.....	177
4.3.3. Departamento financiero en UNCH.....	179
a) Principales funciones del departamento.....	180

b)	Contabilidad Analítica en UNCH.....	181
c)	Contabilidad Financiera.....	182
d)	Beneficios.....	182
4.3.4.	Área de sistemas de información.....	183
a)	Principales funciones.....	183
b)	Estructura básica de los Sistemas de Comunicación.	184
c)	Información del Case Mix.....	187
d)	Elaboración de los GRD's.....	188
e)	Usuarios externos e internos de la información.....	189
4.3.5.	Área de admisión de pacientes.....	190
a)	Diferentes tipos de pacientes.....	190
b)	Identificación de los pacientes.....	191
c)	Elementos identificadores de los pacientes.....	193
d)	Inmigrantes.....	194
e)	Preocupación por los aspectos financieros.....	194
f)	Gestión de las consultas externas.....	195
g)	Listas de espera.....	195
4.3.6.	Área de gestión de pacientes.....	196
a)	Principales funciones del departamento.....	196
b)	Tipos de pacientes.....	197
c)	Gestión de los pacientes.....	198
d)	Gestión de las camas.....	200
e)	Gestión de las listas de espera.....	202
f)	Problemática con algunos pacientes.....	203
g)	Ajuste de la demanda y oferta de camas.....	204
h)	Coste de los traslados.....	205
i)	Conclusión.....	205
4.3.7.	El sistema de compras de UNCH.....	206
a)	Funciones del departamento.....	206
b)	Sistema de compras: diferentes tipos de productos...	207
c)	Órdenes de compras.....	208

d)	El Almacén de UNCH.....	209
e)	Aplicaciones de software y bases de datos.....	211
f)	Los Proveedores y los Tipos de contratos.....	212
g)	Control y calidad de los productos.....	214
h)	Actividades subcontratadas por el Hospital.....	216
4.3.8.	Gestión de los recursos humanos.....	217
a)	Introducción.....	217
b)	Contratos en los hospitales de EEUU.....	218
c)	Ventajas de este tipo de contratos.....	219
d)	Beneficios y ayudas para los empleados.....	220
e)	Formación.....	221
f)	¿Son los directores y responsables licenciados en medicina o personas con formación en gestión?.....	222
g)	Satisfacción empleados.....	223
4.3.9.	Sistema de calidad en UNCH.....	223
a)	Sistemas externos de evaluación de la calidad hospitalaria.....	224
b)	Core Measures System.....	225
c)	Ejemplos.....	227
5.	Conclusiones y perspectivas de futuro.....	229
5.1.	EEUU plantea reformas, ¿y España?.....	231
5.2.	Perspectivas de futuro para el sistema español.....	234
5.2.1.	Principales medidas a introducir en los próximos años.....	234
5.2.2.	Conclusiones.....	248
6.	Bibliografía.....	249

ÍNDICE DE FIGURAS

<i>Figura 1: Esquema del sistema sanitario en la Comunidad Valenciana.....</i>	<i>38</i>
<i>Figura 2: Esquema de la carrera profesional.....</i>	<i>49</i>
<i>Figura 3: Organigrama del CHGUV.....</i>	<i>54</i>
<i>Figura 4: Flujos de información bidireccionales entre Gerencia, Control de Gestión y los servicios.....</i>	<i>58</i>
<i>Figura 5: Plan estratégico del CHGUV.....</i>	<i>63</i>
<i>Figura 6: Origen del Sistema de Información Económica (SIE).....</i>	<i>67</i>
<i>Figura 7: Clasificación de los centros de actividad.....</i>	<i>74</i>
<i>Figura 8: Esquema de la elaboración de los GRD's.....</i>	<i>94</i>
<i>Figura 9: Modelo EFQM de excelencia empresarial.....</i>	<i>135</i>
<i>Figura 10: Esquema de implantación del Modelo EFQM en el CHGUV.....</i>	<i>138</i>
<i>Figura 11: Diferentes tipos de pacientes y sus respectivos sistemas de facturación en EEUU.....</i>	<i>179</i>
<i>Figura 12: Estructura de los sistemas de información en UNC Hospitals.....</i>	<i>185</i>
<i>Figura 13: Canales de comunicación dentro del Patients Management Area.....</i>	<i>201</i>
<i>Figura 14: Esquema de ajuste de oferta y demanda de camas en UNC Hospitals.....</i>	<i>204</i>
<i>Figura 15: Sistema de distribución de materiales en UNC Hospitals.....</i>	<i>210</i>
<i>Figura 16: Modelo de las cinco fuerzas de la competencia industrial de Porter.....</i>	<i>212</i>
<i>Figura 17: Sistema de supervisión de las ventas en UNC Hospitals.....</i>	<i>216</i>

ÍNDICE DE GRÁFICOS

<i>Gráfico 1: Incremento de la población valenciana (1998-2004).....</i>	<i>39</i>
<i>Gráfico 2: Trayectoria de la población mayor de 65 años en la Comunidad Valenciana (1999-2003).....</i>	<i>40</i>
<i>Gráfico 3: Distribución de los diferentes programas de asistencia sanitaria en EEUU (2006).....</i>	<i>151</i>
<i>Gráfico 4: Presupuesto de los programas discrecionales en EEUU (2006).....</i>	<i>152</i>
<i>Gráfico 5: Distribución los colectivos cubiertos por el programa Medicaid (2006)....</i>	<i>156</i>
<i>Gráfico 6: Participación del programa Medicaid en el sistema sanitario estadounidense (2006).....</i>	<i>157</i>
<i>Gráfico 7: Evolución del gasto sanitario por el programa Medicaid en el estado de Carolina del Norte (1995-2005).....</i>	<i>161</i>
<i>Gráfico 8: Evolución de población cubierta por el programa Medicaid en el estado de Carolina del Norte (1995-2005).....</i>	<i>163</i>
<i>Gráfico 9: Distribución del gasto según el colectivo receptor dentro del programa Medicaid.....</i>	<i>167</i>
<i>Gráfico 10: Distribución de los pacientes en UNC Hospitals.....</i>	<i>198</i>
<i>Gráfico 11: Esperanza de vida y gasto en sanidad del EU-15.....</i>	<i>232</i>
<i>Gráfico 12: Perspectivas del envejecimiento de la población y del gasto sanitario en España en los próximos 10 años.....</i>	<i>233</i>

ÍNDICE DE TABLAS

<i>Tabla 1: Justificación de las asignaturas de ADE relacionadas con el TFC.....</i>	<i>21</i>
<i>Tabla 2: Requisitos para la promoción entre niveles dentro de la carrera profesional. 50</i>	
<i>Tabla 3: Ejemplo del cálculo de la estancia media para cada GRD.....</i>	<i>100</i>
<i>Tabla 4: Ejemplo del cálculo del índice funcional para cada GRD.....</i>	<i>101</i>
<i>Tabla 5: Servicios obligatorios y opcionales dentro del programa Medicaid.....</i>	<i>165</i>

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

El modelo sanitario español se ha desarrollado significativamente durante los últimos treinta años. Sin embargo, a lo largo de los próximos años, el sistema se enfrentará a retos significativos: retos financieros, el incremento de la demanda de servicios sanitarios, así como la escasez de los recursos disponibles. El sistema actual resultará insostenible.

La madurez del sistema sanitario va a ser la que permita acometer paulatinamente reformas estructurales que aseguren su sostenibilidad a corto y medio plazo. La finalidad que persiguen estos cambios es clara: hacer el sistema sostenible a medio y largo plazo preservando las señas de identidad esenciales del modelo.

OBJETIVOS

Los objetivos del presente trabajo son los detallados a continuación:

- Obtener un entendimiento lo más completo posible de ambos sistemas sanitarios
- Estudiar ambos sistemas sanitarios de manera aplicada a través del análisis del funcionamiento de los dos centros hospitalarios escogidos como ejemplos
- Por último, determinar qué cambios y medidas habrá que implementar para asegurar la sostenibilidad del sistema sanitario español

METODOLOGÍA

Para llevar a cabo el análisis de los dos sistemas de sanidad, así como de los dos centros hospitalarios, hemos mantenido entrevistas con los responsables de los principales servicios de cada uno de los hospitales. La estancia fue de aproximadamente dos semanas en el Consorcio Hospital General Universitario de Valencia (en adelante CHGUV) y de un mes en University of North Carolina Hospitals (UNCH).

Del mismo modo, durante la estancia en Estados Unidos, consultamos a profesores de la School of Public Health, de la Universidad de Carolina del Norte, concretamente del Department of Health Policy and Administration. Además asistimos a sus clases y a diversos seminarios sobre sanidad en EEUU.

RESULTADOS

De seguir con el modelo actual de sanidad, el déficit sanitario (desviación entre los gastos previstos y los reales, que acaba repercutiendo en el déficit autonómico) en 2020 alcanzaría los 50.000 millones de euros. Las causas, entre ellas, que la demanda de servicios sanitarios tiende a dispararse: dentro de la próxima década, uno de cada cinco españoles tendrá más de 65 años, lo que se traduce en que más de 10 millones de individuos tendrán un coste per cápita muy superior al resto de la población protegida (entre 4 y 12 veces). Mientras tanto, EEUU se plantea una fuerte transformación del sistema público de salud (el 15,3% del PIB, cuando la media alcanza el 8,9%). Más de la mitad de toda esta suma tendrá su origen en los seguros privados. Dicho plan de choque supondrá alrededor de 900.000 millones de dólares (620.000 millones de euros) en un plazo de 10 años.

Otros factores que ayudarán a que la situación se agrave en nuestro país: Aproximadamente el 60% de los ciudadanos padecerá una enfermedad crónica, del mismo modo, los nuevos tratamientos (sustentados en los últimos avances en genética, medicina más personalizada, intervenciones progresivamente menos invasivas) cada vez más caros, que a su vez fomentan una mayor demanda. Por todo esto, la falta de recursos se hará notable (de hecho actualmente ya existe saturación en determinados servicios, como es el caso de la atención primaria, con tasas de ocupación en hospitales públicos que alcanzan el 80%).

Por todo ello, sería necesario la introducción de medidas que aseguren la solvencia y la perdurabilidad del sistema sanitario español, las cuales permitan al mismo tiempo no perder las características de universalidad y de acceso que le han hecho ser un ejemplo y referente a nivel internacional.

CONCLUSIONES

La situación a la que se enfrenta nuestro país hace necesario el llegar a un punto de consenso entre todos los agentes del Sistema Sanitario, incluyendo por supuesto a los pacientes, con el fin de ir frenando el coste creciente e insostenible de nuestro sistema de salud. Esta necesidad de acuerdo es especialmente relevante y exigible a las distintas administraciones que tienen la responsabilidad última sobre la gestión del Sistema en todos los países de la Unión Europea.

CAPÍTULO 1

Justificación del Trabajo Final de Carrera

1. JUSTIFICACIÓN DEL TRABAJO FINAL DE CARRERA

El presente Trabajo Fin de Carrera tiene por objeto el análisis de los sistemas sanitarios español y estadounidense. En la siguiente tabla se expone la relación entre las asignaturas cursadas durante la carrera de Administración y Dirección de Empresas en las que se apoya la realización del trabajo y los capítulos del mismo.

Tabla 1: Justificación de las asignaturas de ADE relacionadas con el TFC

Capítulo del Trabajo	1. Justificación del trabajo final de carrera
Asignaturas relacionadas	Técnicas de los servicios sanitarios, Economía de la Empresa I, Economía de la Empresa II
Justificación	En este capítulo se explican los altos costes de la sanidad en nuestro país. Se introducen conceptos como son los GRD's, CMBD's, concesiones administrativas como forma de gestión de centros hospitalarios, entre otros.
Capítulo del Trabajo	2. Introducción
Asignaturas relacionadas	Microeconomía, Macroeconomía, Economía de la Empresa I y II.
Justificación	En este capítulo se determinan los objetivos del trabajo, relacionándolos con variables macro y microeconómicas.
Capítulo del Trabajo	3. La Sanidad en España
Asignaturas relacionadas	Técnicas de los servicios sanitarios, Dirección Estratégica y Política de Empresa, Dirección de Recursos Humanos, Dirección de Producción y Logística.
Justificación	En el tercer capítulo se describirá el sistema sanitario tanto en España como en concreto en la Comunidad Valenciana, para lo que nos hemos basado en parte del contenido de la asignatura de Técnicas de los servicios sanitarios. Además, se describe el caso concreto del CHGUV, habiendo utilizado conceptos y conocimientos de asignaturas como Dirección Estratégica y Política de Empresa, Dirección de Recursos Humanos y Dirección de producción y logística, entre otras.
Capítulo del Trabajo	4. El sistema sanitario estadounidense
Asignaturas relacionadas	Técnicas de los servicios sanitarios, Dirección Estratégica y Política de Empresa, Dirección de Recursos Humanos, Dirección de Producción y Logística.
Justificación	En este capítulo analizaremos el sistema sanitario estadounidense, así como el caso particular del estado de North Carolina. Nos hemos basado en parte del contenido de la asignatura de Técnicas de los servicios sanitarios. Para el caso concreto de UNCH, hemos utilizado los conocimientos de asignaturas como Dirección Estratégica y Política

	de Empresa, Dirección de Recursos Humanos y Dirección de producción y logística, entre otras.
Capítulo del Trabajo	5. Conclusiones
Asignaturas relacionadas	Todas las anteriores
Justificación	Las conclusiones se basan en el análisis realizado en el presente trabajo, completándose además con otros conocimientos adquiridos durante las prácticas en ambos hospitales y la consulta de otro material de apoyo como son artículos, publicaciones y estudios diversos sobre la materia.

Fuente: Elaboración propia.

1.1. INTRODUCCIÓN

Nuestro modelo sanitario ha avanzado y se ha desarrollado significativamente durante los últimos treinta años, de hecho, hoy por hoy, podemos decir que partimos de una buena posición relativa. Sin embargo, a lo largo de los próximos años, el sistema se enfrentará a retos significativos: retos financieros, el incremento de la demanda de servicios sanitarios, así como la escasez de los recursos disponibles. Enmarcados en este contexto, creemos que bajo el modelo de funcionamiento actual el sistema va a ser insostenible.

Es precisamente la madurez que ha alcanzado el sistema sanitario actual la que permite de algún modo que muchos agentes sociales se estén planteando hoy la necesidad de acometer reformas estructurales que aseguren la sostenibilidad a corto y medio plazo de nuestro sistema de salud, existe un incipiente consenso sobre la necesidad de un pacto por la sanidad que empiece a abordar con medidas concretas los retos a los que se enfrenta nuestro sistema.

La finalidad que persiguen estos cambios es clara:

- En primer lugar hacer el sistema sostenible a medio y largo plazo
- Y, sin duda, al mismo tiempo, preservar las señas de identidad esenciales de un modelo que es ejemplo en muchas partes del mundo

A continuación analizaremos los principales problemas a los que se enfrenta nuestro actual sistema sanitario.

1.2. SITUACIÓN ACUTAL DEL SISTEMA SANITARIO ESPAÑOL: SOSTENIBILIDAD CRÍTICA Y AUMENTO PROGRESIVO DE LOS COSTES

El sector sanitario puede ser considerado como uno de los principales sectores productivos de la economía española. Sólo el sector público representa más de un 5% del PIB y emplea a más de un millón de personas. Para él se gestiona un presupuesto que ronda los sesenta mil millones de euros (en países como Portugal o Irlanda esta cantidad representaría prácticamente el total de gasto público).

Algunos datos favorables de nuestra sanidad:

- la esperanza de vida de los españoles es la más alta de Europa (1,3 años superior al promedio)
- los resultados clínicos están al nivel de los países más avanzados (mismas tasas de supervivencia al cáncer que en Suecia, Francia o Alemania)
- además, su coste es de los 4 más bajos en Europa en términos de gasto total sobre el PIB y el segundo más bajo si lo comparamos en términos de gasto per cápita.
- Por último, es referente internacional por su universalidad y nivel de acceso en comparación con otros muchos países desarrollados.

Sin embargo, bajo el modelo actual, el sistema no es sostenible ni a corto, medio o largo plazo:

- A corto plazo, la situación financiera del sistema es muy complicada. Una muestra de la complicada situación: el déficit de financiación acumulado por la sanidad entre 2003 y 2007 supuso unos 11.000 millones de euros (un 20% del presupuesto total de sanidad en 2007).
- Para el ejercicio 2010, las comunidades autónomas barajan la posibilidad de que el gasto real supere al presupuestado en un 20-30%.
- En cuanto al medio plazo, a parte de los aspectos financieros, aspectos como la equidad y la calidad del sistema también pueden verse resentidos si no se introducen cambios estructurales. En 10 años, la demanda de servicios sanitarios habrá crecido de forma muy importante, los recursos dedicados no serán suficientes con los actuales niveles de productividad y el gasto sanitario podría llegar a duplicarse.

- En diez años, la demanda de servicios sanitarios habrá aumentado considerablemente:
 - o 1 de cada 5 españoles tendrá más de 65 años, lo que hará que el gasto sanitario per cápita se incremente notablemente
 - o 6 de cada 10 personas padecerán una enfermedad crónica (ya en la actualidad alrededor del 70% del total del gasto sanitario se destina a dichos pacientes)
 - o los nuevos tratamientos y tecnologías fomentarán la demanda
 - o los recursos sanitarios no serán suficientes si continuamos con el modelo de productividad actual. De hecho, manteniendo los niveles de productividad actuales, en diez años podrían faltar entre 15.000 y 20.000 médicos, especialmente en atención primaria.

A niveles también de atención primaria, los pacientes son asignados con un promedio de 6,5 minutos al médico de familia y las listas de espera siguen siendo el principal suspenso que recibe la Sanidad (aproximadamente el 70% de la población la considera como principal causa de insatisfacción). Si la situación se mantiene como hasta ahora, este problema de las listas de espera continuará agravándose. Adicionalmente, los costes de los tratamientos se dispararán. Como ejemplo: se estima que los costes por paciente y año de los tratamientos oncológicos pasarán de los actuales (20.000-50.000 euros) a los 70.000 euros aproximadamente durante los próximos diez años.

Finalmente, más del 50% del gasto público de las comunidades autónomas se destinará a la sanidad, por lo que el déficit de financiación del sistema sanitario crecerá como consecuencia de la brecha entre el crecimiento del gasto sanitario y el crecimiento experimentado por el PIB, alcanzando más de 50.000 millones de euros en 2020 según las proyecciones.

1.3. INTRODUCCIÓN DE CONCESIONES ADMINISTRATIVAS

El modelo de concesión administrativa aplicado a la prestación de servicios sanitarios se ha extendido durante los últimos años, sobre todo en comunidades autónomas como la valenciana y la madrileña. Sin duda, este fenómeno es en cierto modo una respuesta frente a la complicada situación del sector, teniendo su arranque en la Comunidad Valenciana con el Hospital de la Ribera.

Muchos son los detractores de este modelo económico. Sin embargo, no hay que olvidar que a través de la creación de dichas concesiones administrativas se están consiguiendo algunos objetivos importantes:

- Incrementar la eficiencia en el uso de los recursos
- Mayor control del presupuesto y seguimiento del mismo en cada uno de los centros
- Control de la cápita asignada a cada departamento de salud, evitando concentraciones que puedan afectar a la calidad de la asistencia sanitaria
- Liberación por parte de la Administración Pública a la hora de llevar a cabo inversiones para la construcción de nuevos centros, fuertes flujos iniciales de inversión que son directamente asumidos por empresas privadas
- La mayoría de estas empresas que asumen la concesión son aseguradoras especializadas en seguros médicos, por lo que cuentan con valioso know-how del sector, así como potentes modelos de gestión, control de costes, entre otros

En conclusión, a través de la incursión de este nuevo modelo de gestión sanitaria se consigue una mayor eficiencia, así como un mejor control del desempeño y de los costes incurridos para la prestación de los servicios sanitarios. Por lo tanto, podemos considerarlo una de las medidas que ya se han implantado y que, desde luego, y según los datos actuales, se seguirán llevando a cabo para intentar controlar y contener el gasto sanitario, el cual no deja de aumentar.

1.4. EEUU COMO ORIGEN DEL CASE MIX

Tal y como veremos más adelante, fundamentalmente en la parte dedicada al análisis de la facturación de los dos centros, el concepto de Case Mix es básico para el sistema de facturación y refacturación que tenemos en la actualidad. Este se basa, tal y como será descrito de forma más detallada en puntos sucesivos, en la determinación de los GRD's (o grupos relacionados con el diagnóstico).

Tal y como se explica en el informe Diagnosis Related Groups (DRG's) and the Medicare Program: Implications for Medical Technology, el diseño y desarrollo de los GRD comenzó a finales de los años sesenta en la Universidad de Yale. El motivo inicial por el cual se desarrollaron los GRD era la creación de una estructura adecuada para analizar la calidad de la asistencia médica y la utilización de los servicios en el entorno hospitalario.

La primera aplicación a gran escala de los GRD fue a finales de los años setenta en el Estado de Nueva Jersey. El Departamento de Sanidad del Estado de Nueva Jersey utilizó los GRD como base para un sistema de pago prospectivo en el cual se reembolsaba a los hospitales una cantidad fija específica para cada GRD y por cada paciente tratado.

En 1982 la Tax Equity and Fiscal Responsibility Act modificó la sección 223 sobre los límites de reembolso de gastos hospitalarios de Medicare para incluir una corrección según la casuística de los hospitales y basada en los GRD. En 1983 el Congreso modificó la Social Security Act (Ley de Seguridad Social) para dar cabida a un sistema nacional de pago prospectivo a los hospitales, basado en los GRD y para todos los pacientes de Medicare.

La evolución de los GRD y su uso como unidad básica de pago en el sistema de financiación hospitalaria (no sólo en el caso de Medicare en EEUU, sino en otros países, como es el caso de España) es el reconocimiento del papel fundamental que juega el *case mix* o la casuística de un hospital a la hora de determinar sus costes. Antes de la introducción de esta herramienta, se habían utilizado otras características del hospital, tales como su acreditación docente o el número de camas para intentar explicar las importantes diferencias de coste observadas entre distintos hospitales. Sin embargo, dichas características no explicaban adecuadamente el impacto de la casuística en los costes de cada centro. Los hospitales habían intentado frecuentemente justificar unos costes más altos alegando que trataban a un conjunto de pacientes más complejos. A pesar de que en el sector hospitalario se aceptaba que un *case mix* más complejo se acompañaba de mayores costes, el concepto de complejidad de la casuística nunca había tenido una definición precisa.

Como conclusión, podemos decir que el desarrollo de los GRD proporcionó el primer sistema operativo para definir y medir la complejidad del *case mix* de un hospital.

CAPÍTULO 2

Introducción

2. INTRODUCCIÓN

2.1. OBJETIVOS DEL TRABAJO

El objetivo del proyecto consiste en realizar un estudio comparativo de los sistemas sanitarios español y estadounidense, analizándolos de manera más práctica a través de la comparativa de dos centros hospitalarios: por un lado, el Consorcio Hospital General Universitario de Valencia, y en segundo lugar y el University of North Carolina Hospital.

2.2. TRABAJO LLEVADO A CABO

Para llevar a cabo el estudio mencionado seguiremos los siguientes pasos:

- En primer lugar analizaremos la sanidad española y estadounidense con el fin de establecer y estudiar sus principales características, su funcionamiento básico, así como los agentes que mayor influencia ejercen sobre éstas. Este estudio será de gran utilidad a la hora de comprender posteriormente algunas de las características de los centros sanitarios.
- El siguiente paso consistirá en la descripción del sistema sanitario tanto en la Comunidad Valenciana como en el estado de North Carolina en los EEUU. El sistema sanitario en España sufrió una descentralización, por lo que muchos aspectos sobre el funcionamiento, financiación y organización varían, por lo que resulta interesante el análisis individualizado del sistema en nuestra comunidad para nuestro posterior estudio de sus centros hospitalarios. El mismo hecho ocurre en el caso de los EEUU, país en el cual el sistema sanitario varía en algunos aspectos en cada uno de los estados. Analizaremos el sistema en North Carolina, centrándonos en los dos programas básicos en su sistema: Medicaid y Medicare.
- Para concluir, como último paso en nuestro análisis, realizaremos un estudio comparativo de dos de los hospitales más importantes en cada una de las áreas mencionadas: por una parte, el Consorcio Hospital General Universitario de Valencia, y por otro en University of North Carolina Hospitals. De estas dos organizaciones, analizaremos diversos aspectos:
 - Organización del Hospital.
 - Admisión y gestión de los pacientes.
 - Sistemas de costes y facturación de los pacientes.
 - Gestión de los recursos humanos.

- Sistema de contratación y logística.
- Sistema de calidad en cada uno de los centros.

Por último, estableceremos conclusiones acerca de los dos sistemas y de los dos centros sanitarios mencionados.

Por tanto, los principales objetivos del presente trabajo consisten en:

- Análisis y entendimiento del funcionamiento de ambos sistemas sanitarios
- Obtención de la fotografía (situación actual) de ambos sistemas sanitarios, en especial del sistema sanitario español
- Trasladar dicha comparativa al ámbito más práctico, realizando una descripción del funcionamiento de dos hospitales de cada uno de los sistemas sanitarios analizados
- Por último, obtener unas conclusiones, entender la situación a la cual nos enfrentamos en un corto/medio plazo, y poder enunciar y analizar una serie de pautas y medidas que puedan asegurar la sostenibilidad del sistema de salud actual

CAPÍTULO 3

La sanidad en España

3. LA SANIDAD EN ESPAÑA

3.1. SISTEMA DE SALUD EN NUESTRO PAÍS

3.1.1. ESTRUCTURA DEL SISTEMA

Uno de los rasgos más característicos del Sistema Sanitario Español es que se trata de un sistema descentralizado, presentando una organización territorial para cada Comunidad Autónoma.

Las funciones y servicios sanitarios se fueron transfiriendo progresivamente a cada una de las Comunidades Autónomas. Hasta diciembre del año 2001 se habían transferido dichas funciones a las Comunidades Autónomas de Cataluña, Andalucía, País Vasco, Comunidad Valenciana, Galicia, Comunidad Foral de Navarra y Canarias, lo que representaba un 61,82% de la población española.

En diciembre de 2001 se transfieren los servicios sanitarios a las Comunidades Autónomas restantes. De este modo se conseguía un modelo en el cual las Comunidades Autónomas asumen competencias en materia de higiene y sanidad, mientras que al Estado le corresponde la regulación básica de la organización del sistema sanitario. Las Comunidades Autónomas serán responsables de su desarrollo.

3.1.2. CARACTERÍSTICAS GENERALES

El Sistema Nacional de Salud (S.N.S.) español se ajusta de algún modo al **modelo Atlántico** original de Gran Bretaña, en contraposición al modelo Continental nacido en Alemania. No podemos afirmar que se trate de un sistema puramente Atlántico, pero cumple con ciertas características del mismo.

A continuación analizaremos las principales características del Sistema Nacional de Salud en España. En primer lugar destacaremos que en el sistema español se da la **universalización** de los servicios sanitarios, siempre en condiciones de igualdad, independientemente de las circunstancias tanto sociales como personales. Esto significa que la cobertura sanitaria pública se extiende a la totalidad de la población (aspecto que no concuerda con el sistema americano).

La **solidaridad** es también un aspecto característico de nuestro sistema sanitario, es decir, las contribuciones de los ciudadanos se calculan en función de sus rentas. Además, se tendrá acceso a la atención sanitaria dependiendo del grado de necesidad de cada paciente. Otro aspecto relacionado con éste último es la **equidad** en el sistema en cuanto al acceso a las prestaciones sanitarias.

En este punto debemos realizar un comentario acerca de la accesibilidad y la disponibilidad de los servicios. Un determinado servicio (sanitario o de cualquier otro tipo) no podrá ser accesible a menos que éste se encuentre disponible, sin embargo que dicho servicio se encuentre disponible no significa que necesariamente sea accesible para la población. Por lo tanto, no se deben confundir los términos disponibilidad y accesibilidad. En cuanto a política sanitaria el gobierno deberá centrar sus esfuerzos en conseguir una buena accesibilidad, ya que como hemos visto no es suficiente únicamente que los servicios estén disponibles. La equidad a la que nos referimos es a la equidad en cuanto a la distribución de recursos, es decir, que no se produzcan diferencias significativas o incluso discriminaciones por cuestiones geográficas.

Otro de los rasgos más significativos del sistema es su **financiación**, la cual es completamente pública mediante los ingresos del Estado desde el año 1999. El punto de partida fue la modificación del sistema de financiación de la sanidad introducida en la Ley de Presupuestos Generales del Estado para 1989. Ésta asegura el derecho de todos los ciudadanos a la asistencia sanitaria, aspecto que también es recogido en la Ley General de Sanidad.

La **integración y coordinación** es otra de las características del sistema de sanidad español. En un dispositivo asistencial único se dará la coordinación e integración de la totalidad de los recursos sanitarios públicos disponibles. De este modo se consigue un sistema eficaz y que además posee coherencia.

Además de ofrecer asistencia sanitaria, el sistema español trata de realizar lo que podríamos denominar "**sanidad preventiva**", a través de instrumentos tales como las políticas de prevención de enfermedades y políticas de promoción de la salud, **prestaciones médicas y prestaciones farmacéuticas**.

Por último cabe destacar la descentralización de la asistencia sanitaria en las Comunidades Autónomas, dotándolas de este modo de mayor grado de autonomía en esta materia. Dicha descentralización se fue adoptando de forma progresiva, hasta diciembre del año 2001, momento en el cual la descentralización de los servicios de salud era del cien por cien.

3.1.3. PRESTACIONES DEL SISTEMA

Las actuales prestaciones del Sistema Nacional de Salud fueron expuestas en el Real Decreto 63/1995. Éstas serán enunciadas a continuación:

- en el actual Sistema no se exigirá un examen previo del estado de salud de la

persona para tener derecho a dichas prestaciones.

- La asistencia se extiende a todo el Estado, incluso a otros países si existe convenio de reciprocidad.
- No existe periodo de carencia respecto al acceso a ninguna de las prestaciones.
- Las hospitalizaciones por razones médicas o quirúrgicas estarán aseguradas. Las hospitalizaciones se extenderán hasta el momento del alta, no importando el tiempo de la estancia en el hospital, otras estancias en el año u otras situaciones análogas.
- Los usuarios de los servicios sanitarios no contribuyen al coste de éstos cuando se producen. Es importante en este punto el término de la **transferencia**. Una transferencia es una corriente unidireccional, en este caso de dinero. En la transferencia no existe una contrapartida, un segundo flujo. Por lo tanto, podemos decir que el Sistema Sanitario Español funciona fundamentalmente mediante transferencias, ya que los usuarios no desembolsan el dinero en el momento en que la asistencia sanitaria se produce, sino que han contribuido previamente a través de transferencias.

Respecto a este hecho existen algunas excepciones: los medicamentos prescritos a nivel ambulatorio y en el caso de pacientes en estado de activos, se abonará el cuarenta por ciento del precio del fármaco. También en el caso de pacientes con enfermedades crónicas, VIH, entre otros, realizarán un pago reducido equivalente al diez por ciento del importe del medicamento, teniendo un desembolso máximo de aproximadamente 2,64€.

Los pacientes hospitalizados y las personas pensionistas no pagarán en ningún caso el importe correspondiente a los medicamentos consumidos.

- Además de la asistencia sanitaria existirán otras prestaciones complementarias ofrecidas a los pacientes: oxigenoterapia en casa del enfermo, ortoprótesis (a excepción de las dentales y ortodoncia), transporte, entre otros.

Dentro de las prestaciones ofrecidas por el sistema las habrá completamente financiadas por el Sistema y otras no financiadas. Entre las financiadas encontramos la medicina general y la asistencia de todas las especialidades en régimen ordinario y de urgencia, tratamientos y estancias hospitalarias, con su correspondiente tratamiento farmacéutico y/o prótesis, otras prestaciones tales

como prótesis, vehículos para personas inválidas, rehabilitación y los mencionados anteriormente (en el punto anterior).

Otras prestaciones no serán financiadas por el Sistema, como es el caso de la asistencia dental. Sin embargo, cabe destacar que el Sistema estará abierto a introducir nuevas prestaciones, ayudando a este hecho los progresivos avances técnicos y médicos.

3.2. LA SANIDAD EN LA COMUNIDAD VALENCIANA

3.2.1. LA AGENCIA VALENCIANA DE SALUD

Durante los últimos años, tal y como se cita en el artículo La Agencia Valenciana de Salud, de Manuel Cervera Taulat, el sistema sanitario en la Comunidad Valenciana ha sufrido numerosos y profundos cambios, culminando con la creación de la Agencia Valenciana de Salud, la cual tuvo su origen en la Ley 3/2003 del 6 de febrero, de Ordenación Sanitaria de la Generalitat Valenciana (LOS). La AVS puede ser considerada como el eje principal sobre el cual se establece la organización de los servicios sanitarios públicos en nuestra comunidad, siendo su función fundamental la coordinación de las entidades administrativas con responsabilidades en el campo sanitario.

La Agencia es un organismo autónomo de la Generalitat, de carácter administrativo, con personalidad jurídica propia, la cual se encuentra adscrita a la Conselleria de Sanidad.

El decreto 25/2005 del 4 de febrero del Consell de la Generalitat establece los estatutos que regulan la Agencia. A través del citado decreto, se establece la estructura y su normativa de funcionamiento. Podemos establecer que el sistema valenciano de sanidad queda estructurado en tres niveles, tal y como detallamos a continuación:

1. Conselleria de Sanidad

Órgano cuya función es la dirección así como la ejecución de las políticas en materia de sanidad del Consell de la Generalitat. Algunos de los principales aspectos de los que se ocupa la Conselleria de Sanidad son los siguientes:

- Ordenación territorial y planificación de los recursos sanitarios dentro de la Comunidad Valenciana
- Autorización, inspección y control de cualquier servicio sanitario

- Deber de garantizar las necesidades de salud pública de la población, procurando la intervención de todos los agentes
- Establecimiento de las políticas de protección de la salud, fijando sus directrices y sus líneas de acción

2. La Agencia Valenciana de Salud

Como hemos citado anteriormente, su objetivo es la correcta gestión del sistema de salud en la Comunidad Valenciana y la prestación de servicios sanitarios en su territorio. Entre sus funciones destacamos:

- Fijar los correspondientes convenios, acuerdos y conciertos para llevar a cabo la prestación de los servicios sanitarios, ejerciendo una adecuada utilización de los recursos sanitarios públicos disponibles, considerando su escasez, barajando la posibilidad de integrar fórmulas de gestión compartida entre organizaciones públicas y privadas.
- Coordinación de todos los recursos sanitarios públicos y agentes que integran el sistema de salud valenciano.
- Estudio de nuevos modelos organizativos para conseguir de forma progresiva una gestión más efectiva y eficiente de la asistencia y servicios sanitarios. Es el caso, por ejemplo, del desarrollo de nuevas fórmulas de organización como son las unidades de gestión clínica o las áreas clínicas.

La AVS se basa, por un lado, en una estructura central, y por otro, en una estructura periférica, la cual está formada por los denominados departamentos de salud. El sistema de central de la Agencia está formado por diferentes órganos centrales:

- El Consejo de Administración
- El Consejo de Salud de la Comunidad Valenciana
- El Director Gerente
- Los órganos de gestión (6 direcciones generales)

3. Los Departamentos de Salud

El sistema de salud en la Comunidad Valenciana se estructura a través de los denominados departamentos de salud, es decir, las áreas de salud establecidas en la Ley General de Sanidad. Dichas demarcaciones geográficas a efectos sanitarios constituyen el marco para el desarrollo y la integración de los programas de promoción y protección de la salud, prevención, curación y rehabilitación.

Tal y como hemos explicado, el esquema del sistema sanitario en la Comunidad Valenciana sería el expuesto a continuación:

Figura 1: *Esquema del sistema sanitario en la Comunidad Valenciana*



Fuente: Elaboración propia. Información extraída del artículo La Agencia Valenciana de Salud, Manuel Cervera Taulet

3.2.2. SITUACIÓN ACTUAL DE LA SANIDAD EN LA COMUNIDAD VALENCIANA

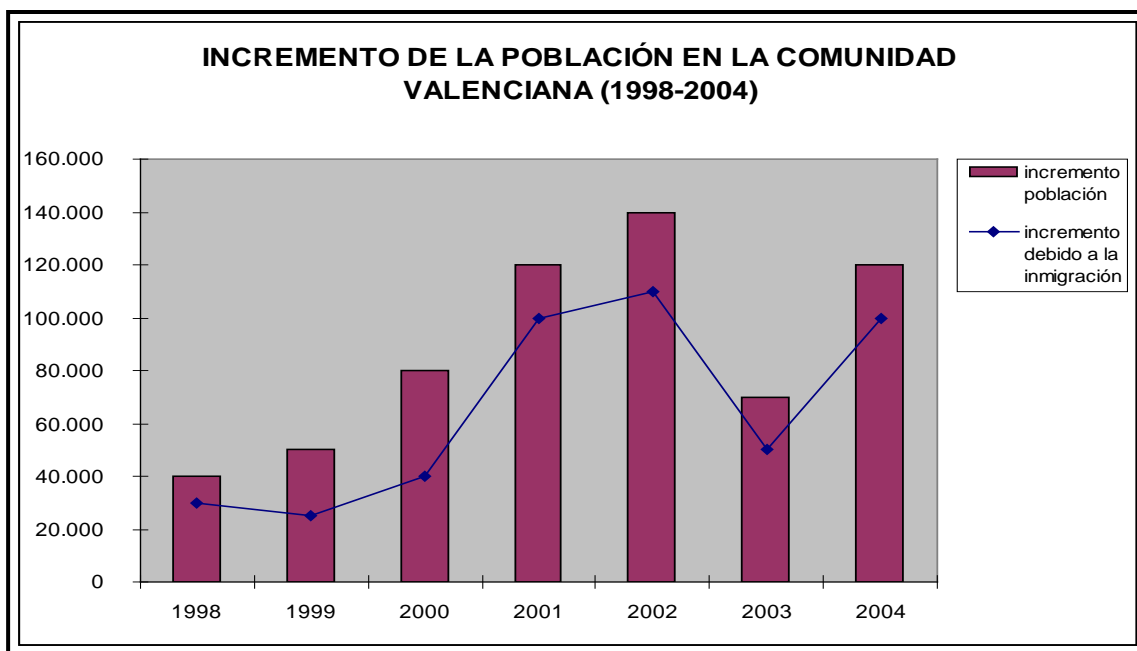
Las condiciones y características de la población en la Comunidad Valenciana han experimentado notables cambios a lo largo de los últimos años. Estos cambios han influido de forma directa en el sistema de salud valenciano, pues ni la cantidad de personas, ni las necesidades sanitarias de éstas son las mismas. Los cambios a los que se debe hacer frente pueden estructurarse en dos directrices como analizaremos seguidamente.

a) CAMBIOS EN LA DEMANDA

La población de la Comunidad Valenciana durante los últimos diez años ha experimentado cambios tanto cuantitativos como cualitativos.

En cuanto al incremento de la población, podemos decir que a lo largo de los últimos siete años ésta ha aumentado en un 17%. Si hablamos en valores absolutos se trata de aproximadamente 650.000 personas más que poseen los mismos derechos en cuanto a materia sanitaria se refiere. Además, la principal causa de este incremento reside en el aumento de la inmigración: el 72,5% del crecimiento de la población se debe a este fenómeno, de hecho, este colectivo ha pasado de 102.000 a 573.000 habitantes, tal y como queda plasmado en el gráfico siguiente:

Gráfico 1: *Incremento de la población valenciana (1998-2004)*

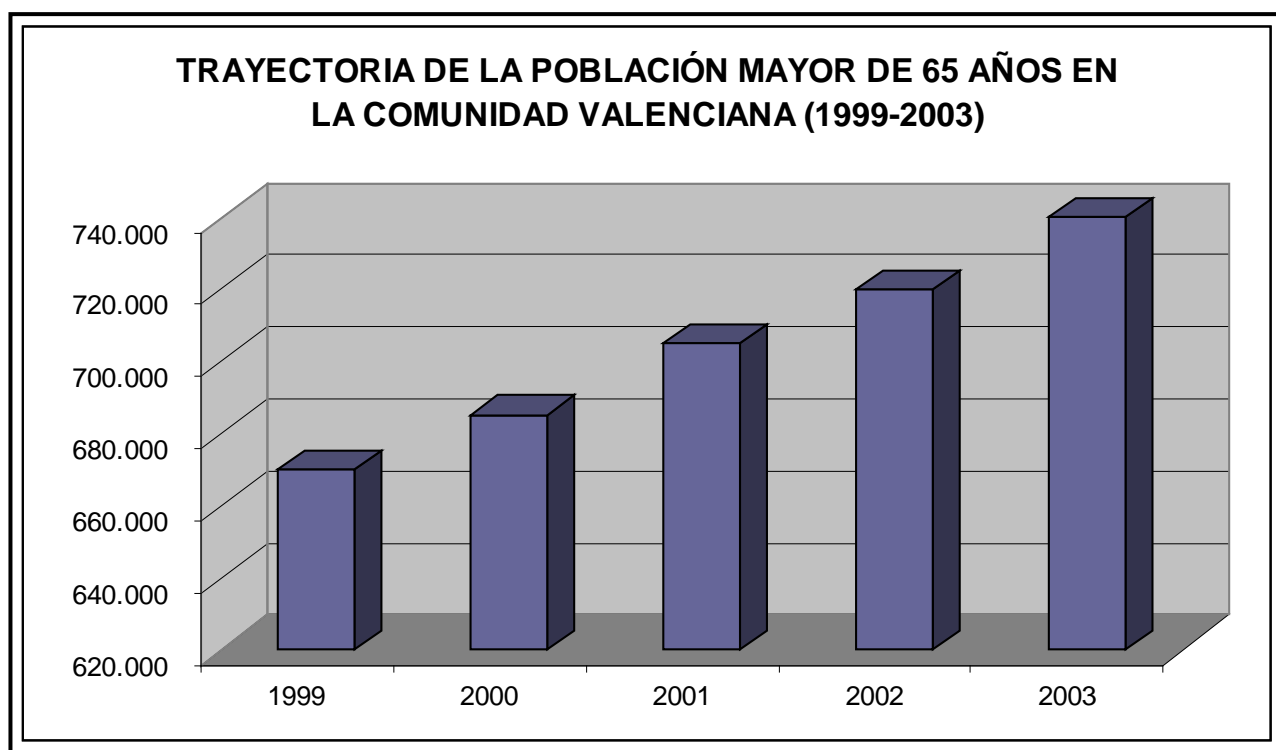


Fuente: Elaboración propia. Información extraída del artículo La Agencia Valenciana de Salud, Manuel Cervera Taulet.

Paralelamente, se debe hacer frente a otro importante fenómeno: el envejecimiento progresivo de nuestra población. Podemos considerar que este hecho se debe a una mejora en la calidad de vida y bienestar de la población, así como a la mejora en la asistencia sanitaria y a los avances médicos conseguidos durante las últimas décadas. Estamos ante una sociedad con más recursos cuyos ciudadanos están mejor informados. Un mayor nivel socioeconómico crea mayores expectativas de calidad, sin embargo también origina una mayor predisposición al consumo de bienes y servicios de cualquier tipo, incluidos los de carácter sanitario.

Seguidamente presentamos una gráfica en la cual queda representada la evolución de las personas mayores de 65 años:

Gráfico 2: *Trayectoria de la población mayor de 65 años en la Comunidad Valenciana (1999-2003)*



Fuente: Elaboración propia. Información extraída del artículo La Agencia Valenciana de Salud, Manuel Cervera Taulet

Sin embargo, esta situación lleva asociados otros factores que influyen de forma directa en el sistema sanitario y en el presupuesto asociado al mismo:

- El número de personas dependientes en nuestra comunidad ha incrementado de forma sustancial, de hecho, según datos del Instituto Nacional de Estadística, el porcentaje de personas con dependencia grave se ha incrementado en un 8% en el período comprendido entre 1999 y 2002. Una de las consecuencias más directas de esta situación es la tendencia creciente en la frecuentación de los servicios sanitarios.
- En el caso concreto de los ingresos hospitalarios, desde 1995 éstos han crecido un 30,5%, lo que se aproxima al doble del crecimiento de la población.
- Las intervenciones quirúrgicas y las urgencias del mismo modo presentan una tendencia claramente crecientes, esperándose que esta tendencia se mantenga en el futuro, ya que si comparamos estas variables con las de otros países con cotas de desarrollo económico similares a la nuestra encontramos que todavía nos situamos lejos de sus niveles.

En conclusión: la demanda de servicios sanitarios se ha incrementado debido al efecto conjunto del incremento de la población y del envejecimiento progresivo de la misma, lo que lleva asociado un aumento en las tasa de utilización de los servicios asistenciales. La principal forma de hacer frente a este hecho es el incremento de la eficiencia del sistema sanitario valenciano, sin embargo, será necesario el tomar otras medidas, ya que en un futuro la sostenibilidad del sistema puede verse en peligro.

b) CAMBIOS EN LA OFERTA Y EN LA ORGANIZACIÓN

La situación actual de la oferta sanitaria se caracteriza por una progresiva disminución de los cuidados de hospitalización. Paralelamente, otros servicios, como es el caso de la actividad ambulatoria, están experimentando un notable aumento en los últimos años. Esta situación es positiva en cuanto al control de los costes sanitarios, ya que la ambulatorización de procesos es considerada un estabilizador del gasto sanitario. Con este tipo de procesos el consumo de recursos es inferior (menor tiempo de estancia en los centros sanitarios por parte del paciente, menor consumo de tiempo en cuanto a recursos humanos, entre otros). Este aspecto es una realidad, sin embargo si nos comparamos con otros países, como por ejemplo EEUU, podemos considerar que todavía nos queda un margen de mejora importante.

Además de este nuevo hecho, podemos destacar otros rasgos de la oferta sanitaria actual:

- La importancia relativa de las camas de media y larga estancia es cada vez mayor, aspecto que se refleja en los nuevos planes de inversión de la Agencia Valenciana de Salud.
- Otra respuesta a las nuevas necesidades de la demanda consiste en la asistencia y hospitalización domiciliaria, la cual constituye uno de los principales retos para la sanidad valenciana. De hecho, existe un plan de mejora de la atención domiciliaria, el cual introduce un modelo integrado de atención en el domicilio del paciente. Uno de los objetivos más importantes es el conseguir cubrir las necesidades en este ámbito de más del 50% de la población en la Comunidad Valenciana hasta 2007 (en términos absolutos este hecho se traduce en atender, de forma aproximada, a 45.000 pacientes y a sus respectivos cuidadores).

En cuanto a los cambios en la organización de la sanidad valenciana, la Generalitat está introduciendo nuevas medidas e iniciativas para mejorar tanto la calidad de los servicios asistenciales como la eficiencia en la producción de los mismos. Algunas de estas nuevas medidas son las siguientes: inversión en tecnologías de la información y comunicación (TIC), inversiones en nuevas infraestructuras, acondicionamiento, mejora y ampliación de las ya existentes, colaboración con el sector privado a través del instrumento de las concesiones administrativas (al cual dedicaremos un punto de nuestro estudio más adelante), el desarrollo y mejora formativa de los recursos humanos, entre otros.

3.2.3. RESPUESTA A LA SITUACIÓN ACTUAL DE LA SANIDAD VALENCIANA

Ante la situación descrita la Agencia Valenciana de Salud viene desarrollando determinados proyectos con el fin de adaptar la organización y los servicios sanitarios a las nuevas características y necesidades de la población, entre los cuales destacamos los siguientes:

- Sistema de financiación capitativa
- Introducción de las concesiones administrativas como forma de gestión de algunos de los centros de la Red de Hospitales de la Comunidad Valenciana.

- Desarrollo de los denominados acuerdos de gestión con los departamentos de salud, así como de forma interna en cada centro hospitalario como analizaremos más adelante en el caso del Consorcio Hospital General Universitario de Valencia.
- Aplicación de sistemas de diferenciación retributiva del personal sanitario, sistemas que, como analizaremos más adelante, se utilizan de forma general en otros países como es el caso de EEUU.
- Construcción de nuevas infraestructuras sanitarias, a través del plan “Construyendo Salud”.

En el aspecto organizativo, dos retos destacan sobre todos: en primer lugar, el establecimiento de un modelo estructurado en el cual exista relación y flujos de información bidireccionales y continuos entre los servicios centrales y cada uno de los departamentos de salud. En segundo lugar, podemos destacar la necesidad de un plan de acción específico en cuanto a la docencia e investigación, debido, en gran medida, a su importancia relativa en términos de coste y en el desarrollo del sistema sanitario.

3.2.4. PERSPECTIVAS DE FUTURO

Existen determinadas estrategias de intervención que desde la Agencia Valenciana de Salud se están planteando y que serán desarrolladas a lo largo de un periodo de tiempo considerable, puesto que exigen un horizonte temporal más extenso, presentan cierto grado de complejidad para ser desarrolladas y necesitan de un periodo de maduración, así como para evaluar y valorar sus resultados. Algunas de estas estrategias ya han comenzado a ser desarrolladas.

a) Desarrollo institucional

Para que las nuevas directrices propuestas por la AVS surtan efecto es necesario un modelo organizativo que permita llevar a cabo estas políticas. De forma adicional se deberán implantar nuevas herramientas de gestión que además posibiliten la adecuada comunicación y coordinación entre los departamentos de salud y los servicios centrales.

1. Acuerdos de gestión

Los acuerdos de gestión son pactados anualmente por todos los departamentos de salud y centros de carácter supradepartamental. En estos acuerdos quedan fijados los objetivos globales para cada año. Para el establecimiento de los acuerdos de gestión y de los objetivos a alcanzar se considerarán diversos factores, como la trayectoria a lo largo

del tiempo de los centros o la situación relativa con respecto a otros centros con características semejantes.

El acuerdo de gestión es una herramienta estratégica que también es utilizada de manera interna en los centros hospitalarios. A través de ellos se establecen los objetivos a alcanzar por los departamentos de los hospitales, fijando determinados indicadores y variables a través de los cuales se puede medir la consecución de los mismos, y finalmente evaluando si realmente han sido alcanzados.

2. *Financiación capitativa*

Recientemente la Conselleria de Sanidad decidió implantar un nuevo modelo de financiación con el objetivo de realizar una mejor y más eficiente asignación de los recursos y promover la colaboración entre los diferentes actores dentro del sistema sanitario.

El nuevo sistema de financiación, implantado desde el año 2005, además de los objetivos citados persigue los siguientes aspectos:

- a. Llevar a cabo una distribución equitativa de los recursos
- b. Incrementar la eficiencia global del sistema sanitario
- c. Implantar y extender la idea de una asistencia integral y preventiva
- d. Conseguir una oferta sanitaria dinámica y flexible con el fin de adaptarla a las nuevas necesidades de los usuarios

El sistema de financiación capitativa resulta de gran utilidad para el control del gasto sanitario. Sin embargo, desde la Agencia Valenciana de Salud se defiende que el nuevo modelo de financiación no sólo se limita al control del gasto y a una distribución más equitativa de los recursos. Según Miguel Cervera Taulet, *“el modelo de financiación capitativa constituye además un potente motor de cambio de la organización y la oferta asistencial en la Comunidad Valenciana, actuando como palanca para promover el desarrollo de una asistencia integral y alinear las formas de provisión sobre las necesidades de la población, dando, por tanto, cobertura también a los dos objetivos mencionados”*.

Dentro del sistema de financiación capitativa debemos destacar un concepto básico: la facturación intercentros. Ésta tiene lugar cuando tienen lugar flujos de pacientes entre los diferentes departamentos de salud anteriormente mencionados. De esta forma, el dinero “persigue al paciente”. Otra de las ventajas de este sistema consiste en que el paciente en

todo momento puede elegir en qué centro desea ser atendido, lo que ofrece gran flexibilidad al sistema.

El desarrollo de los sistemas de información también desempeña un papel básico, ya que se precisan aplicaciones cada vez más potentes con el fin de tratar todos los flujos de datos que se generan con el nuevo modelo de facturación. Este aspecto será explicado más adelante.

3. Gerencia única

Con el fin de conseguir una mejor gestión de cada uno de los departamentos de salud, éstos presentan un modelo de gerencia única, responsable de forma conjunta tanto de la Atención Primaria como de la Atención Especializada, centrándose en las necesidades asistenciales de la población englobada en cada departamento de salud.

De esta forma los gerentes de los departamentos pueden realizar una asignación de los recursos variable, es decir, las necesidades en cuanto a asistencia primaria y especializada dependiendo de los departamentos puede ser diferente, ya que la población presentará unas características particulares (demográficas, hábitos de consumo, alimentación, entre otros). Este aspecto dota de autonomía a los departamentos, permitiéndoles una mayor flexibilidad a la hora de adaptar la oferta asistencial a las necesidades de la población.

b) Desarrollo de la oferta a través de nuevos instrumentos asistenciales

1. Concesiones administrativas

Las concesiones administrativas consisten en contratos a través de los cuales una empresa privada se hace cargo de la prestación de un servicio público. La Comunidad Valenciana fue la primera en la aplicación de esta tipología de contrato con el Hospital de la Ribera a partir de 1999, con un sistema de retribución de base capítativa, aunque únicamente en el caso de la asistencia especializada (la figura de la concesión administrativa será analizada de manera más detallada en capítulos posteriores).

Desde algunos sectores se ha apuntado que el instrumento de las concesiones administrativas sólo resulta útil para aplazar el pago de las infraestructuras sanitarias. Sin embargo, si consideramos que el coste de funcionamiento de un hospital asciende aproximadamente a 2,5 veces el coste de construcción, este coste supone una mínima parte del coste total de un centro. Además de este aspecto, las concesiones administrativas llevan asociadas determinadas ventajas. En primer lugar, se transfiere el

riesgo al concesionario completamente, adicionalmente se consiguen cotas de eficiencia más altas, así como los incentivos al personal. De este modo, se actúa sobre los costes de funcionamiento del hospital que, como ya hemos mencionado anteriormente, constituyen la mayor parte del coste total de un centro.

La Conselleria de Sanidad ha ido expandiendo este modelo de prestación de servicios sanitarios: en el área 20 con el Hospital de Torrevieja, en el área 12 con el Hospital de Denia. Adicionalmente se ha establecido una cuarta concesión para el Hospital de Manises (Especializada y Primaria l'Horta Manises).

2. Construyendo salud

“Construyendo salud” es el programa central para la construcción de nuevas infraestructuras asistenciales y la adecuación y ampliación de algunas de las ya existentes. Las características principales del programa son las expuestas a continuación (datos ejercicio 2006):

- El número total de actuaciones en centros de Atención Primaria asciende a 124.
- Se han construido 13 nuevos hospitales.
- Se han creado 946 camas sociosanitarias.
- Existen 3.231 nuevas camas en hospitales de agudos.
- Incremento del número de habitaciones individuales en la mayoría de los centros de nuestra comunidad.
- Aumento de los profesionales sanitarios en 5.445 nuevos puestos.
- Por último, el coste estimado del programa para el período 2005-2008 asciende a 1.100 millones de euros.

c) Desarrollo de los sistemas de información

La Conselleria está llevando a cabo una fuerte inversión en sistemas de información, con el fin de lograr aplicaciones cada vez más sofisticadas, y al mismo tiempo una mayor interconexión entre las mismas.

Las principales aplicaciones son el Abucasis II, Cordex, Orion, Cobra, Ciro y Compas. Este último, a través del cual se vuelcan los datos referentes a costes de todos los hospitales de la Red de Hospitales de la Comunidad Valenciana, será objeto de estudio cuando tratemos el Servicio Económico-Administrativo del Consorcio Hospital General Universitario de Valencia.

En el caso del Abucasis II, actualmente permite obtener la historia clínica electrónica única y compartida del paciente en el ámbito ambulatorio, tanto para la Asistencia Primaria como Especializada, permitiendo una mayor integración asistencial.

En conclusión, estas aplicaciones permiten desarrollar de forma más eficiente los procesos asistenciales, posibilitando los flujos de gran volumen de datos y haciendo más rápida y fácil la obtención de la información necesaria por parte de los centros.

d) Gestión de los recursos humanos

El coste más importante dentro del sistema sanitario es el de mano de obra, ya que la actividad asistencial es muy intensiva en personal. Por ello, la gestión de los recursos humanos será importante por tres motivos fundamentales: el primero consiste en el control del gasto sanitario, el segundo en la efectividad y eficiencia de la sanidad valenciana, y por último, la calidad en los servicios sanitarios depende en gran medida del grado de preparación y experiencia de los recursos humanos.

En consecuencia, la Conselleria de Sanidad viene desarrollando diferentes medidas para mejorar la gestión del personal sanitario, de las cuales destacaremos dos: la introducción de la diferenciación retributiva, el diseño de las carreras profesionales y la figura de los autoconcertos.

1. Implantación de las diferencias retributivas

Durante el ejercicio 2004 se introdujo el complemento de productividad variable con el fin de establecer una diferenciación retributiva del personal sanitario, en función del cumplimiento de determinados objetivos de eficiencia y calidad que fueron pactados de forma previa a través de los denominados acuerdos de gestión para cada uno de los departamentos de salud. Para el ejercicio 2005 se siguió aplicando este modelo y se introdujeron algunas mejoras. Actualmente las diferencias retributivas son aplicadas en todas las categorías profesionales.

Dicho modelo retributivo viene determinado por una serie de principios que detallaremos seguidamente:

- **Equidad:** los niveles de exigencia se fijan en función de la situación de partida de cada centro, servicio y grupos de profesionales, considerando adicionalmente la evolución histórica y la situación actual en el momento de fijar los objetivos a alcanzar.

- **Consistencia:** el modelo está dotado de gran consistencia, ya que los objetivos de cada centro, departamento y servicio se encuentran alineados y son consecuentes unos con otros.
- **Participación:** los objetivos serán comunicados a todos los niveles, así como pactados por los responsables de cada nivel (departamentos de salud, centros, unidades, y por último profesionales dependientes).
- **Proporcionalidad:** la retribución siempre será función del grado de consecución de los objetivos estratégicos.
- **Objetividad:** para todos los objetivos deberá ser posible evaluar el grado de cumplimiento a través de determinados indicadores y variables.
- **Corresponsabilidad:** la actuación de los empleados no se evaluará de forma aislada, sino de forma conjunta en su respectiva unidad. Posteriormente el desempeño de dicha unidad será valorado de forma conjunta con las otras unidades del centro. Por último, se evaluará el trabajo de todos los centros con el fin de obtener el resultado global de cada departamento de salud.
- **Transparencia:** los criterios utilizados para determinar la consecución de los objetivos serán conocidos por los profesionales. Por lo tanto, estos podrán en todo momento orientar o cambiar su comportamiento y acciones.

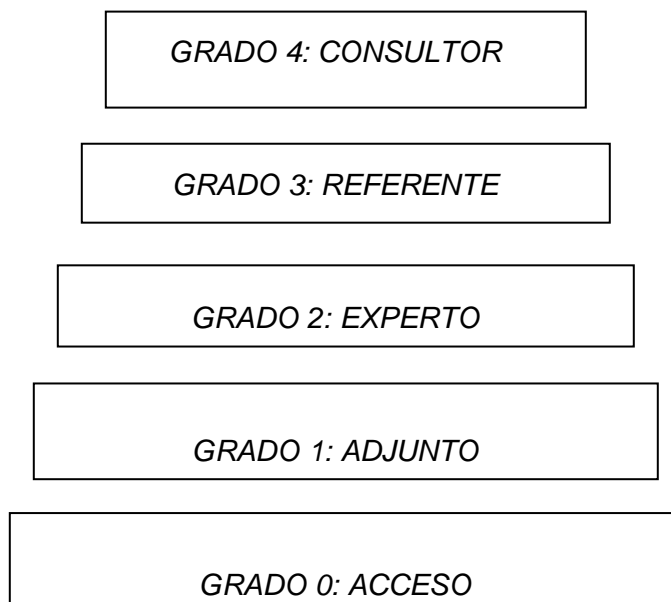
A pesar de que el modelo de retribución diferenciada es reciente en nuestro sistema de salud, en otros países, como en el caso de EEUU, es un sistema que se viene aplicando desde hace años con el fin de incentivar al personal sanitario e incrementar de este modo tanto la eficacia como la calidad en su asistencia sanitaria. Este aspecto lo veremos en el apartado dedicado a la gestión de los Recursos Humanos en *UNC Hospital*.

2. Carrera profesional

Recientemente se ha implantado en la Comunidad Valenciana un sistema de carrera profesional destinado a los licenciados y diplomados, el cual queda incluido en los artículos 6 y 7 de la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias. Este sistema nació a partir del acuerdo entre la Conselleria de Sanidad y los grupos sindicales con representación en la mesa sectorial de sanidad. Además, se adquirió el compromiso de extender el modelo al resto de trabajadores de la sanidad valenciana.

La carrera profesional se considera irreversible y queda estructurada en cinco grados en función de los conocimientos, experiencia y cumplimiento de objetivos:

Figura 2: *Esquema de la carrera profesional*



Fuente: Elaboración propia. Información extraída del artículo La Agencia Valenciana de Salud, Manuel Cervera Taulet

Para pasar de un nivel a otro se requerirá permanecer un mínimo de tiempo en el grado anterior, así como haber cumplido ciertos requisitos referentes a cuatro áreas diferentes: actividad asistencial, adquisición de conocimientos, actividad docente e investigadora, y por último el grado de compromiso con la organización, tal y como veremos en la tabla adjunta a continuación.

Tabla 2: *Requisitos para la promoción entre niveles dentro de la carrera profesional*

	G1	G2	G3	G4
Años nivel anterior	5	5	6	6
Actividad asistencial	70	65	60	55
Permanencia grado anterior	50	45	48	42
Valor año cumplidos objetivos	10	9	8	7
Valor año no cumplidos objetivos	5	5	4	4
Media 3 mejores años	20	20	12	13
Formación	10	10	5	5
Docencia e investigación	10	10	15	20
Compromiso con la organización	10	15	20	20
TOTAL	100	100	100	100
MÍNIMO	50	55	60	65

Fuente: Elaboración propia. Información extraída del artículo La Agencia Valenciana de Salud, Manuel Cervera Taulet.

3. *Autoconciertos*

El programa de autoconciertos en la Comunidad Valenciana se puso en funcionamiento durante el ejercicio 2005. Este programa consiste en que los profesionales que muestran mayor eficiencia en la gestión de las demoras en las listas de espera, ofreciendo un mayor rendimiento, tengan la posibilidad de poder realizar intervenciones quirúrgicas en jornada de tarde, teniendo su correspondiente retribución económica.

3.3. CASO APLICADO: CONSORCIO HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE VALENCIA

3.3.1. INTRODUCCIÓN: ORIGEN Y EVOLUCIÓN DEL CONSORCIO HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE VALENCIA

El origen del Hospital General Universitario de Valencia tuvo lugar el 24 de febrero de 1409. El Padre Fray Juan Gilabert Jofré planteó la idea de llevar a cabo un hospital donde cualquier persona desprovista de asistencia pudiera ser acogida. Esta idea agradó a un escribiente de aquella época, cuyo nombre era Salom, y buscó el apoyo de diferentes mercaderes para trasladar dicha propuesta al rey Martín el Humano. El rey posteriormente contribuyó en el proyecto ofreciendo su consentimiento a la realización de las obras y su apoyo.



Fue durante el siglo XV cuando surgió la necesidad de que Valencia tuviera un hospital que correspondiera a la importancia que la ciudad estaba adquiriendo a nivel económico y cultural. Esta circunstancia originó un proceso de racionalización de la red sanitaria municipal, lo que llevaría a la unificación de los diversos hospitales de la ciudad de Valencia. Los costes que se soportaban por el mantenimiento de los diferentes centros llevaron a la creación del Hospital General, el cual unificaría a los principales centros sanitarios de Valencia, como era el caso del Hospital de la Reina o el de la Leprosaría de San Lorenzo. Otros centros de menor envergadura no se consideraron en dicha unificación.

Finalmente se produjo la elaboración de los documentos que certificaban dicha unificación, teniendo lugar la confirmación después del acuerdo del 30 de octubre de 1512. Por lo tanto, este periodo debe ser destacado como el más decisivo en la creación y consolidación del Hospital General de Valencia.

En ese momento se comenzó a constituir un centro, con sus bienes, servicios y donativos con mayor firmeza y poder tomando como base el centro que previamente se había comenzado a construir, partiendo de este hecho la denominación de “general”. De esta

manera el centro se abre camino hacia un nuevo modelo de asistencia sanitaria renacentista, siendo un centro independiente y laico, donde la nobleza y el clero no tomaron parte en la gestión del mismo, siendo la burguesía urbana la que se ocupó de ésta. En toda la trayectoria experimentada por el centro se aprecia una sensibilidad especial por los colectivos más necesitados y desfavorecidos.

El siglo XVII puede considerarse como un periodo de calma, en el cual el nivel científico fue creciendo de forma progresiva, en la Escuela de Medicina así como en el unificado Hospital General. Un ejemplo de ello es el siguiente hecho: existen documentos en los que queda constatado que en 1611 tuvo lugar una reforma del anfiteatro anatómico-quirúrgico (era la base material del Estudio General o Facultad de Medicina), siendo en otras ciudades europeas la construcción de estas infraestructuras más tardía, por ejemplo, el primero que fue construido en París data del año 1694. Durante el siglo XVIII el Hospital General continuó con su consolidación.

Diferentes modelos de gestión y organización han caracterizado al Hospital General durante toda su evolución. A comienzos del siglo XIX finalmente se clasificó a estas instituciones como pertenecientes a la Administración Pública, habiendo transcurrido previamente un largo periodo de indeterminación legal.

Fue en el año 1838 cuando por disposición del Gobierno los centros y asilos, que hasta ese momento habían estado a cargo de los ayuntamientos, quedaron bajo la supervisión de las juntas municipales de Beneficencia. Así mismo, las instituciones de carácter provincial comenzaron a depender de las diputaciones, razón por la cual el Hospital General de Valencia en el año 1849 pasó a estar bajo la inspección de la Diputación, y adquiriendo de este modo el nombre de Provincial.

En el periodo comprendido entre los años 1850 y 1974 el Hospital General Universitario de Valencia prestó asistencia sanitaria a ciudadanos desprovistos de cobertura de la Seguridad Social.

Del mismo modo la ubicación de Hospital durante su evolución ha variado. En el siglo XV el Hospital se encontraba ubicado en la calle Sagunto, lugar en el cual se encuentran la Biblioteca Municipal y el Museo Valenciano de la Ilustración y la Modernidad. En la actualidad éste se encuentra en la Avenida del Cid.



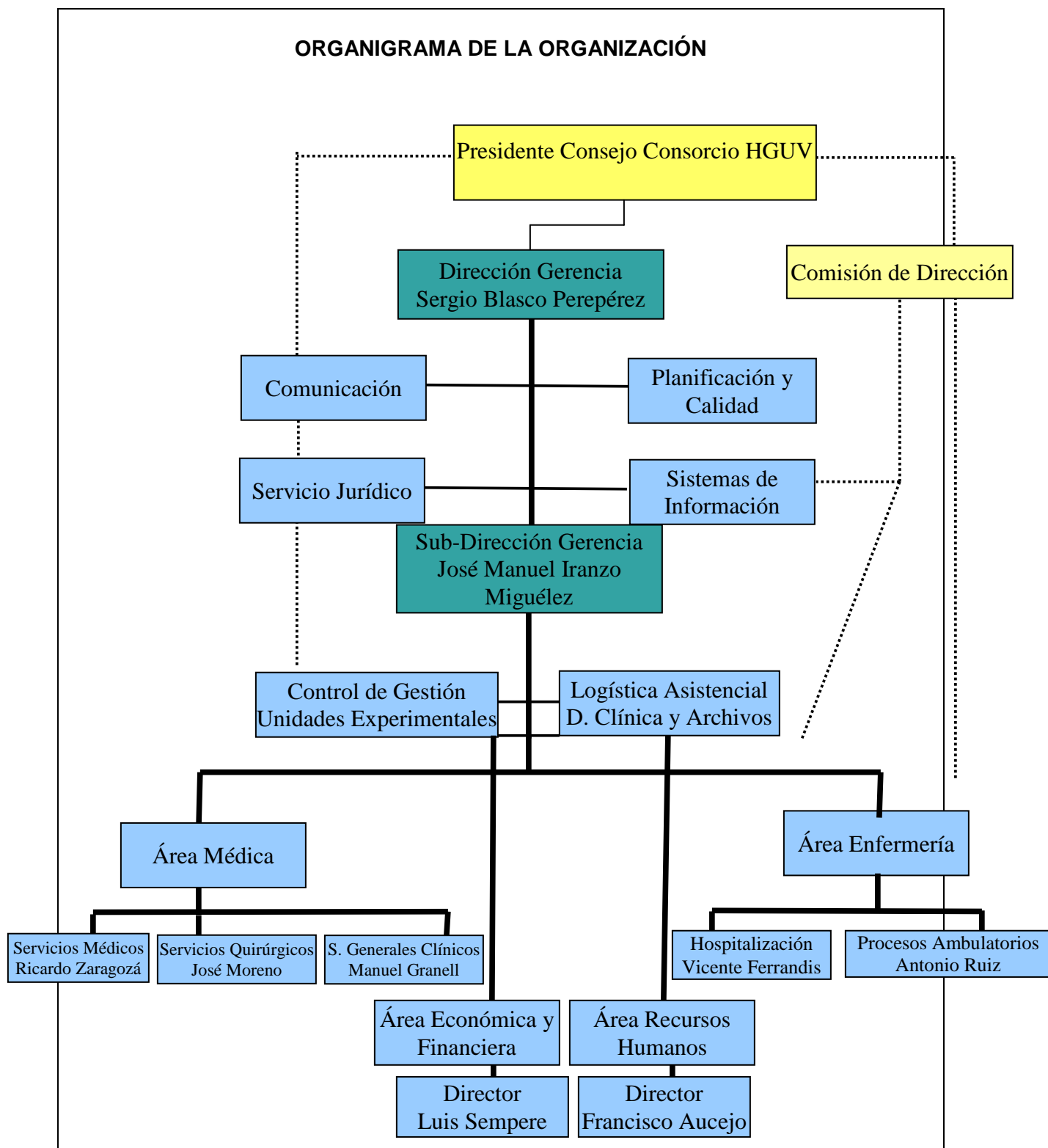
En cuanto a la relación del centro con la formación y los profesionales del medio, cabe destacar que históricamente ha sido considerado el núcleo de la Escuela Médica Valenciana y centro de referencia de todos los profesionales del sector sanitario público.

Actualmente, el éxito en la gestión de la sanidad pública recae en la capacidad de las organizaciones para la adaptación al cambio y la satisfacción de las necesidades integrales, sectoriales e individuales de los usuarios. Estos aspectos guardan estrecha relación con la idea principal del Hospital General de consolidarse como un centro con una organización y gestión autónomas.

Como conclusión, y considerando la necesidad de integración en la Red Sanitaria de la Conselleria de Sanitat de la Generalitat Valenciana por parte del Hospital General, se decidió optar por una fórmula de organización relacionada con los nuevos modelos de gestión. Es así como surge el proyecto de creación del Consorcio del Hospital General Universitario de Valencia. El Convenio de colaboración entre la Diputación de Valencia y la Conselleria de Sanitat de la Generalitat Valenciana fue aprobado en 1 de enero del año 2002 por el Consell de la Generalitat Valenciana y el Pleno de la Diputación de Valencia, permitiendo la creación de un consorcio para llevar a cabo la gestión del Hospital General Universitario de Valencia.

Una vez hecha esta breve introducción pasaremos a analizar las principales áreas del centro. Antes que nada, presentamos a continuación el organigrama del centro:

Figura 3: Organigrama del CHGUV



Fuente: Elaboración propia. Información extraída de documentación interna del CHGUV.

3.3.2. ÁREA DE CONTROL DE GESTIÓN

El área de Control de Gestión es una de las más importantes del Hospital. Sus tareas además de relevantes para el buen funcionamiento del centro, son de gran complejidad, ya éste área debe trabajar con magnitudes económicas, pero además estar en constante contacto con el resto de departamentos y servicios del Hospital. Como nos comentaba el personal del área, en ocasiones es complicado involucrar a los médicos que son los responsables de cada servicio en llevar un seguimiento de ciertos indicadores y de implicarse en la obtención de cierta información que es imprescindible para llevar a cabo una buena gestión del Hospital.

Dentro del área de Control de Gestión se desarrollarán, entre otras, las siguientes funciones:

- Control de las actividades de cada uno de los servicios del Hospital
- Control de los costes
- Seguimiento presupuestario del Hospital
- Llevar a cabo el Cuadro de Mando Integral del Hospital

Dos herramientas fundamentales para el área serán el Cuadro de Mando Integral y el Sistema de Información Económica (SIE), mediante el cual, y como veremos más adelante, se elaborará la contabilidad analítica del Hospital General.

Es también desde esta área donde se marcan determinados objetivos a conseguir, al igual que se realiza un seguimiento de éstos. Dentro de estos objetivos destacan dos de ellos. En primer lugar, la reducción de las listas de espera y de la demora media es el objetivo principal del Hospital General de Valencia.

Otro objetivo importante es el conseguir que la mayoría de las altas de pacientes se efectúen antes de la una de la tarde. Este aspecto es imprescindible para poder hacer el cálculo de las camas libres y con este dato poder programar las intervenciones que se podrán llevar a cabo al día siguiente. En la actualidad no ocurre así, teniendo algunas de las altas lugar incluso dos y tres horas después (alrededor del 10% según nos comentaba el personal del área).

Cuando alguno de los objetivos marcados no se alcanza de forma satisfactoria el área de Control de Gestión diseñará una línea estratégica para solucionar el problema con la máxima celeridad posible.

a) *El Cuadro de Mando Integral*

El Cuadro de Mandos del Hospital fue elaborado con la colaboración de la Universidad Politécnica de Valencia, con el profesor/doctor David Vivas Consuelo. El CMI puede ser considerado como un sistema de información por niveles, de gran utilidad para cualquier empresa. Es un instrumento que convierte la visión y la estrategia del Hospital General en objetivos operacionales que direccionan el comportamiento y la rentabilidad de éste y posibilita la comunicación de la estrategia a los empleados del centro y traducir esta estrategia en términos operativos, a través del establecimiento de objetivos e indicadores. El Cuadro de Mando Integral es necesario para que toda la organización ejecute o lleve a cabo de forma efectiva la estrategia y todos los departamentos y servicios del Hospital General se dirijan en una misma dirección. Por lo tanto el primer paso consistiría en la definición de la estrategia.

Cabe destacar la importancia de la fase de implantación de la estrategia, no sólo en el Hospital, sino en cualquier empresa. Con frecuencia en esta fase se experimentan dificultades. El CMI será un instrumento que facilitará la implementación de la estrategia como hemos dicho.

El cuadro de mando integral o *balanced score card* en el Consorcio, además de comunicar la estrategia, también será una herramienta que facilitará el plasmar cómo se está aplicando la estrategia del Consorcio mediante una serie de indicadores, mediante los cuales se podrá observar si la estrategia se está llevando a cabo eficazmente. Este control no se limita únicamente a los aspectos puramente financieros, abarcando también aspectos en cuanto a la gestión de pacientes, eficiencia en la gestión de camas o el coste relativo a cada GRD como veremos. Podemos decir que el CMI une el control de la gestión con los indicadores relacionados con la estrategia.

Se considera que el cuadro de mando integral posee cuatro perspectivas:

- *perspectiva de procesos*

Se deberán identificar los procesos más críticos con los que se satisfará al paciente, y se creará valor.

- *perspectiva de los clientes*

Se trata de evaluar si el Hospital está creando valor para sus clientes, es decir, si los pacientes están satisfechos con los servicios sanitarios recibidos y consideran que son de calidad

- *perspectiva de aprendizaje y crecimiento*

Hará referencia a los denominados activos intangibles del Hospital, como son las personas, su formación o la tecnología (esta última en ocasiones sí es tangible). Se trata de determinar qué debe hacer la organización para conseguir calidad en los procesos críticos.

- *perspectiva financiera*

Se compondrá de indicadores que facilitarán información sobre la solvencia, el seguimiento del presupuesto, gestión de pagos e ingresos, entre otros aspectos

El CMI no es una herramienta exclusiva de la alta Dirección del Hospital. Éste debe llegar a todos los servicios y departamentos. Es la Dirección y el Área de Control de Gestión quienes deberán fijar los objetivos, diseñar estrategias y acciones para acometerlos y diseñar indicadores que ayuden a evaluar si dichos objetivos han sido alcanzados. Por lo tanto, esta herramienta es un modelo de gestión que permite no sólo al Hospital, sino a cualquier organización, alinear las estrategias hacia la visión de la organización y traducirlas en objetivos claros que dirijan las iniciativas y actividades del personal, enfocándolo en la creación de valor añadido para la organización.

Como ya hemos citado, en el Cuadro de Mando intervendrán una serie de indicadores y asociados a ellos unas medidas objetivo, las cuales representarán la situación deseada por el Hospital. Las trayectorias o cambios experimentados por éstos servirán para evaluar la consecución de los objetivos fijados desde la Dirección y el Control de Gestión. Es importante que la relación entre el objetivo que se persigue y el indicador sea correcta, incluso que a partir de indicador se pueda identificar el objetivo. Los indicadores además deberán ser cuantificables o verificables, y preferiblemente repetitivos, es decir, que puedan realizarse diversas observaciones a lo largo del tiempo y no sean fenómenos esporádicos. Por ejemplo, para el servicio de Enfermería nos encontraremos con indicadores de la actividad como: úlceras por estar encamado, infecciones de orina, pacientes atendidos, movimiento de entradas y salidas, entre otros. Cuando estos indicadores toman los valores deseados se están alcanzando los objetivos y, en consecuencia, se estará ejecutando de forma correcta la estrategia del Consorcio.

La información referente a estos indicadores se irá recogiendo en cada uno de los servicios del Hospital y se transmitirá al área de Control de Gestión periódicamente. Desde aquí se estudiará el valor y la evolución de dichos indicadores y se informará a los responsables de cada servicio del Hospital sobre en qué grado se han alcanzado los

objetivos o si por el contrario han de tomarse medidas y estrategias correctoras para mejorar los valores de determinados indicadores.

La evaluación de los indicadores dependerá de su naturaleza. En general la evaluación se realizará semestralmente, aunque determinados indicadores más críticos serán evaluados en ocasiones de forma mensual.

El área de Control de Gestión entrega a la Gerencia de forma periódica (en ocasiones cada tres meses) los documentos que contienen los acuerdos de gestión correspondientes y algunos informes que explican la situación en la que se encuentra cada servicio sanitario respecto a sus objetivos e indicadores. Posteriormente ellos hablarán con los responsables de cada servicio. Trimestralmente también se le entregará a Gerencia un informe acerca de la situación presupuestaria del Hospital.

De hecho el área de Control de Gestión también es un área de apoyo. Una vez vistos los indicadores de cada servicio por la Gerencia se suele llamar a los responsables de éstos para analizar los indicadores con ellos, observar la evolución e intercambiar ideas, ya que dichas personas pueden aportar información valiosa e imprescindible para la consecución de los objetivos, ya que nadie conoce mejor los servicios de los que son responsables que ellos. Por ello desde el área de Control de Gestión se intenta que exista en todo momento un flujo bidireccional de información entre el área y todos los servicios sanitarios.

La relación entre la Gerencia, el área de Control de Gestión y los diferentes servicios del Hospital podría representarse del siguiente modo:

Figura 4: *Flujos de información bidireccionales entre Gerencia, Control de Gestión y los servicios*



Fuente: Elaboración propia. Información facilitada por personal del CHGUV.

Por lo tanto, la implementación del CMI se llevará por la Gerencia, el Área de Planificación y Calidad (representada por el Servicio de Control de Gestión) y los servicios del Hospital, por lo que intervendrán tres niveles.

La implementación de CMI llevará asociadas ventajas para el Consorcio, entre las cuales destacaremos las siguientes:

- En primer lugar, mejora la comunicación de la estrategia a los diferentes servicios, departamentos y trabajadores del Hospital
- Supone una guía, una disciplina acerca de cómo deberán actuar los servicios del Hospital, fijando relaciones causa-efecto entre los indicadores, valores perseguidos y objetivos alcanzados
- Ofrece una visión global de la organización, y los indicadores están enfocados a la estrategia del Consorcio, no serán únicamente medidas de carácter táctico u operativo, las cuales podrían llevar a una visión limitada de sólo algunos servicios del Hospital
- Tanto la creación como la implementación del CMI estarán enfocadas a la mejora de las partes de la cadena de valor más importantes para la organización, siendo en el caso del Consorcio la satisfacción de los pacientes y la calidad en los servicios sanitarios

En conclusión, el cuadro de mando corresponderá con la comunicación e implementación de la estrategia del Hospital. Mediante el CMI cada servicio del Hospital sabrá qué metas debe perseguir, las cuales serán periódicamente evaluadas mediante determinados indicadores que cada servicio llevará asociado.

b) Acuerdos de Gestión

Un elemento de gran relevancia en este punto son los Acuerdos de Gestión. Pueden considerarse una herramienta más para la consecución de los objetivos marcados desde Dirección por parte de los servicios del Hospital. Fueron introducidos por la Conselleria de Sanidad de la Comunidad Valenciana. De hecho, el Consorcio introdujo su Blanced Score Card o Cuadro de Mando Integral aprovechando este hecho que tuvo lugar durante el año 2002.

En estos acuerdos quedará especificado el indicador con el valor que debe alcanzarse, en el plazo estipulado (normalmente se utiliza un medio o largo plazo) y el área o servicio donde debe llevarse a cabo el objetivo. En el área de Control de Gestión suele utilizarse

un código cromático para la mejor identificación y clasificación de los diversos objetivos según áreas.

Mediante los Acuerdos de Gestión se lleva a cabo un efectivo diagnóstico y evaluación de los diferentes servicios sanitarios del Hospital. Puede decirse que el Hospital en este sentido sigue de algún modo el modelo de la Generalitat, ya que ésta realiza lo mismo con otras entidades. Sin embargo, y debido en gran medida a la forma jurídica de Consorcio, el Hospital General realiza un control y seguimiento propios para conseguir una mejor gestión y mayor calidad en los servicios.

Además, también podemos considerar que los acuerdos de gestión sirven para motivar al personal del centro. Determinadas personas en cada servicio del Hospital serán responsables de cada indicador o aspectos de mejora, por lo que se consigue que los profesionales estén involucrados en mayor grado, sintiéndose parte importante de la organización, y con ello, se consigue incrementar la motivación.

El Hospital sigue una estructura de Gestión Clínica: la toma de decisiones se lleva a cabo por los responsables de los servicios, pero siempre siendo posteriormente evaluada por la dirección del Hospital. En conclusión, el Hospital ha elegido un modelo de gestión el cual implementa instrumentos y medidas para llevar a cabo mejoras de forma descentralizada, aunque siempre existiendo cierto grado de supervisión.

Además del Cuadro de Mando y de los acuerdos de gestión comentados, también se generará un informe diario del Hospital, a las ocho de la mañana, a las tres de la tarde y a media noche, con el fin de identificar cualquier incidencia y en caso de que existan solucionarlas a la máxima brevedad posible.

El Consorcio Hospital General Universitario de Valencia fue el primero en la Comunidad Valenciana en implementar este sistema global de evaluación continua, configurado por todos los instrumentos explicados (CMI, acuerdos de gestión, etc.) que permite llevar a cabo una puntuación y evaluación de cada aspecto, y que lo hace de una forma comprensible para todas las partes implicadas.

Paralelamente a esta gestión interna, mensualmente se le facilitará a Conselleria información relativa a la gestión, consecución de objetivos, al igual que ocurre con la información relativa a los costes. Por lo tanto, esta información es válida y útil tanto para el interior de la organización como para organismos externos, en este caso Conselleria. Este flujo de información viene establecido desde Conselleria.

c) Benchmarking

El Hospital General, como dijimos anteriormente, facilita la información sobre sus indicadores a la Generalitat para que desde aquí sean analizados. Sin embargo también comparará sus indicadores y su información económica con otros hospitales, realizando por lo tanto Benchmarking.

Se dice que *"el Benchmarking es un proceso sistemático y continuo para comparar la eficiencia propia en términos de calidad, productividad y prácticas con aquellas compañías y organizaciones que representan la excelencia"*. (Definición de Bengt Kallöf y Svante Östblom).

La definición de Kallöf y Östblom es una de las más completas que podemos encontrar del término Benchmarking. En ella quedan englobadas diversas ideas. En primer lugar, el benchmarking siempre ha de ser un proceso, y además continuo para que se lleve a cabo de forma satisfactoria. Continuando con la definición, en ella también encontramos el término "comparar", el cual hace referencia a la medición, indispensable en el benchmarking. Por último los autores hacen referencia a "calidad", "productividad" y "prácticas". Con ello quieren decir que no sólo importará el desempeño de las operaciones (o prácticas), sino que será del mismo modo importante la evaluación de la calidad de dichos procesos y la productividad, evaluando conjuntamente en este último término la relación entre los outputs, en nuestro caso la atención sanitaria ofrecida por el Hospital, y los recursos (humanos, materiales y financieros) necesarios para llevarlos a cabo. Éstas son las ideas fundamentales acerca del benchmarking.

El Hospital intercambia información con otros Hospitales de la red de Hospitales de la Comunidad Valenciana. Este intercambio de información no se realiza normalmente mediante Conselleria, sino que el flujo de información es directamente entre ellos, además de bidireccional. Incluso este intercambio también tiene lugar con algunos hospitales de otras provincias españolas.

d) Plan Estratégico

El Plan Estratégico del Hospital General de Valencia es realizado desde la Gerencia y Dirección del centro, siendo también encargados del diseño del Cuadro de Mando Integral y de supervisar algunos otros aspectos, como es el de la calidad que más adelante trataremos.

Desde la Dirección del Hospital se pretende que toda la organización esté contenida de alguna forma dentro de este Plan Estratégico. Cuantas más personas estén introducidas e

involucradas en él, mejor será su desarrollo y será más fácil el éxito del mismo, ya que toda la organización "caminará hacia la misma dirección". Es un error frecuente en algunas organizaciones el hecho de que el Plan Estratégico sea considerado un aspecto propio de la dirección de la empresa y que no es necesario implicar a demasiadas personas, siendo que en realidad el Plan Estratégico debe implicar a cuantas más personas de la organización mejor.

Como veremos a continuación, la organización tiene unos determinados principios, y derivada de éstos encontramos la misión de la empresa. Del mismo modo, también será de gran importancia la visión de la organización.

La visión de una empresa es un deseo, una idea sobre el posicionamiento de la empresa a muy largo plazo, que ha de entusiasmar a todo el mundo: accionistas, personal, proveedores clave y externos. No es imprescindible que la visión esté definida de forma concreta. Definirá lo que la organización quiere ser, los grandes objetivos a perseguir, de qué manera los conseguirá y el campo de actividad en el cual desarrollará sus acciones la empresa.

Sin embargo, no ocurre lo mismo con la misión. Ésta debe quedar perfectamente formulada. Lo relevante durante la elaboración de la misión por parte del equipo directivo es el proceso de reflexión en común que se desarrolla. Además, la misión debe ser comunicada entre el personal; a los directivos les proporciona orientación clara sobre su actuación estratégica y a todo el personal le transmite seguridad y confianza.

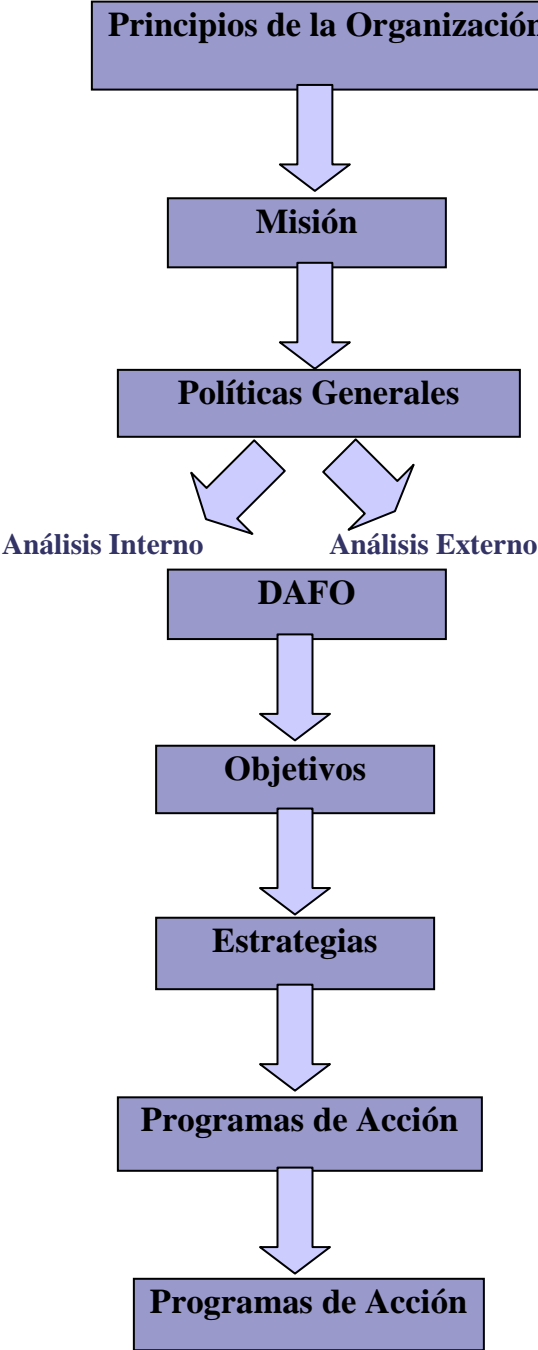
Posteriormente se encontrarán las políticas generales del Hospital, derivadas de la visión, misión y los principios del mismo. En este punto será necesario un análisis interno y externo de la empresa, es decir, un análisis DAFO (debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades). Una vez realizado dicho análisis la dirección del Hospital podrá definir los objetivos a conseguir.

Por último, el Plan Estratégico contendrá diversas líneas de estrategia, es decir, existirán diferentes líneas de estrategia y programas de acción para cada objetivo planteado desde la dirección de la organización.

Finalmente será imprescindible llevar a cabo un control y seguimiento para comprobar que los objetivos están siendo conseguidos y que las estrategias y planes de acción diseñadas son efectivos.

A continuación mostraremos la estructura que sigue el Plan Estratégico del Hospital, facilitada por el departamento de Control de Gestión. Posteriormente explicaremos de forma detallada cuáles son la visión, misión y valores o principios de la organización.

Figura 5: Plan estratégico del CHGUV



Fuente: Elaboración propia. Información extraída de documentación interna del CHGUV.

3.3.3. MISIÓN, VISIÓN Y VALORES DEL HOSPITAL

a) MISIÓN DEL CONSORCIO

La misión del Hospital General Universitario de Valencia es la provisión de servicios sanitarios especializados así como de servicios sociosanitarios, con el fin de satisfacer las necesidades en cuanto a sanidad de la sociedad, ofreciendo una asistencia integral, integrada, personalizada y de calidad:

- Integral debido a que se atiende al ciudadano desde todas las dimensiones.
- Integrada, ya que desde el Hospital se trabaja por conseguir un alto grado de coordinación con los otros niveles asistenciales, así como la transición satisfactoria de los ciudadanos entre los diferentes niveles.
- Asistencia personalizada puesto que en la atención sanitaria practicada por el hospital el paciente será en centro de todas las acciones técnico-profesionales
- Asistencia de calidad, ya que el trabajo desempeñado por el hospital se basa en el conocimiento de los profesionales así como en los medios técnicos que se ponen a disposición de cada uno de los pacientes

Además, el Hospital desempeña funciones de investigación y de docencia tanto pregraduada como posgraduada en ciencias de la salud, teniendo por objetivo la formación de nuevos profesionales especialistas. De hecho, el Hospital General de Valencia es un centro universitario, vinculado a la Universidad de Valencia.

b) LA VISIÓN DEL HOSPITAL

La visión del Hospital es la de consolidarse como una institución sanitaria caracterizada por la calidad, la innovación, la flexibilidad, el alto grado de conocimiento de sus profesionales y que posea capacidad y recursos para promocionar las especialidades más destacadas, en las cuales el Hospital está capacitado para ofrecer la mejor oferta respecto a otros centros sanitarios.

c) VALORES Y PRINCIPIOS

Los principales valores del Consorcio Hospital General Universitario de Valencia son los siguientes:

El conocimiento

Como ya hemos dicho anteriormente, el conocimiento de los profesionales que trabajan en el centro es uno de los aspectos más importantes. Este conocimiento proviene de la

investigación, la formación y la docencia, siempre enfocados desde el rigor científico y la puesta de todos los avances e ideas en común.

La confianza

Para el Hospital es clave que los usuarios tengan confianza en la institución, sintiéndose en todo momento en buenas manos. Una vez más el papel de los profesionales del Hospital es de gran relevancia.

El compromiso social

Este compromiso social se basa en primer lugar en el buen hacer de las personas que trabajan en el Hospital, y por otra parte en la responsabilidad de todos sus profesionales.

Trabajo y espíritu en equipo

Ésta será la clave y la mejor forma de conseguir una cooperación efectiva entre todos los departamentos del centro y una experiencia acreditada.

Orgullo

Las personas que trabajan en el Hospital se sienten orgullosos de pertenecer a un servicio público con una historia de más de quinientos años, consecuente con el medio ambiente, su entorno y, por supuesto, comprometido con las necesidades de salud de la sociedad.

3.3.4. SISTEMAS DE INFORMACIÓN: EL SISTEMA DE INFORMACIÓN ECONÓMICA

El SIE o Sistema de Información Económica es una aplicación común a todos los centros de la red de hospitales de la Comunidad Valenciana, destinada a la gestión de la Agencia Valenciana para la Salud que aporta información y conocimiento acerca de la transformación de los recursos que se encuentran disponibles en actividades sanitarias concretas. Podemos decir que dicho sistema

El SIE no es otra cosa que un sistema de contabilidad analítica por actividades, formado a su vez por dos grandes subsistemas de recogida y análisis de datos:

- El ***subsistema de los costes totales de funcionamiento*** de los centros de atención especializada. Las fuentes de datos tienen carácter estadístico y administrativo, no contable, ya que se refieren a los gastos efectivamente ocasionados.
- El ***subsistema de las actividades que originan consumo de recursos***. Desde

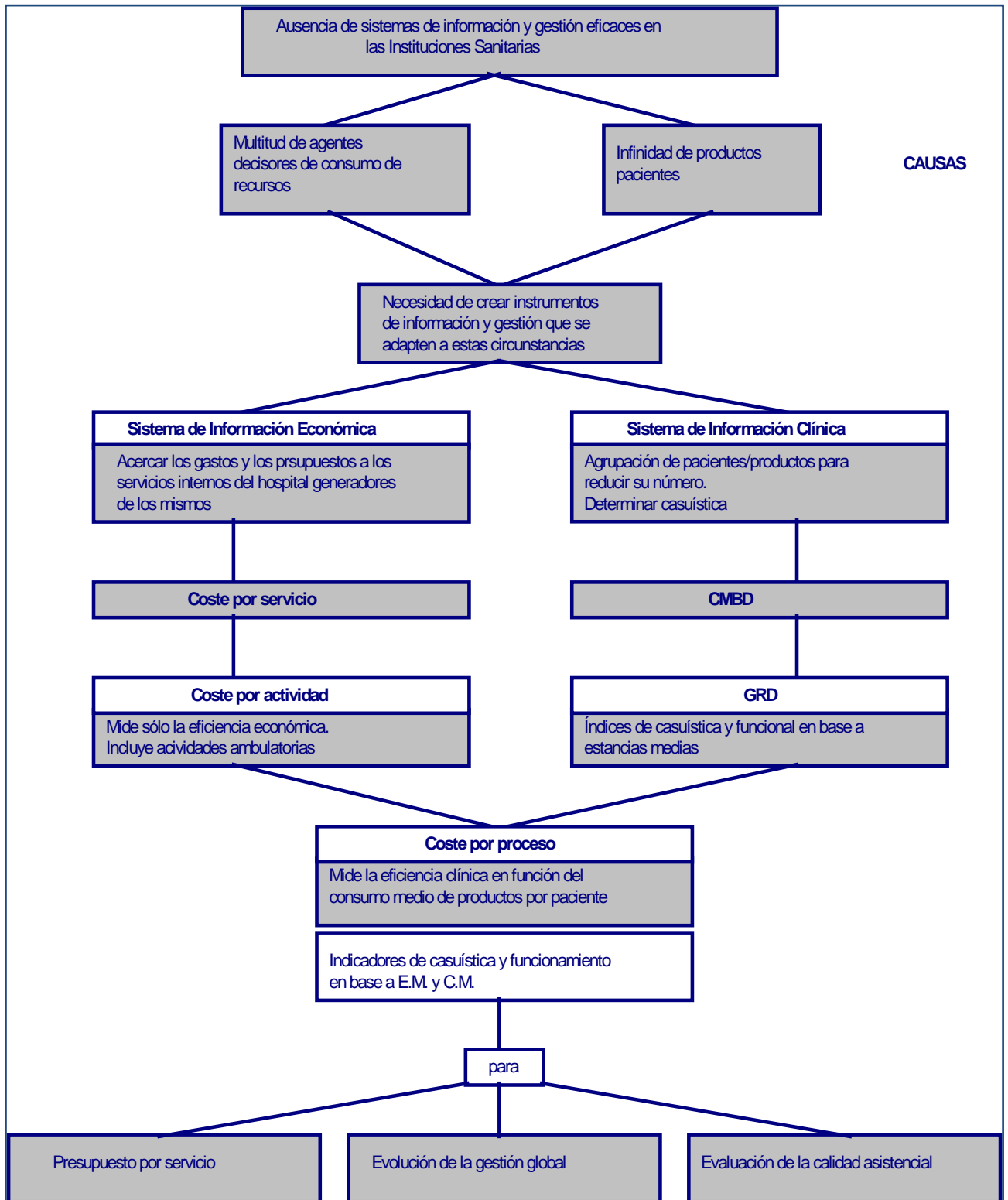
1997 se comenzó un proceso de normalización de los sistemas de medición de la actividad clínica mediante catálogos de procedimientos diagnósticos y terapéuticos que permiten realizar una aproximación a la medición de la producción en unidades homogéneas y a la estimación del coste unitario por procedimiento.

Ambos subsistemas interactúan en la unidad básica organizativa del SIE, denominada Centro de Actividad y Coste (CAC), donde posteriormente se analizarán los resultados mediante un conjunto de indicadores normalizados.

El SIE siempre se ha considerado un instrumento dinámico. Durante el año 2000 se creó un grupo de trabajo encargado de la revisión de la estructura del sistema, así como de los criterios de distribución de los costes, los centros de actividades y costes y sus indicadores.

La nueva estructura de la base de datos permite no sólo la recogida de cada uno de los datos, sino que además posibilita realizar análisis desde el año 2001. Simultáneamente se han ido introduciendo mejoras tecnológicas en la aplicación informática, pasando a ser finalmente una base de datos única para la totalidad de hospitales de la Conselleria de Sanidad.

Figura 6: Origen del Sistema de Información Económica (SIE)



Fuente: Elaboración propia. Información extraída de documentación interna del CHGUV sobre el SIE.

a) Instrumentos necesarios

Podemos decir que el SIE es un sistema de sistemas. Diversos datos son necesarios para la obtención de indicadores de resultados de los CAC (Centros de Actividad y Coste) en un espacio de tiempo determinado. Estos datos necesarios provienen de otros ocho sistemas de información, detallados a continuación:

- Suministros y almacén
- Expedientes
- Nóminas
- Prótesis
- Farmacia
- Actividad concertada
- Catálogos de procedimientos incluidos en el propio SIE
- Indicadores de gestión de asistencia especializada

Por lo tanto, al intervenir diversos subsistemas como fuente de datos, es necesario que cada uno de estos sistemas sea lo más preciso y correcto posible. De hecho, la calidad que pueda alcanzar el SIE en un determinado hospital depende totalmente de la calidad del subsistema menos desarrollado del sistema total. En consecuencia es importante realizar un buen mantenimiento y actualizaciones de forma periódica de las aplicaciones que suministran datos al SIE. En este cometido tienen un papel fundamental las direcciones económica y médica de los centros de atención especializada ya que por sus funciones disponen de una gran perspectiva de todo lo que sucede en sus respectivos centros.

b) Los Centros de Actividad y Coste: Estructura básica del SIE

Los Centros de Actividad y Coste pueden identificarse y caracterizarse por ciertas características. Estos centros serán unidades mínimas para la recogida de datos de cada actividad y su posterior transferencia al sistema de costes, además de ser unidades mínimas también para el análisis de dichos datos. Cada uno de estos centros se codifica con números de tres dígitos como veremos más adelante.

Existe una serie de criterios que definen a un Centro de Actividad:

- Homogeneidad tanto económica y operativa de modo que sea posible identificar uno o varios procedimientos evaluables en cada centro de actividad

- Han de tener un responsable, el cual puede serlo paralelamente de diversos centros de actividad
- Debe darse una concentración física de recursos, tanto materiales como humanos

c) Objetivos del SIE

El Sistema de Información Económica persigue diversos objetivos, los cuales a continuación serán enumerados. Además se explicarán los mecanismos utilizados para la consecución de los mismos.

1. Conocer el destino de la totalidad de gastos que hayan sido originados en la institución sanitaria, dividiendo a ésta en una serie de Centros de Actividad internos.

Los Centros de Actividad, según el Manual del Sistema de Información Económica de Atención Especializada, atienden a la siguiente clasificación:

A) Centros estructurales

Centros estructurales primarios

Es la unidad encargada del soporte y conservación de las instalaciones generales y comunes a todo el centro de atención especializada, incluso a los centros estructurales secundarios.

Dentro de este apartado encontramos:

Mantenimiento

011 Mantenimiento General

012 Mantenimiento Específico

Servicios y Suministros exteriores

021 Agua

022 Electricidad

023 Combustible

024 Comunicaciones y Transportes

Centros estructurales secundarios

Son aquéllos centros que ejercen actividades de apoyo que influyen en todo el centro de actividad especializada. Dichas unidades suelen disponer de una ubicación específica dentro del Hospital en la que desempeñan gran parte de sus actividades. Encontramos:

Administración

- 111 Unidades Dirección
- 112 Unidades Administrativas
- 113 Unidades Servicios al Personal
- 114 Otras Unidades de Servicios
- 119 Formación de Profesionales propios del Centro

Hostelería

- 121 Cocina
- 122 Lencería y Vestuario
- 123 Lavandería
- 124 Seguridad
- 125 Limpieza

Centros de Soporte a la Actividad Asistencial

- 115 Unidad de Documentación clínica y Admisión (UDCA)
- 116 Servicio de Atención e Información al Paciente
- 117 Unidad de Trabajo social
- 131 Gases de Uso Médico
- 132 Esterilización
- 133 Farmacia
- 134 Medicina Preventiva

B) Servicios Centrales Asistenciales

Estarán formados por los centros que prestan atención directa al paciente para su diagnóstico a solicitud de los facultativos de los centros de hospitalización y de atención ambulatoria en gran parte de las ocasiones. Está integrado por los laboratorios clínicos

y los servicios de diagnóstico por la imagen. Dichos centros serán enumerados a continuación:

211 Microbiología

212 Bioquímica clínica y biología molecular

214 Hematología, laboratorio

216 Anatomía Patológica

217 Farmacocinética Clínica

221 Radiodiagnóstico

C21 Radiodiagnóstico, centro de especialidades

223 Resonancia Magnética

231 Neurofisiología

C) Área Quirúrgica

El Área Quirúrgica estará formada por tres áreas a su vez: el Área de Atención Prequirúrgica, el Área Quirúrgica y por último el Área de Atención Postquirúrgica Inmediata.

Atención pre-quirúrgica

880 Consulta y Técnicas de Anestesiología

333 Anestesiología

Área Quirúrgica

Será considerada Área Quirúrgica la que disponga de un sistema de monitorización, máquina de ventilación, canalización de gases anestésicos, subcentral de esterilización así como ambiente estéril restringido. Estará formada por:

411 Bloque Quirúrgico Programado 1

412 Bloque Quirúrgico Urgente 1

431 Bloque Quirúrgico CMA

451 Paritorios

Atención Postquirúrgica Inmediata

850 Unidad de cuidados críticos

337 URPA

338 URPA, CMA

339 UAM

D) Centros logísticos

Serán las unidades de hospitalización así como las consultas externas limitadas con un criterio de ocupación de espacio físico (plantas, salas, edificios). Dichos centros son creados como respuesta ante la imposibilidad de afectar todos los costes que tiene el hospital directamente a un determinado CAC destino. Es el caso por ejemplo de los centros de hospitalización y atención ambulatoria, con la existencia de una unidad de enfermería compartida entre diversos servicios clínicos, e incluso la existencia de pacientes ectópicos.

Quedan clasificados del siguiente modo:

Centros Logísticos de Hospitalización

51/52 Unidades de Hospitalización

Centros Logísticos Ambulatorios

Los Centros Logísticos Ambulatorios son utilizados para repartir o afectar determinados costes que por su naturaleza no pueden afectarse de forma directa a los Centros de Actividad y Coste de atención ambulatoria, del centro de especialidades y del hospital de día. De este modo tendremos:

61 Consultas Externas Grupo General

62 Centros Logísticos del Hospital de día

E10 Consultas Externas Centro de Especialidades

E) Urgencias

Estará formada únicamente por un centro: 712 Urgencias Unidad General

F) Centros de Hospitalización

Dentro de los Centros de Hospitalización encontraremos diferentes subgrupos: la hospitalización general, pediátrica, domiciliaria y de día.

Hospitalización General

81/82/83/84 Hospitalización

812 Cirugía General Digestiva

814 COT

Hospitalización Pediátrica

837 Pediatría Hospitalización

Hospitalización a Domicilio

851 Hospitalización a Domicilio

Hospitalización de Día

801 Otros servicios con actividad en Hospitalización de día

G) Centros de Atención Ambulatoria

Tendremos Atención Ambulatoria en el Hospital y en los Centros de Especialidades:

Centros de Atención Ambulatoria en el Hospital

86/87/88/89 Actividad Ambulatoria

Centros de Atención Ambulatoria en el Centro de Especialidades

F1/F2/F3/F4 Centro de Especialidades

H) No imputables

Dichos costes serán costes que no deberán repercutirse en el centro de atención especializada, sin embargo su actividad se desarrolla utilizando recursos sanitarios y administrativos. Estos centros únicamente reciben costes, no tienen medida de actividad.

Grupo 9: Centros no imputables

911 Atención Primaria

912 Inspección Médica

914 SAMU

916 Servicios Sociales

917 Universidad y Docencia

918 Otros Centros de Atención Especializada

919 Otros costes ajenos

931 Pacientes externos

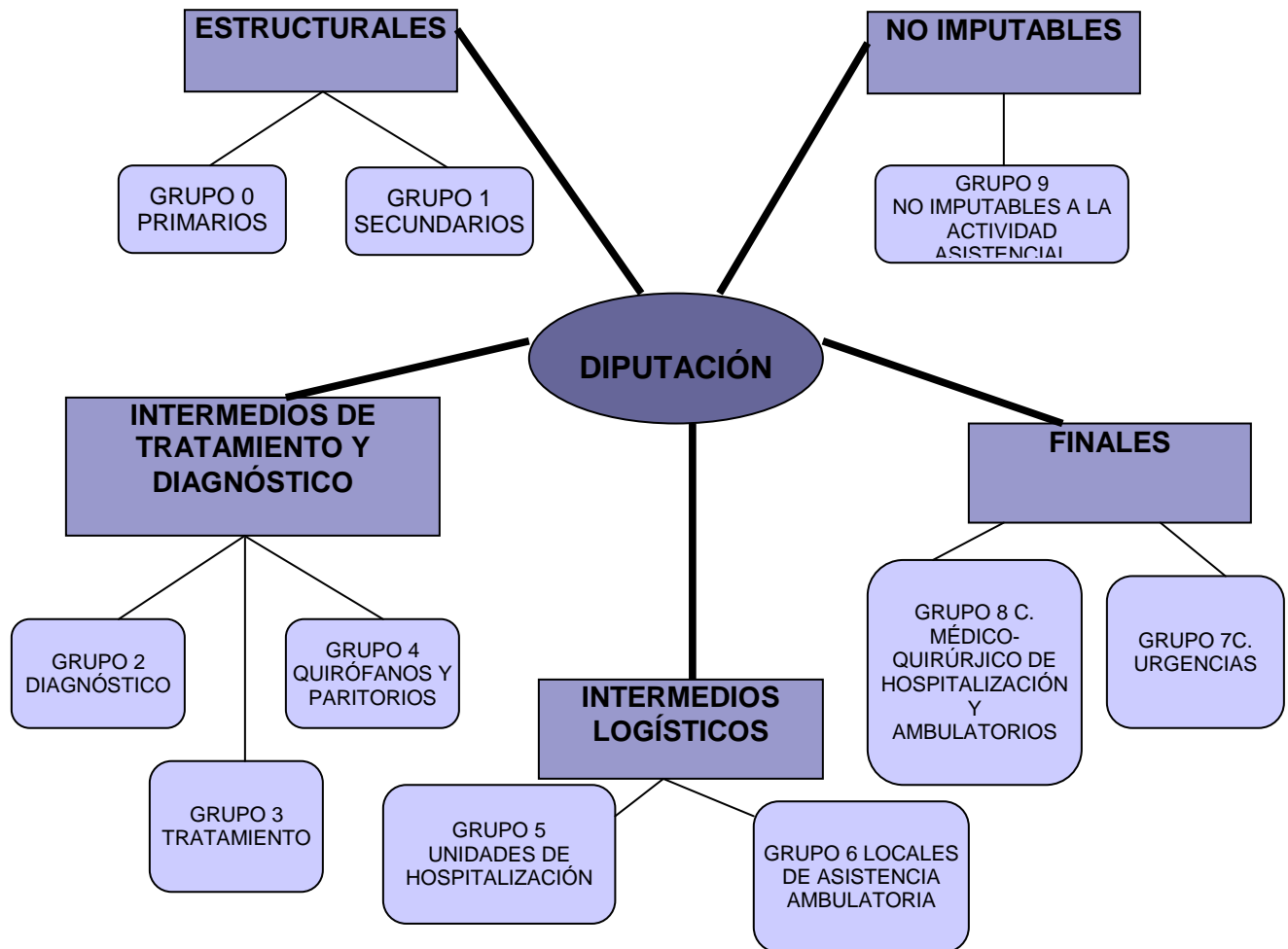
93A Medicamentos para el SIDA

933 Medicación Hemodiálisis

940 Coordinación Trasplantes

A continuación veremos de forma esquemática cómo se clasifican los centros de actividad:

Figura 7: Clasificación de los centros de actividad



Fuente: Elaboración propia. Información extraída del Manual del Sistema de Información Económica de Atención Especializada (2002)

Seguidamente hablaremos acerca de cada uno de los grupos y de cómo se afectan los costes. En primer lugar, hablando con personal del área de control de gestión dedicada al SIE, se comentó que dicho sistema de contabilidad analítica resulta algo problemático a la hora de implementar por los médicos. Estos profesionales hasta hace relativamente poco tiempo no han estado obligados a colaborar con un sistema de costes, a ello se debe su falta de familiaridad con el SIE. Aún así, se están consiguiendo buenos resultados en cuanto a la imputación de los costes con el fin de obtener indicadores útiles y a su vez fiables, gracias en gran parte a la sensibilización y formación ofrecida por el Hospital.

Como comentó el personal del área de control de gestión, los costes se van imputando en cascada con la ayuda de diferentes generadores de costes: metros cuadrados, en porcentaje, ingresos, número de estancias, entre otros. El cierre del ejercicio tiene lugar en abril.

Entre los costes del Hospital destaca el correspondiente al personal, el cual supone aproximadamente el sesenta y en ocasiones el setenta por ciento del coste total del Hospital. Dependiendo del tipo de personal que estemos tratando los costes serán afectados de una manera o de otra. Cabe decir que los costes del personal estarán formados por la suma del salario bruto y la cuota destinada a la Seguridad Social.

En el Hospital trabajan dos grandes grupos de profesionales: el personal sanitario y el personal no sanitario. A su vez, el personal sanitario se dividirá en personal facultativo y personal no facultativo.

En primer lugar, en el caso del personal facultativo se deberá calcular y separar el tiempo, y por lo tanto, la cantidad de dinero, correspondiente a cada partida: investigación, urgencias, hospitalización, etc. Una vez llevada a cabo dicha operación los costes se llevarán a su centro correspondiente. Del mismo modo se procederá con el personal sanitario no facultativo, distribuyendo según corresponda el tiempo dedicado a cada actividad (observación, urgencias, quirófanos, boxes, etc.) y después imputando el coste a cada uno de los centros.

Es el caso de los anestelistas se tendrán en cuenta los minutos dedicados a cada uno de las unidades de quirófanos por parte de estos profesionales, y posteriormente, se calculará el coste afectado a cada bloque quirúrgico.

En el Sistema de Información Económica se revisarán y reclasificarán periódicamente todos los trabajadores del centro. Durante el verano pasado, en el periodo comprendido entre julio y agosto fueron dos mil quinientos trabajadores los que fueron revisados y

reclasificados por el SIE. Las bajas causadas por los trabajadores del centro también son registradas en el sistema.

En cuanto al personal no sanitario el tratamiento es mucho más sencillo, ya que la identificación e imputación de los costes se puede realizar de forma más directa. Estos profesionales suelen trabajar para un sólo área o departamento, por lo tanto, su coste estará directamente relacionado con dichos departamentos, y éstos a su vez con los centros de actividad correspondientes, que serán fundamentalmente los centros asistenciales primarios y secundarios pertenecientes al Grupo 0 y del Grupo 1.

Otro de los costes más importantes dentro del Hospital es el del material. Al igual que ocurría con la partida del personal, podemos diferenciar entre consumos de material sanitario y no sanitario. En general, ambos grupos se comportarán del mismo modo: cada centro o servicio del Hospital pedirá periódicamente según sus necesidades y de este modo también se imputarán los consumos de material a cada centro de forma directa. Los pedidos se irán realizando y a medida que lleguen al Hospital serán clasificados, codificados y almacenados en el almacén del centro.

Aquí se gestionará el inventario de cada material. Tal y como veremos, cada producto se suministrará desde el almacén a medida que los servicios los necesiten. Del mismo modo, el almacén irá avisando periódicamente cuando los stocks vayan descendiendo para que desde el servicio se realicen nuevos pedidos.

Los medicamentos se llevarán todos al centro de actividad Farmacia, aunque serán gestionados en el almacén como ocurre con el material sanitario. Las minidosis necesitadas en determinados servicios del Hospital también serán preparadas por el almacén, aunque del mismo modo, cada servicio realizará los pedidos cuando lo consideren necesario.

Sin embargo, habrá determinados productos que no son tratados como acabamos de describir.

Es el caso de las prótesis (tanto endoprótesis como exoprótesis). El almacén del Hospital no gestiona el inventario de dicho material, el almacenaje de las prótesis se realiza de forma diferente. Al ser productos más concretos cada médico o cirujano realizará los pedidos necesarios, no se realizarán de forma general. Este sistema, aún utilizado en la actualidad, en un futuro será reemplazado por otro que ofrezca mayor información seguridad acerca del uso y de la aplicación que se le dé al material, con el fin de evitar ciertos problemas (incluso fraudes).

La información acerca de los diversos consumos de material será facilitada por el almacén mensualmente. La información sobre los servicios externos del Hospital será facilitada por el servicio de contabilidad también de forma mensual. La misma operativa se seguirá con las actividades concertadas en el Hospital, como son la hospitalización domiciliaria o el suministro de oxígeno y de ciertos gases necesarios para algunos procesos.

En cuanto al mantenimiento de la tecnología y de los aparatos específicos utilizados en el Hospital, éste es muy específico, es decir, que cada máquina llevará asociadas unas operaciones de mantenimiento, y por lo tanto, unos costes muy concretos. Por esta razón, el coste de mantenimiento será asignado al servicio o área donde sea utilizada dicha maquinaria. No será necesario, en general, una imputación costes mediante el cálculo y reparto de horas, como ocurría con el personal.

En el Hospital se dispondrá de catálogos donde estarán registrados los diferentes aparatos y máquinas utilizados, que sobre todo pertenecerán al laboratorio y al servicio de radiodiagnóstico. Mediante estos catálogos se podrá ir actualizando toda la información acerca de nuevas adquisiciones. El material técnico nuevo se clasificará según su grupo, la actividad a la que está asociado y su valor correspondiente.

Hemos analizado como se afectan los costes relativos al personal, material y mantenimiento. Sin embargo existirán otros métodos y unidades en los cuales se basa el hospital para repercutir algunos de los costes que aún no hemos mencionado. Como dijimos anteriormente, los gastos se van imputando en cascada, utilizando diferentes generadores de costes. Por ello, muchos de los costes de algunos de los centros de actividad también serán imputados a su vez a otros centros de actividad, con el objetivo de que finalmente se pueda calcular el coste unitario aproximado por actividad de la forma más realista posible.

Algunos ejemplos serán expuestos a continuación:

- Para los costes de limpieza (uno de los servicios generales contratados por el Hospital a una empresa externa) se utilizarán los metros cuadrados para imputarlos a cada centro o servicio, destacando la gran parte que se imputa de estos costes a urgencias, a quirófanos, y en menor medida a salas
- En el caso de los costes de la cocina y de las dietas se usará el número de menús preparados (y no los consumidos) para cada servicio para realizar la afectación
- El coste de gases licuados se reparte en función de las tomas y/o del número de quirófanos

- Los costes del laboratorio se afectarán en función las peticiones totales realizadas por cada servicio del Hospital
- El coste de esterilización se destinará prácticamente en su totalidad a quirófanos, aunque también a urgencias y en menor medida a algunas salas, y normalmente será imputado en función de los metros cuadrados
- Los costes de las unidades de dirección se repartirán en función del número de personas o en otros caso en función de los metros cuadrados
- El coste del suministro telefónico normalmente es dividido por el número de teléfonos operativos en el Hospital

Los costes de otros centros de actividad serán imputados de forma más directa a los servicios del Hospital. Es el caso del coste de los bloques quirúrgicos. El coste asociado a este centro de actividad será imputado a los diferentes servicios del hospital en función del tiempo de utilización por parte de cada servicio. Habrá servicios que reciban mayor coste procedente de este centro de actividad, como es el caso del servicio de Neurocirugía, o el servicio de Cirugía Cardíaca.

Para clarificar la operativa realizaremos un esquema:

- cada coste se lleva a su centro de actividad correspondiente
- habrá costes, como el del personal, en que deberán utilizar métodos de afectación, ya que están relacionados con diversos centros de actividad
- Una vez acumulados los costes en cada centro de actividad se calcularán los costes unitarios para cada centro, según las unidades que se tomen
- Por último se procederá a la imputación de los costes a cada uno de los servicios, en función de las unidades que le correspondan a cada servicio del Hospital, o previamente pasarán por un centro de actividad intermedio para finalmente ser imputados a cada servicio. Es por ejemplo el caso del coste de la anestesia o de la limpieza, acumulados ambos en un centro de actividad, y posteriormente repartidos entre otros centros como son los bloques quirúrgicos

Cabe decir que si alguno de los costes está directamente relacionado con alguno de los servicios del Hospital (situación que no se suele dar con frecuencia) estos costes se imputarán de forma directa a dicho servicio, sin necesidad de utilizar criterios o unidades de reparto, con el fin de agilizar el proceso.

Los grupos comprendidos entre el Grupo 1 y el Grupo 8 comprenderán costes relacionados (en mayor o menor medida, directa o indirectamente) con aspectos productivos del Hospital, mientras que los costes del Grupo 9 serán costes de formación y otros servicios.

→ PECULIARIDADES EN DETERMINADOS GRUPOS

A continuación explicaremos algunas características importantes de algunos de los grupos que conforman la estructura del Sistema de Información Económica del Hospital.

Grupo 4: Quirófanos y paritorios

Dentro del Grupo cuatro destaca uno de los centros de actividad: el centro de paritorios. En ocasiones este centro tiene un comportamiento algo especial en cuanto a los costes, ya que habrá periodos en los que la actividad aumente y en otros en que decrezca considerablemente. Este hecho puede llevar en ocasiones a desvirtuar los indicadores contables, por lo que debe tenerse en cuenta cuando se trabaje con este centro de actividad.

Grupo 5: Unidades de Hospitalización

En este grupo el coste unitario por actividad se calcula mediante una media entre el número total de estancias. Posteriormente se repartirán la totalidad de las estancias a cada servicio, conociendo de este modo el coste imputado a cada uno de los servicios. Algunos de estos costes son genéricos, por lo que es un buen método para realizar el reparto.

Grupo 8: Médico-quirúrgico de Hospitalización y Ambulatorios

El grupo ocho estará destinado a actividades muy concretas del Hospital. En realidad este tipo de actividades deberían pertenecer al grupo cinco. Sin embargo, éstas son de alto costes y muy concretas, por lo que se ha creído más oportuno agruparlas en otro grupo, ya que podrían distorsionar el coste unitario de las actividades del grupo cinco.

En este grupo también estarán englobados los costes correspondientes al Hospital de Día: coste de los fármacos suministrados, personal, entre otros. Cabe destacar que el personal facultativo no formará parte del coste, ya que es muy complicado imputar de forma correcta las horas dedicadas a estas actividades, puesto que es personal no exclusivo de esta área, dedicado a otros servicios del Hospital.

Grupo 9: No imputables a la Actividad Asistencial

Dentro del grupo nueve quedarán acumulados los costes que no forman parte del coste de la Actividad Asistencial. Entre dichos costes encontraremos los correspondientes a los ensayos clínicos realizados en el Hospital, a determinados fármacos que se piden directamente por/a través del Hospital y que no son gestionados por la Farmacia del mismo. Es el caso de los medicamentos para el tratamiento del SIDA.

Otro coste del Grupo 9 será el correspondiente a la formación y docencia. Los sueldos de los FIR (Farmacéuticos Internos Residentes) y de los MIR (Médicos Internos Residentes) son salarios pactados que en principio no se considera que generen un consumo hospitalario.

El transporte en principio es pagado por Conselleria, para posteriormente pasar a cada hospital de la red de Hospitales de la Comunidad Valenciana la parte proporcional.

2. Conocer la estructura interna que siguen los costes de cada Centro de Actividad.

Dicho objetivo se llevará a cabo a través de una clasificación de los diferentes costes originados en el Hospital. De este modo tendremos una clasificación de los costes según su origen, distinguiendo cuatro grandes grupos: costes de personal, consumo de productos, consumo de servicios y por último prestaciones. Dentro de cada uno de estos cuatro grupos encontraremos a su vez otros subgrupos, como veremos seguidamente.

1. PERSONAL:

- 11. Facultativo
- 12. Sanitario no facultativo
- 13. No sanitario

2. CONSUMO DE PRODUCTOS:

- 21. Material no sanitario
- 22. Material sanitario
- 23. Farmacia

3. CONSUMO DE SERVICIOS:

- 31. Suministros exteriores
- 32. Servicios contratados
- 33. Gastos directos

4. PRESTACIONES:

- 41. Prótesis
- 42. Actividades concertadas
- 43. Transporte sanitario

3. Obtener el coste por unidad de producción.

El coste por unidad de producción será calculado como el cociente entre el coste total resultante para cada Centro de Actividad y Coste y el número total de unidades normalizadas de producción que cada centro tenga. Estos indicadores están ajustados por las características propias de cada centro, y por lo tanto, son comparables directamente.

Los indicadores que se obtendrán como resultado serán los siguientes: Costes unitarios estructurales primarios, costes unitarios estructurales secundarios y costes unitarios por actividad.

En conclusión el SIE proporciona al Hospital indicadores valiosos para el control de gestión acerca del consumo de recursos que realiza cada Centro de Actividad, los componentes de dichos consumos, y por último, el coste unitario de las diferentes actividades llevadas a cabo (por ejemplo dietas servidas, limpieza por metro cuadrado, pruebas del laboratorio, entre otras). De este modo se consigue un cuadro de mando de gran utilidad para la correcta gestión del Hospital.

Por último, con toda esta información se estará en situación de poder calcular el coste total imputable a cada servicio del Hospital. Por un lado tendremos el total del coste, por otro los procesos realizados por dicho servicio, y dividiendo obtendremos el coste unitario del proceso.

En adición a esto, también se dispone de otro tipo de indicadores: los GRD o Grupos Relacionales de Diagnóstico. Dichos indicadores se generan sumando la totalidad de los costes de cada una de las actividades suministradas a un paciente individual, obteniendo el coste medio de todos los pacientes pertenecientes a un grupo homogéneo (o GRD).

Es importante el contraste que se realizará posteriormente de la información económica obtenida mediante el SIE. Dicha información será enviada a Conselleria. Desde aquí se evaluará si la rentabilidad **social** es buena. La rentabilidad económica también será observada, pero no es considerada de tanta relevancia. Este hecho se debe a que los costes relativos al personal están muy regulados y normalizados por ley, por lo tanto, es complicado que existan desviaciones considerables. Lo realmente importante será que la efectividad sea buena.

Uno de los aspectos más importantes para dar un buen servicio será la flexibilidad. La flexibilidad es básica en un servicio como la Sanidad debido a diferentes razones, pero

sobre todo por la naturaleza de las actividades o procesos que en ellos se desarrollan, ya que los servicios sanitarios poseen mayor complejidad.

El coste del personal (como ya hemos dicho el más importante dentro del Hospital) dependerá de dos variables: las personas contratadas y el sueldo. Para el Hospital en referencia al coste del personal, será importante el gasto en cuanto al consumo, es decir, el número de los profesionales contratados, no tanto el salario de éstos, por lo que hemos comentado anteriormente. Existe incentivación, pero no demasiada.

3.3.5. APLICACIÓN DEL CASE MIX EN EL CONSORCIO HOSPITAL GENERAL DE VALENCIA

a) Introducción

Durante la última década se han introducido en el lenguaje hospitalario términos como case mix o gestión clínica, y cada vez son utilizados de forma más generalizada. Esto se debe a que progresivamente existen más hospitales que disponen de información periódica de calidad acerca de los diversos tipos de pacientes tratados.

Dichos instrumentos fueron diseñados con el fin de encontrar un lenguaje que uniera a médicos y gestores en los hospitales, haciendo posible de este modo una comunicación más efectiva entre ambos colectivos. Sintetizando, estas herramientas permiten basar la información de los hospitales en términos médicos.

Resulta imprescindible un estudio y una estimación de la tipología y la complejidad de los pacientes atendidos para poder realizar un correcto análisis de la actividad de un determinado servicio o centro médico. Es por ello que estos instrumentos están siendo implementados en la gran mayoría de los hospitales españoles (de hecho se considera que en un futuro próximo serán imprescindibles), siendo éste el caso del Hospital General Universitario de Valencia.

De hecho podemos decir que la información más importante y útil para la correcta gestión del Hospital sería:

- Por una parte la información contable, representada en el Sistema de Información Económica
- Por otra, la información clínica procedente del case mix

La información clínica del paciente será muy importante, considerándose tanto la información del patrón epidemiológico, así como los datos relativos a las actividades y procesos que se le han realizado a casa paciente en el Hospital.

b) La información del Case Mix

El concepto case mix hace referencia a la combinación de los diferentes tipos de pacientes tratados por un mismo médico, un determinado servicio, un hospital o cualquier otra unidad funcional. Dicho término expresará la producción de estas unidades funcionales en términos de las clases de pacientes similares desde una perspectiva clínica, así como los tratamientos recibidos por dichos pacientes.

Partimos del hecho de que no puede realizarse la evaluación de una actividad si no se conoce razonablemente su resultado, es decir, su producción. Sin embargo, los servicios sanitarios resultan complejos, llevando a cabo un gran número de servicios, algunos de ellos relativamente fáciles de medir, como es el caso de las placas de tórax o las pruebas de laboratorio, y otros cuya cuantificación resulta más complicada, como son los cuidados médicos y de enfermería específicos que recibe cada paciente. Precisamente éstos últimos pueden ser considerados como la finalidad principal de un hospital, y en consecuencia, su producto final.

La medida de los servicios sanitarios resulta una tarea complicada, en la cual intervienen, o en algunos casos dificultan en mayor grado la tarea, diferentes factores. Algunos de estos factores son la ausencia de información médica periódica o rutinaria, la variabilidad individual asociada a cada paciente, la gran diversidad en los episodios médicos, entre otros; de hecho, y llevando estos supuestos al extremo, se podría afirmar que existen tantos productos como pacientes tiene un centro hospitalario. A pesar de este hecho, siempre será posible clasificar a los pacientes según sus características comunes que los hacen semejantes, y, a su vez, los hacen diferentes de otros grupos de pacientes.

Los pacientes de una determinada unidad funcional pueden ser clasificados en función de diferentes factores, como son la edad, la enfermedad, el consumo de recursos, la probabilidad de muerte, entre otros, originando diversos sistemas de clasificación de pacientes útiles dependiendo del objetivo que se pretenda conseguir. Para conseguir información útil para la gestión de los centros sanitarios se necesitará un criterio de semejanza en cuanto al proceso de cuidados recibidos por el paciente, siendo por ello necesario obtener todas las características de los pacientes que guarden relación con el consumo de recursos realizado.

A partir de este sistema será posible obtener información acerca de la actividad del centro, así como indicadores sobre la calidad en los servicios y su eficiencia (o utilización de recursos), siempre teniendo presente la variabilidad de los pacientes en cuanto a sus rasgos clínicos. Dicha información permitirá al médico aumentar su conocimiento para la evaluación de los resultados de su servicio, el establecimiento de objetivos y la toma de decisiones, disponiendo además de datos de calidad que posibilitan la comparación con la actividad de otros servicios similares.

Por lo tanto, la principal función de las herramientas del case mix es la producción de información que resultará útil a diferentes usuarios, tanto de carácter externo como interno. La Administración, en nuestro caso la Generalitat, será el principal usuario externo de esta información, la cual se le remitirá de forma periódica. Por otra parte dentro del Hospital esta información resultará de gran utilidad para diversos usuarios: en primer lugar, para los médicos y los responsables de cada servicio, ya que les servirá como medida de eficacia y eficiencia del trabajo realizado; también será importante para el área de Planificación y Calidad, concretamente para el servicio de Control de Gestión, ya que la información del case mix será útil para la elaboración y evaluación del Cuadro de Mando Integral del Consorcio, ya que muchos de los indicadores utilizados en el mismo estarán relacionados con el case mix.

Sin embargo, a pesar de la gran utilidad de esta información no se encuentra disponible para todas las áreas o servicios de un hospital. En la actualidad, en general el case mix es aplicable en el área de hospitalización de agudos, aunque desde finales de los años setenta la investigación en este campo no ha dejado de avanzar. De hecho, en el Hospital General de Valencia el case mix es aplicado tanto en el área de hospitalización como en el caso de la cirugía sin ingreso.

Además, actualmente desde el Hospital se están planteando extender el case mix al hospital de día. En otros servicios, como el de consultas externas, la aplicación del case mix puede resultar mucho más difícil y costoso, razón por la cual el Consorcio todavía no se plantea este aspecto.

En el caso de la asistencia ambulatoria y la hospitalización de crónicos también se han diseñado sistemas de clasificación. A pesar de ello, estos sistemas poseen unos requisitos de información demasiado exhaustivos, lo que hace que la aplicación de éstos por el momento sea complicada, aunque se espera una rápida evolución en el futuro.

Actualmente, la existencia de nuevas formas de atención sanitaria alternativas, como son el hospital de día o la cirugía mayor ambulatoria, hacen urgente que los conceptos del case mix puedan ser extendidos a estas áreas, con el fin de poder evaluar sus resultados y poder realizar comparaciones entre centros hospitalarios. De hecho se ha demostrado que los instrumentos aplicados en la hospitalización de agudos pueden ser aplicados (con algunas limitaciones) en las dos áreas mencionadas. Por lo tanto, los sistemas de clasificación de pacientes en el área de hospitalización de agudos podrán ser extendidos en algunos casos a las formas de atención sanitaria alternativas.

c) Datos de partida: el CMBD (o CMBDH) y el Informe de Alta

El Informe de Alta de los pacientes y el denominado CMBD (Conjunto Mínimo Básico de Datos de Hospitalización) son las dos fuentes de información fundamentales para la creación de un sistema de medida de case mix. En un principio la principal dificultad a la hora de comenzar a aplicar el case mix fue la falta de información médica rutinaria de los pacientes atendidos de forma que ésta fuera homogénea y manejable.

El Conjunto Mínimo Básico de Datos de Hospitalización fue diseñado por una comisión en 1982 bajo los auspicios de la CEE. Éste fue el resultado de un consenso sobre el menor número de datos a recopilar en los episodios de hospitalización que al mismo tiempo permitieran obtener un máximo de aplicaciones clínicas y administrativas. Este acuerdo se constituyó como un estándar internacional, y actualmente es totalmente aceptado y homologable en los países occidentales.

En nuestro país el CMBD (o CMBDH) ha sido implantado progresivamente por las diferentes comunidades autónomas y el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS). En la actualidad puede considerarse que los datos procedentes de las altas hospitalarias son comparables, existiendo pequeñas diferencias.

d) Datos del CMBD en el Consorcio

El conjunto de datos que configuran un CMBD en cualquier hospital estará formado por datos de naturaleza clínica y de naturaleza administrativa referentes a cada episodio de hospitalización. En él encontraremos fundamentalmente la identificación e información sobre el Hospital y sobre el alta del paciente.

Existen ligeras diferencias entre algunas Comunidades Autónomas, sin embargo, en general el modelo es el mismo para la mayoría de hospitales españoles. La estructura del CMBD utilizado en el Hospital General Universitario de Valencia, que corresponderá con el estándar seguido por los centros de la Comunidad Valenciana, es la siguiente:

- **Variables Administrativas**

- Identificación del hospital
- Número de SIP
- Número de historia clínica
- Número de asistencia
- Fecha de nacimiento
- Sexo
- Residencia
- Financiación
- Horas y fechas de ingreso y alta
- Servicio de ingreso
- Fecha de intervención
- Circunstancias de ingreso y alta
- Servicio de alta
- Médico o servicio de alta
- Municipio
- Código INE (dígito de control)
- Área de Salud
- Zona básica de Salud

- **Variables clínicas**

- Diagnóstico principal
- Diagnósticos secundarios
- Procedimientos quirúrgicos y obstétricos
- Otros procedimientos
- Sexo recién nacido
- Peso recién nacido

- Tiempo de gestación
- Código E (Causas de lesiones)

Las variables de carácter médico son consideradas como las más importantes para un uso posterior como instrumento para la investigación y la evaluación de la actividad médica. En el proceso de recopilación de esta información es de gran relevancia el papel del médico, y de él depende la calidad de la información. Las variables clave del CMBD serán: el diagnóstico principal del episodio, diagnósticos secundarios (hasta quince), procedimientos quirúrgicos y obstétricos, y otros procedimientos diagnósticos y terapéuticos.

El Hospital General realizará la gestión de toda esta información a través de una base de datos estandarizada, no siendo necesaria otra aplicación informática. Esta información sobre los CMBD se cierra cada mes en el Hospital. Esta constituye la fuente de información más importante sobre los pacientes tratados por el Hospital. La información será enviada a Generalitat, siendo también de gran utilidad para los médicos y para los profesionales del Área de Planificación y Calidad del Consorcio. De hecho, el CMBD es la única forma de conocer de modo exacto la actividad del Hospital.

En cuanto a la protección de los datos, la información de los CMBD no suele cederse bajo ninguna circunstancia, ya que uno de sus datos es el número de historia clínica del paciente. Únicamente serán cedidos en determinados estudios que precisen estos datos, obteniendo previamente un permiso especial por parte de la dirección del centro.

Por último, a partir de la información del CMBD, y como veremos en puntos posteriores, se podrán generar los GRD o Grupos Relacionados con el Diagnóstico. Este proceso se realizará de forma automática mediante aplicaciones de software.

e) Informe de Alta

En cuanto al Informe de Alta, su importancia radica en que los datos del CMBD provienen de éste. El Informe de Alta recoge toda la información del paciente una vez éste ha abandonado el Hospital, ya que contendrá tanto información relativa al diagnóstico, como sobre los procedimientos que con él se han seguido en el centro. El médico ha tratado al paciente, y toda la información ha de quedar recogida en el Informe de Alta y en la historia clínica. Es importante que se sigan unos criterios homogéneos en la recogida y posterior registro de la información, con el fin de garantizar la calidad y comparabilidad de los datos. Será el médico el responsable de la calidad de la información de las variables clínicas (diagnósticos y procedimientos), y fundamentalmente del diagnóstico principal.

f) Algunas definiciones

Seguidamente expondremos las definiciones de dichas variables, las cuales son aceptadas internacionalmente y están reguladas por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

Diagnóstico principal

Será el proceso patológico que, después del estudio pertinente y según criterio facultativo, se considera la causa principal del ingreso del paciente en un hospital

Diagnósticos secundarios

Son los procesos patológicos que, no siendo el principal, coexisten con éste en el momento del ingreso, o aquéllos que se desarrollan a lo largo de la estancia hospitalaria o que influyen en la duración de la misma o en el tratamiento administrado. Deben excluirse los diagnósticos relacionados con un episodio anterior, y que no tienen que ver con el que ha ocasionado la actual estancia hospitalaria.

Procedimientos quirúrgicos y obstétricos

Corresponderán con todos aquéllos procedimientos en los que se ha utilizado quirófano y/o sala de partos.

Otros procedimientos

Serán todos los procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos que requieren recursos humanos y materiales especializados e implican un riesgo para el paciente.

Para la codificación de los diagnósticos y procedimientos se utiliza la Clasificación Internacional de Enfermedades, 9ª revisión, modificación clínica (CIE-9-MC) de la American Hospital Association (AHA). Este proceso de codificación es de gran relevancia en cuanto a la calidad de los datos finales.

Sin embargo, no se debe descuidar la descripción de los diagnósticos (localización, afectación, etiología, etc.), ya que es importante para que los profesionales encargados de la codificación de los datos elijan el código correcto con el mínimo margen de error posible.

g) La calidad en los datos

Como ya hemos apuntado, el papel del médico responsable del paciente en cuanto a la calidad de los datos es muy importante, ya que los datos del CMBD provienen del Informe de Alta. Esta calidad en los datos será imprescindible para obtener información relevante

que sea aplicable a diferentes objetivos de interés para los médicos, al igual que para la interpretación de las estadísticas acerca de los Grupos Relacionados con el Diagnóstico (GRD) que posteriormente explicaremos.

Es conveniente, y desde el Hospital General se lleva a cabo, que exista una buena comunicación entre los médicos y el Registro del Hospital y que exista un feedback, con lo que progresivamente los diagnósticos serán más precisos y en consecuencia los Informes de Alta serán de mayor calidad.

A continuación analizaremos los principales aspectos que los médicos deberán tener en cuenta en los informes de alta para la posterior elaboración de los CMBD:

- Correcta selección del diagnóstico principal

También denominado indización de diagnósticos, corresponde con un criterio internacionalmente aceptado. El médico responsable del paciente será la persona más capacitada para determinar el diagnóstico principal, según la definición anteriormente expuesta.

- Exhaustividad en los registros

Los diagnósticos de las complicaciones y comorbilidades importantes durante el episodio deberán ser registrados de manera exhaustiva, con el fin de obtener una clasificación de los pacientes de calidad. En el caso de que el paciente sufra determinadas complicaciones y éstas no sean registradas en el informe de alta, éste será clasificado como un paciente sin complicaciones, produciéndose por lo tanto un error en la clasificación.

Del mismo modo, se deberán registrar todos los procedimientos quirúrgicos, obstétricos y terapéuticos practicados al paciente durante el episodio y que sean considerados relevantes.

- Precisión en la descripción

La descripción de los diagnósticos y de los procedimientos deberá ser precisa y dependerá de si se ha utilizado o no la codificación de la CIE-9-MC más específica.

El objetivo es conseguir una correcta clasificación y una recuperación de los datos con el máximo detalle posible, ya que éstos serán de gran utilidad para la investigación, la revisión de casos, entre otros.

h) Los Grupos Relacionados con el Diagnóstico

Tal y como se cita en Diagnosis Related Groups (APR-DRG's): Methodology Overview, de 3M Health Information Systems, los Grupos Relacionados con el Diagnóstico o GRD fueron diseñados en la Universidad de Yale en EEUU por un grupo de investigadores. El fin que se perseguía era la creación de un sistema de clasificación de los episodios de hospitalización, en función de variables como son el consumo de recursos por parte de los pacientes y de la lógica en el manejo clínico de éstos.

En el año 1982 los GRD comenzaron a ser utilizados en EEUU, para posteriormente extenderse en muchos países de Europa utilizándose como herramienta de apoyo a la gestión de los pacientes hospitalizados. En la actualidad se continúa investigando en estas áreas, incorporando progresivamente nuevas mejoras y novedades tecnológicas. De hecho de forma anual se genera una nueva versión, la cual tendrá su correspondencia con la actualización de la CIE-9-MC que se encuentre en uso durante ese año. Es por ello que la mayoría de países europeos utilizan las versiones en función de la disponibilidad de actualizaciones de la CIE-9-MC.

Durante los últimos años han sido elaborados otros sistemas para la clasificación de pacientes, como son el Disease Staging, el Patient Management Categories o los GRD refinados. Sin embargo, se considera que hasta el momento los GRD han funcionado mejor que cualquier otro sistema y es el sistema que goza de mayor aceptación en los países occidentales.

- Concepto de GRD y características principales

Como ya hemos apuntado, los GRD son un sistema de clasificación de pacientes a partir de un mismo diagnóstico principal. El sistema de GRD clasificará los diferentes episodios de hospitalización, utilizando definiciones clínicas reconocidas. Existirán diversas clases de pacientes, en función de su diagnóstico y del nivel de gravedad similar. Cada una de estas clases tendrá un consumo de recursos similar, en función de los cuidados médicos recibidos por cada tipo de pacientes. Por lo tanto, pueden ser considerados como índices de carácter económico, ya que hacen referencia a los recursos consumidos por cada tipo de paciente, es decir, al coste asociado a estos grupos.

Los episodios de hospitalización serán relacionados con la clase que mejor se ajuste, y no siempre coincidirán con la situación patológica global del paciente. Por ejemplo, según nos contaba el personal del registro del hospital, un paciente con cáncer de laringe que se encuentre ingresado para recibir un tratamiento de quimioterapia será clasificado en el

GRD referente a quimioterapia, no en los GRD de diagnóstico o tratamiento quirúrgico de cáncer de estómago.

Una vez hecha esta puntualización describiremos las características principales de los Grupos Relacionados con el Diagnóstico:

- Existirá una cantidad de grupos o clases que puedan ser manejados (actualmente más de 650 según la actual Ley de Tasas).
- Cada uno de los grupos tendrá una serie de cuidados hospitalarios similares, por lo que el grupo tendrá un significado médico en cuanto a la identificación de pacientes
- Los episodios únicamente se podrán clasificar en un solo GRD
- Del mismo modo, se usarán los procedimientos quirúrgicos además de otros procedimientos relevantes para realizar la clasificación

A continuación explicaremos el proceso de clasificación de los pacientes de forma detallada. En la definición de los GRD se tienen en cuenta el diagnóstico principal, los procedimientos, la presencia o ausencia de diagnósticos secundarios relevantes, además de otras variables menos usuales, como la edad, la defunción o el traslado.

Primeramente se identificarán los pacientes que consumen gran cantidad de recursos, a los cuales se les asigna directamente un GRD específico, simplificando de esta manera el proceso. Algunos ejemplos son los pacientes traqueotomizados, o los pacientes con trasplantes de médula ósea, o de hígado.

El siguiente paso con el resto de pacientes será determinar la Categoría de Diagnóstico Mayor (CDM) en función del diagnóstico principal de cada paciente. A fecha de nuestro análisis, existían veinticinco CDM, las cuales serán expuestas a continuación. Por ello es de gran importancia la correcta definición del diagnóstico principal, ya que de él depende todo el proceso de asignación posterior de los GRD correspondientes.

- ***Categorías Diagnósticas Mayores existentes***

CDM Descripción

- 01 Enfermedades y trastornos del sistema nervioso
- 02 Enfermedades y trastornos del ojo
- 03 Enfermedades y trastornos del oído, nariz, boca y garganta
- 04 Enfermedades y trastornos del sistema respiratorio

- 05 Enfermedades y trastornos del sistema circulatorio
- 06 Enfermedades y trastornos del sistema digestivo
- 07 Enfermedades y trastornos del sistema hepato-biliar y páncreas
- 08 Enfermedades y trastornos del sistema musculo-esquelético y conectivo
- 09 Enfermedades y trastornos de la piel, tejido subcutáneo y mama
- 10 Trastornos endocrinos, de la nutrición y del metabolismo
- 11 Enfermedades y trastornos del riñón y tracto urinario
- 12 Enfermedades y trastornos del sistema reproductor masculino
- 13 Enfermedades y trastornos del sistema reproductor femenino
- 14 Embarazo, parto y puerperio
- 15 Recién nacidos y condiciones del periodo perinatal
- 16 Enfermedades y trastornos de la sangre, del sistema hematopoyético y del sistema inmunitario
- 17 Enfermedades y trastornos mieloproliferativos y neoplasias poco diferenciadas
- 18 Enfermedades infecciosas y parasitarias (sistemáticas o afectación no especificada)
- 19 Enfermedades y trastornos mentales
- 20 Uso de drogas y trastornos mentales orgánicos inducidos por drogas
- 21 Heridas, envenenamientos y efectos tóxicos de drogas
- 22 Quemaduras
- 23 Factores que influyen en el estado de salud y otros contactos con los servicios de salud
- 24 Traumatismos múltiples
- 25 Infecciones por VIH

Habrán dos excepciones en la jerarquía del diagnóstico principal en la clasificación, que serán los GRD de infarto agudo de miocardio (IAM) y los GRD de sida. En el IAM, aunque se considere como diagnóstico secundario, el episodio se clasificará en uno de los GRD de IAM, cuando el diagnóstico principal resulte cardiovascular. En cuanto al sida, aunque

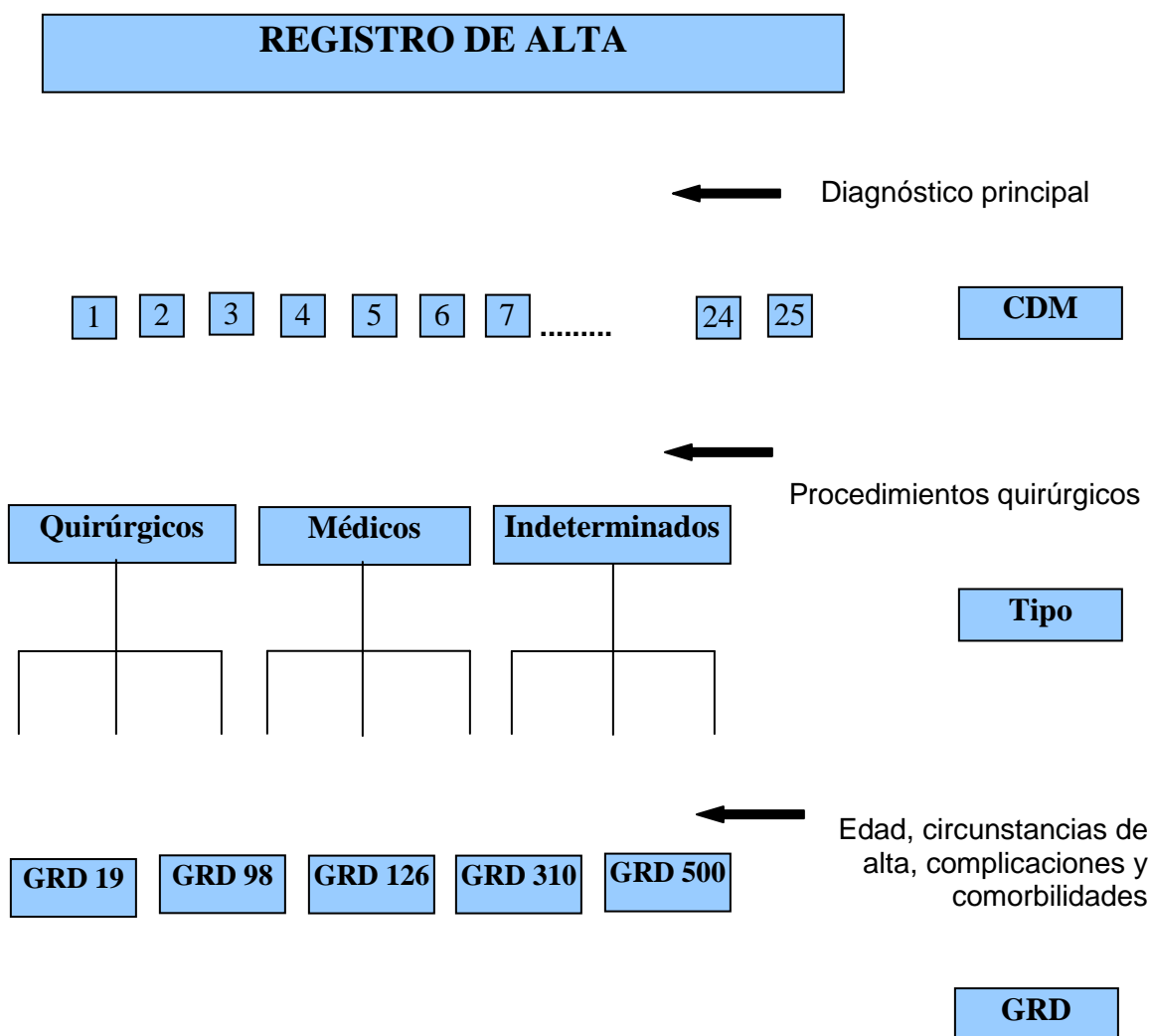
como diagnóstico principal exista otra patología, si como diagnóstico secundario tenemos un código relacionado con el VIH, los episodios serán clasificados en la CDM correspondiente al sida (la número veinticinco).

A su vez, para cada una de las CDM se identificarán los episodios con procedimientos quirúrgicos, dando como resultado un grupo quirúrgico y un grupo médico. Los episodios quirúrgicos serán clasificados en función de las intervenciones quirúrgicas específicas, mientras que los médicos se agruparán de acuerdo con las patologías específicas del sistema o aparato correspondiente a cada CDM.

Estas clases de patologías o intervenciones podrán formar un GRD final, o por el contrario subdividirse, dependiendo de si se han producido o no complicaciones o comorbilidades importantes, además de otras variables, como la edad o las circunstancias en el alta por ejemplo.

Para finalizar con el sistema de clasificación presentamos el siguiente esquema, en el cual se resume el proceso que hemos explicado. Este proceso se seguirá con los pacientes hospitalizados y con los pacientes correspondientes a cirugía sin ingreso. El resultado serán cerca quinientos GRD (en la actualidad, ya que esta cifra cada año va aumentando), en los cuales quedarán englobadas todas las tipologías de los pacientes del Hospital.

Figura 8: Esquema de la elaboración de los GRD's



Fuente: Elaboración propia. Información extraída de Casas, M.; (1995) GRD. Una guía práctica para médicos

Cabe destacar que este proceso no es realizado por el Hospital. Éste mandará toda la información necesaria a Conselleria, y desde aquí se gestionará toda la información y se generarán los GRD mediante una aplicación informática. Resulta un proceso costoso, ya que se debe considerar que sólo en el Consorcio se producen alrededor de veinticinco mil altas al año y son tratados aproximadamente seis mil pacientes con cirugía sin ingreso, por lo tanto, el volumen de datos que se maneja desde Conselleria considerando a todos los Hospitales de la red es considerable.

A pesar de este hecho, los GRD suelen confeccionarse trimestralmente. Incluso en la actualidad se generan más a menudo, para facilitar la facturación intercentros que debe llevar a cabo la Conselleria, la cual deberá disponer de los GRD de todos los hospitales de la red de Hospitales de la Comunidad Valenciana.

Estos datos son de algún modo públicos, es como una memoria de los hospitales. Los médicos pueden acceder a los GRD de su servicio o sección con el fin de realizar análisis. Sin embargo no son concedidos en cualquier ocasión cuando se trata de personas ajenas a la organización. Si los datos son precisos para la realización de algún estudio, o de tesis doctorales, y según qué datos, éstos serán facilitados, siempre con el permiso de la dirección y del jefe del servicio.

Como conclusión podemos decir que, a causa de la falta de homogeneidad en los servicios prestados en el sector sanitario y la gran diversidad de pacientes, éstas medidas en ocasiones no son todo lo exactas que se pretende o se cree, según personal del Registro del Hospital General. Sin embargo, sí que permiten obtener un perfil del paciente y realizar una cuantificación aproximada del consumo de recursos, además de estar muy extendida, lo que hará posible como veremos a continuación realizar comparaciones entre diferentes hospitales.

i) Información aportada por el Case Mix

En primer lugar, y en general la aplicación más directa de la información obtenida mediante los GRD es la realización de comparaciones equitativas entre servicios médicos que se puedan considerar similares. Una vez hecha dicha comparación deberemos establecer el origen de ésta, ya que pueden deberse a verdaderas diferencias en cuanto a la gestión de los pacientes, o simplemente es que se trata de diferentes tipos de pacientes.

Con la información aportada por el case mix se podrá establecer la casuística para un período concreto, y para un determinado servicio médico u hospital, pudiendo posteriormente determinar los indicadores funcionales tanto de calidad como de coste para cada uno de los tipos de pacientes.

Centrándonos en la utilidad del case mix a la hora de hacer comparaciones, debemos destacar la gran ventaja que aportan los GRD, ya que ofrecen la posibilidad de trabajar con información basada en los diferentes tipos de pacientes. De este modo se elimina el posible factor de confusión que puede darse cuando se realizan comparaciones a nivel de

servicio o de hospital y no se consideran las diferencias existentes entre las clases de pacientes.

En cuanto a las comparaciones que se pueden realizar tomando como base la información ofrecida por los GRD, y que servirán de gran ayuda para evaluar el manejo de los diferentes tipos de pacientes, encontramos las siguientes:

Comparación entre hospitales

El uso extendido del CMBDH tanto en España como en la mayoría de países europeos hace posible la creación y mantenimiento de grandes bases de datos de una calidad aceptable. Por lo tanto, los hospitales pueden llevar a cabo comparaciones entre ellos mismos, siendo recomendable que dichas comparaciones sean entre centros similares en cuanto al tamaño, las características de los servicios, el grado de complejidad, entre otros, ya que de este modo éstas serán de mayor utilidad. Las comparaciones entre hospitales permitirán identificar determinadas particularidades, diferencias en cuanto a la eficiencia en el uso de las camas, la complejidad de los pacientes tratados o desviaciones en los indicadores de calidad.

Comparación temporal

Otros datos de interés para el hospital serán los obtenidos de las comparaciones temporales con periodos anteriores del mismo servicio. Mediante estas técnicas se podrá observar la trayectoria de determinadas variables de interés, como la mortalidad, las estancias medias en cada servicio, los reingresos, entre otras. Además, será posible establecer en el caso de que las diferencias sean considerables si éstas se deben a variaciones en la tipología de los pacientes tratados o no.

Comparación con un Gold Standard

Por último los hospitales podrán realizar comparaciones con respecto a un Gold Standard o estándar óptimo, con el fin de identificar desviaciones y así emprender acciones correctoras.

Sin embargo por el momento no se dispone de estos estándares óptimos, ya que debemos considerar que es sumamente difícil tratándose en un medio tan diverso como el de la atención sanitaria. Por lo tanto, estas comparaciones únicamente se podrán llevar a cabo tomando como valor de referencia la media de conjuntos amplios de hospitales españoles o europeos que sean de algún modo equiparables con el hospital con el cual se quiere comparar.

Este tipo de comparaciones son de gran utilidad y aportan información muy valiosa, aunque siempre se debe tener presente que las medias con las que se comparan los datos no son estándares que representen la excelencia, sino el comportamiento general actual de los centros hospitalarios considerados para el cálculo de la media. Es por esta razón que las diferencias o desviaciones no significarán necesariamente un mal funcionamiento que deba corregirse, sino que deben ser interpretadas como desviaciones respecto al promedio de los centros equiparables. Serán los médicos los encargados de determinar estos hechos.

j) El Case Mix y sus indicadores

Como ya hemos citado, la primera y puede considerarse la más importante aplicación del case mix es la identificación y conocimiento de las diferentes clases de pacientes que son atendidos en un determinado centro hospitalario. Posteriormente hemos visto que también se pueden llevar a cabo interesantes comparaciones, de naturaleza temporal, entre servicios y respecto a una media tomada como referente.

Podemos decir que de forma aproximada los veinticinco GRD más usuales comprenden el cincuenta por ciento de los pacientes de cualquier centro hospitalario. Estudiar con mayor detenimiento y periodicidad las patologías más frecuentes en un hospital puede considerarse como un objetivo importante, ya que una variación respecto a éstas podrá suponer un impacto considerable no sólo en un determinado servicio del hospital, sino en el conjunto de la organización.

Ya hemos tratado el estudio de GRD de forma individualizada. Sin embargo también es de gran utilidad la creación de otros indicadores para su posterior estudio. Es el caso del denominado Índice Case Mix y el Peso Medio de un servicio o un hospital, los cuales pasaremos a explicar a continuación.

Índice Case Mix

Dicho índice indicará la complejidad relativa de los pacientes de un determinado servicio u hospital, medida en comparación a un estándar de comparación, cuyo valor medio de complejidad sería la unidad.

Dicha complejidad relativa será estimada mediante la estancia media relativa de un determinado GRD respecto al conjunto de los pacientes de las bases de datos españolas. El resultado del índice indicará si los pacientes del servicio u hospital considerado muestran mayor o menor complejidad, dependiendo si se alcanzan valores superiores o inferiores a la unidad.

Peso Relativo por GRD

Este indicador informará acerca del peso medio relativo de los pacientes del servicio u hospital, para posteriormente poder compararlo con los valores alcanzados por otros centros. Además se podrá realizar un estudio similar al del índice case mix, hallando la razón entre el peso relativo obtenido para un determinado centro y el peso relativo del patrón tomado como referencia, y obteniendo el peso relativo del centro. Esta medida expresará una estimación del coste relativo respecto al estándar, tomando como valor de referencia la unidad de nuevo. Los valores superiores a la unidad indicarán un mayor coste medio, mientras que los inferiores indicarán la situación contraria.

Como conclusión, ambos indicadores serán considerados estimaciones que aportarán información complementaria sobre la complejidad y el comportamiento en cuanto al consumo de recursos. Para el primero de los indicadores se utilizará la estancia por GRD en España para obtener una estimación del consumo de recursos, mientras que para el segundo se usarán las estimaciones de coste relativo por GRD correspondientes a Estados Unidos.

k) Los Outliers o Extremos

Como hemos comentado, la estancia media es comúnmente utilizada como estimador del consumo de recursos, tanto por su fácil disponibilidad como por la relación demostrada con los recursos consumidos. Al utilizarse medidas como la estancia media, las cuales son medidas de centralización, se debe tener en cuenta la existencia de valores anómalos o valores extremos (outliers). Por lo tanto, es conveniente utilizar estimaciones robustas, es decir, que no estén distorsionadas por valores que se alejen demasiado del comportamiento general del conjunto y que sean una buena estimación de los valores medios de la distribución.

Para llevar a cabo la identificación de los denominados outliers se calcularán unos límites de estancia que serán considerados puntos de corte, funcionando como límites, ya que las observaciones que queden fuera del intervalo comprendido entre el límite superior e inferior de estancia serán excluidas. Estas observaciones excluidas conformarán los outliers inferiores y superiores de la distribución.

La determinación de los puntos de corte para cada GRD se hará utilizando grandes bases de datos de ámbito nacional, debiéndose actualizar anualmente. Mediante este estudio es posible obtener para cada GRD dos indicadores considerados de gran utilidad: la estancia

media depurada y la proporción de outliers, los cuales seguidamente pasaremos a explicar.

En primer lugar, la estancia media depurada será la estancia media, pero sólo siendo considerados las observaciones (es decir, pacientes) incluidos en el intervalo comprendido entre el límite superior e inferior anteriormente explicados. En otras palabras, este indicador será la estancia media de los pacientes para un determinado GRD tras haber eliminado de las observaciones los valores anómalos, ofreciendo en general una mejor estimación del consumo medio en cuanto a estancias.

Por otra parte el porcentaje de outliers será un buen indicador para la identificación de casos con posibles problemas en cuanto a calidad. De este modo, mediante estos dos últimos indicadores, queda constatada la importancia de identificar los outliers y tratar de eliminar su efecto distorsionador.

I) Otro aspecto importante: la gestión de camas en el hospital

Como ya hemos comentado anteriormente, el indicador constituido por la estancia media es muy utilizado en la gestión hospitalaria. Dicho indicador, además, puede ser considerado un buen estimador, aunque indirecto, del consumo de recursos en el hospital y de la eficiencia en la gestión de camas, uno de los aspectos más importantes en cuanto al manejo de los pacientes en el centro, de hecho, explicamos que la correcta gestión de las camas y el hecho de que las altas sean dadas antes de la una es uno de los principales objetivos en el Consorcio.

De este modo se podrán realizar comparaciones entre las estancias medias de los diferentes GRD (siendo un análisis que no presenta dificultad alguna), y así extraer información acerca de las diferencias existentes entre los diferentes tipos de pacientes. Además, una ventaja que presenta este método de comparación es la eliminación del factor de confusión relacionado con las diferencias de case mix existentes.

Otra buena aplicación que se lleva a cabo en el hospital es la comparación entre la estancia media de un determinado servicio y una estancia media estándar para dicho servicio. El proceso es el siguiente. En primer lugar se calculará la estancia media ajustada por case mix, que corresponderá con la estancia media del servicio (o del hospital si se quiere calcular de forma global) en el caso de tener un patrón de pacientes igual al patrón de referencia, utilizando las estancias medias propias para cada GRD.

De este modo, la estancia media ajustada por case mix y la estancia media del estándar son comparables, ya que ambas tienen el mismo patrón de pacientes, y por lo tanto, se

puede sacar conclusiones acerca del consumo de uno de los principales recursos del Hospital, es decir, las camas.

A continuación propondremos un ejemplo. Los datos utilizados no son reales, ya que el Hospital no facilita información de este tipo. Se ha considerado el servicio de medicina interna con sus GRD correspondientes, calculando para cada uno de ellos la estancia media y la estancia media estándar de la forma que hemos visto antes. También se tendrán en cuenta el número de episodios (podrán ser mensuales, trimestrales, etc.) para poder estimar el impacto total que tiene el exceso (o el defecto) de las estancias medias en el servicio. El análisis de las estancias medias quedaría del siguiente modo:

Tabla 3: *Ejemplo del análisis de las estancias medias*

	<i>Episodios</i>	<i>EM servicio</i>	<i>EM estándar</i>	<i>Diferencia</i>
GRD 88	201	11,3	10,1	+1,2
GRD 14	99	8,8	6,2	+2,4
GRD 97	81	7,5	7	+0,5
GRD 127	70	11,2	9,8	+1,4
GRD 140	55	9,3	7,5	+1,8

Fuente: elaboración propia. Datos extraídos de Casas, M.; (1995) GRD. Una guía práctica para médicos.

El exceso en los días de estancia de los pacientes de cada GRD al final del periodo repercute en gran medida en la eficiencia del servicio. Se están utilizando más camas de las que se deberían utilizar, las cuales podrían ser destinadas para atender a más pacientes o llevadas a otros servicios del hospital que posiblemente las necesiten más.

Finalmente, y como extensión de este método, el hospital calculará el denominado índice funcional, siendo éste la razón entre la estancia media ajustada del servicio y la estancia media estándar. Si el índice funcional muestra un valor superior a la unidad estará reflejando que la eficiencia relativa en cuanto a la gestión de camas de un determinado GRD es inferior a la que le correspondería. De hecho, podemos considerar que este

índice nos aporta una idea de las camas potencialmente "ahorradas o excesivas" en referencia al estándar.

A continuación calcularemos los índices funcionales de cada GRD del ejemplo anterior:

Tabla 4: *Ejemplo del cálculo del índice funcional para cada GRD*

	<i>EM servicio</i>	<i>EM estándar</i>	<i>Diferencia</i>	<i>Índice funcional</i>
GRD 88	11,3	10,1	+1,2	1,12
GRD 14	8,8	6,2	+2,6	1,42
GRD 97	7,5	7	+0,5	1,07
GRD 127	11,2	9,8	+1,4	1,14
GRD 140	9,3	7,5	+1,8	1,24

Fuente: elaboración propia. Datos extraídos de Casas, M.; (1995) GRD. Una guía práctica para médicos.

Por ejemplo, en el caso del GRD 88, estamos hablando de un índice funcional de 1,12, lo que significa que para dicho GRD existe una ineficiencia aproximada de un doce por ciento. En nuestro ejemplo todos los GRD considerados muestran ineficiencia en cuanto al consumo de camas.

m) Índices útiles en la gestión hospitalaria

Seguidamente presentaremos y analizaremos algunos indicadores que resultan de gran utilidad para la gestión hospitalaria y el control de costes, tal y como se describe en GRD. Una guía práctica para médicos, de Casas, M.

- Indicadores ajustados por casuística y por funcionamiento

A continuación seguiremos tratando el indicador de la estancia media, en este caso con la estancia media del hospital. Sin embargo, introduciremos un nuevo concepto: el ajuste.

Existen dos factores independientes que inciden en el resultado que toma el índice de la estancia media: la casuística y el modelo funcional del centro.

Entendemos por casuística la composición que el hospital tiene de los diferentes tipos de pacientes, es decir, la cantidad de pacientes correspondientes a cada GRD que atiende el centro. El modelo funcional del hospital hará referencia al número de días que son necesarios para tratar a los pacientes, siendo esta magnitud tomada como una estimación del consumo de recursos. Una vez hechas estas especificaciones, veamos algunos de los indicadores ya citados, pero realizando el correspondiente ajuste.

- *EM ajustada por funcionamiento (EMF)*

La estancia media ajustada por funcionamiento se calculará tomando la EM por GRD del estándar, es decir, el patrón funcional del estándar, y los pacientes que el hospital efectivamente ha atendido. La EMF tendrá la siguiente fórmula:

$$EMF = \text{SUMATORIO} (N_{ih} * E_{mis}) / \text{SUMATORIO} (N_{ih})$$

El subíndice i hará referencia al GRD "i", el subíndice h hará referencia a datos correspondientes al hospital.

En cuanto a los valores que el índice puede tomar, si el valor del mismo es mayor a la EM del estándar podremos afirmar que el hospital tiene mayor proporción de pacientes de larga duración, por lo que tendrá una casuística más compleja que la del estándar.

- *Peso medio del hospital*

Podemos decir que cada GRD llevará un peso relativo asociado, relacionado con el coste relativo de estos GRD en referencia al paciente medio en hospitalización de agudos. Los pesos se calcularán cada año, correspondiendo a la estimación del coste relativo de los GRD en USA, siendo el coste del paciente medio de hospitalización de agudos igual a uno.

Por ejemplo, si el peso de un determinado GRD fuera de 0,5, esto significaría que el coste del paciente correspondiente a este GRD sería la mitad del coste del paciente medio en EEUU.

Estos pesos relativos por GRD podrán cambiar de un entorno a otro, sin embargo, suelen corresponderse, ya que los pacientes con mayor coste asociado en EEUU también lo serán en los países europeos. De hecho, en algunos países europeos

se han llevado a cabo estudios de costes locales y se ha demostrado que dichos costes tienen una alta correlación con los pesos de EEUU.

Para estudiar el grado de complejidad de la casuística del hospital podemos tomar el peso medio, tomándolo como un índice complementario al índice case mix.

El peso medio de un hospital será el siguiente:

$$\text{Peso medio } h = \text{SUMATORIO } (N_{ih} * P_{ri}) / \text{SUMATORIO } (N_{ih})$$

El subíndice *i* hará referencia a cada GRD, siendo *N_{ih}* el número de altas del GRD "*i*" en el hospital, y *P_{ri}* el peso relativo del GRD "*i*".

Cabe destacar que el peso medio de hospitalización de agudos en nuestro país no ha de ser necesariamente la unidad. Este peso medio deberá ser establecido en relación con los centros con los cuales se quiera realizar la comparación.

- *EM ajustada por casuística (EMC)*

De forma análoga obtendremos la estancia media ajustada por casuística para el hospital, calculada tomando los pacientes del estándar y las EM por GRD correspondientes al hospital:

$$\text{EMC} = \text{SUMATORIO } (N_{is} * E_{mih}) / \text{SUMATORIO } (N_{is})$$

Por lo tanto, ésta será la estancia media del hospital en el caso de haber tratado a los pacientes del estándar con sus propias estancias medias, lo que posibilita realizar una comparación directa con el estándar, ya que hemos eliminado las posibles diferencias de casuística como factor de confusión.

Si el valor de la EMC del hospital es superior a la EM del estándar significará que el hospital está consumiendo más días de hospitalización para el mismo número y tipos de pacientes que en el caso del estándar, por lo que será recomendable tomar medidas correctoras.

Con las EM ajustadas y habiendo eliminado los factores que quieren analizarse podremos realizar comparaciones con el estándar y con otros hospitales, sin la distorsión que estos factores en ocasiones pueden ocasionar en los indicadores. Por ejemplo, al comparar la EMC de dos centros estaremos considerando que ambos han tenido los mismos pacientes que el estándar, por lo que podremos comparar de forma directa, y considerar estos indicadores como medidas de los modelos funcionales de ambos hospitales.

El efecto de estos factores en las diferencias existentes entre la EM bruta del hospital y la EM del estándar puede evaluarse mediante diferencias o más frecuentemente mediante índices, como veremos a continuación.

- ***Índices para evaluar el grado de complejidad de la casuística***

Para determinar la complejidad de la casuística se utilizarán fundamentalmente dos índices: el índice case mix (ICM) y el peso relativo del hospital.

- **Índice case mix**

El ICM expresará el grado de complejidad relativa de la casuística o tipología de los pacientes del hospital respecto al estándar. La forma de calcularlo será la siguiente:

$ICM = EMFh / Ems$; siendo la Ems igual a la EM global del estándar

Si el índice toma valores mayores a la unidad significará que la complejidad de la tipología de los pacientes del hospital es superior a la correspondiente al estándar, es decir, el hospital estará tratando pacientes de larga hospitalización en mayor medida que en el caso del estándar.

- ***Peso relativo del hospital***

El PR del hospital se calculará como la razón entre el peso medio del hospital y el peso medio del estándar considerado:

$PR = \text{Peso medio del hospital} / \text{Peso medio del estándar}$

Del mismo modo, un PR superior a uno nos indicará que el hospital tiene una combinación de pacientes, una casuística más compleja que el estándar, pudiendo sacar de este índice una estimación porcentual de dicho exceso de complejidad.

Los resultados de ambos índices suelen coincidir, confirmando el mayor o menor grado de complejidad del centro respecto al referente aceptado como estándar. Sólo en algunos casos concretos, como es el caso de centros de gran nivel de especialización, podrán existir diferencias entre ambos índices, mostrando mayor nivel de complejidad en el peso relativo. Esto se debe a que algunas de las patologías más costosas no se traducen en un consumo relativo de cama tan elevado con su coste relativo.

- **Índices de eficiencia en la gestión de camas**

En cuanto a la evaluación del modelo funcional (o gestión de camas) el hospital dispondrá también de dos índices: el índice funcional (IF) y la razón de funcionamiento estándar (RFE).

- Índice funcional

Dicho índice será calculado mediante la razón entre la estancia media ajustada por case mix y la estancia media del estándar:

$$Ifh = EMCMh / Ems$$

Este índice nos dará una idea del esquema funcional del hospital, en comparación al estándar, y de la eficiencia relativa del centro. La interpretación será la siguiente: si el índice funcional, por ejemplo, toma un valor de 1,2, significará que el hospital necesita un veinte por ciento más de días de hospitalización, o lo que es lo mismo, días de cama, para tratar los mismos pacientes que el estándar. Por lo tanto, el índice funcional será una buena medida para calcular la eficiencia/ineficiencia respecto a la gestión de las camas del hospital.

El Ifh permitirá realizar comparaciones entre diferentes centros, siempre teniendo en cuenta que se debe tomar el mismo estándar.

- Razón de funcionamiento estándar

La razón de funcionamiento estándar corresponderá con la razón entre la estancia media del hospital y la estancia media esperada si se considerara cada GRD con la estancia media del estándar de comparación. Es decir:

$$RFE = EM observada / EM esperada = Emh / EMFh$$

Cuando la razón de funcionamiento estándar toma valores superiores a la unidad significará que el hospital es menos eficiente, ya que necesita más días de hospitalización que el estándar.

A diferencia del indicador anterior, la RFE no permite hacer comparaciones entre distintos centros, ya que para cada hospital tomaremos como base su propia casuística, no siendo comparable de un centro a otro.

Una vez vistos estos indicadores, es importante considerar los patrones de comparación o estándares, ya que si no se dispone de éstos no se podrá extraer información o

conclusiones acerca de la situación del hospital. En cuanto a los estándares podemos diferenciar dos clases:

- Un estándar ideal, o un Gold Standard, el cual representaría la excelencia
- Un estándar calculado a partir de situaciones reales, es decir, un promedio o un valor extremo obtenido a partir de las observaciones extraídas de los hospitales en un momento determinado, siendo en este caso de gran utilidad las bases de datos existentes actualmente

En cuanto a los Gold Standard, cabe destacar la imposibilidad de su uso por el momento, ya que el entorno de los servicios sanitarios es cambiante e inestable. Por lo tanto, la alternativa que ofrece mayores garantías es hacer uso de las bases de datos hospitalarias, y mediante éstas establecer estándares que permitan realizar comparaciones. Debemos tener en cuenta que no se trata de estándares ideales, por lo que no representan una situación perfecta, y cualquier desviación deberá ser estudiada con detenimiento e interpretada, siempre teniendo presente que el estándar corresponderá con la realidad del entorno en el momento considerado, y no con la excelencia.

3.3.6. SERVICIO ECONÓMICO-ADMINISTRATIVO

a) Introducción

Podemos decir que el servicio económico-administrativo del Hospital General de Valencia ha seguido una evolución y trayectoria paralela a la del consorcio, participando del nuevo modelo de gestión que se planteó. Dicho servicio, el cual cuenta con quince profesionales entre jefe de servicio, jefe de sección, técnico de administración, jefes de negociado, jefes de grupo y personal administrativo, ejerce sus funciones dependiendo directamente del Director Económico Financiero del Consorcio.

Los años 2002 y 2003 pueden ser considerados como años de inicio, adaptación e implantación de la Contabilidad Financiera así como de la aplicación informática DIMONI. Dicha aplicación es un software destinado a la gestión financiera, orientado fundamentalmente a facilitar la comunicación y el intercambio de datos en organizaciones de un tamaño considerable. Tras estos acontecimientos en 2004 tuvo lugar el inicio de la Contabilidad Presupuestaria y de una nueva aplicación cuyo nombre es SICAP (Sistema de Información de Centros de Atención Primaria).

Podemos decir que el año 2005 ha sido el año definitivo de desarrollo y mejora de lo ya iniciado en 2004, llevando a cabo la evaluación constructiva de dichos procedimientos, gestión y formas de control, siempre teniendo presente el principio de la mejora continua en la calidad, reflejado en el Plan de Gestión establecido para 2006.

Las funciones a desempeñar por este servicio son diversas. A continuación explicaremos las principales competencias de las cuales se encarga el servicio económico-administrativo.

b) Competencias del servicio

Las competencias del servicio Económico-Administrativo pueden agruparse en seis áreas principales: contabilidad, facturación, control interno, patrimonio e inventario de bienes, mantenimiento de terceros y por último correo y mensajería.

En relación con la **contabilidad** del Hospital el servicio llevará a cabo las siguientes funciones:

- Elaboración del presupuesto, además de su seguimiento, gestión y liquidación
- En cuanto a las facturas, se llevará a cabo su registro, validación, tramitación así como su contabilización y finalmente su archivo; del mismo modo se resolverá cualquier clase de incidencia en la tramitación y validación de las mismas
- Llevanza de la contabilidad del Hospital, registrando los apuntes contables correspondientes y los documentos contables que sean necesarios para la gestión del presupuesto de ingresos y gastos, además de la elaboración de todas las resoluciones que éstas requieran
- Siguiendo con la documentación contable, el servicio también elaborará las Cuentas Anuales del Hospital, para posteriormente presentarlas ante el Consejo de Gobierno y la Sindicatura de Cuentas
- Elaboración de las normas de gestión del presupuesto del Consorcio
- Ejercerá un control exhaustivo respecto de los expedientes de contratación administrativa en su faceta de gasto
- Por último, el servicio se encargará de cualquier informe que sea solicitado desde las Direcciones territoriales, otros servicios o áreas del centro, así como por la Intervención General de la Administración del Estado y de la Generalitat Valenciana

En cuanto a la segunda de las áreas, la cual es la de facturación, las tareas del servicio serán las expuestas a continuación:

- En primer lugar el servicio se encargará de la facturación de las prestaciones asistenciales, tales como accidentes de trabajo, accidentes de tráfico, particulares, entre otros
- Del mismo modo también se ocupará de la facturación de las prestaciones no asistenciales, como son cánones, facturas a Iberdrola, EVES, así como otras facturas que se deriven de conciertos o convenios con otras entidades, bien sean públicas o privadas
- Realización de los partes de asistencia
- Llevará a cabo la gestión de cobro
- Elaborará el anteproyecto del presupuesto de ingresos, además de otros informes y estadísticas asociadas

La función de control interno de legalidad se inició durante el ejercicio 2005. Este control interno se realiza en relación a la contabilización de gastos. Las funciones propias relacionadas con el control interno de legalidad serán las siguientes:

- Realización de los Informes Fiscales y del Informe Anual de Fiscalización Previa
- Llevar a cabo el denominado Informe Anual de Fiscalización a posteriori por técnica de muestreo
- Llevar la contabilización de las propuestas contables sometidas a fiscalización previa

En referencia a la función de gestión del patrimonio inventario de bienes, los principales aspectos serán las altas, bajas y registro de los bienes de inmovilizado, llevar el inventario, es decir, realizar las actas de recepción de los bienes, así como llevar a cabo la identificación física de los mismos, y por último, encargarse de los trámites para la donación y cesión de bienes e inmovilizados al Consorcio, al igual que para su aceptación por parte del centro.

La función de mantenimiento de terceros consistirá en tareas como la recepción y clasificación tanto del correo como de facturas, así como su posterior registro interno, la atención a los proveedores del Hospital, la cual comprenderá el realizar los extractos de

estado de cuentas a proveedores y elaborar determinados documentos que informe acerca de la situación de las mismas, y llevar la gestión de las altas documentadas del Registro de Terceros, al igual que del Registro de Terceros y del Registro de Endoso y Factoring.

Por último, el servicio económico-administrativo se encargará del correo y de los servicios de mensajería del centro, recibiendo diariamente la valija, así como los avisos del Consorcio y lleva a cabo su distribución por los diferentes servicios del Hospital.

Además de las funciones propias de este servicio explicadas anteriormente, destaca también la participación del personal del servicio en actividades de formación: asistencia a congresos, cursos impartidos (concretamente sobre gestión presupuestaria), asistencia a diversos cursos (sobre contabilidad de costes, gestión presupuestaria o idiomas).

Las explicadas hasta este punto son las funciones establecidas para el servicio económico-administrativo. Sin embargo, destacan otras actuaciones generales y de control también llevadas a cabo por el servicio, las cuales serán explicadas seguidamente.

c) Otras actuaciones generales y de control

Durante los últimos ejercicios, el servicio económico-administrativo del Hospital realizó otras acciones, entre las cuales serán destacables las siguientes:

- Durante el ejercicio 2005 el servicio se encargó del análisis cuatrimestral de los puntos de los procedimientos que pudieran resultar menos operativos, con el fin de realizar cambios que se traduzcan en mejoras
- Se realiza una supervisión así como análisis trimestrales de la ejecución del presupuesto de gastos e ingresos, estudiando determinados estados financieros, en concreto: el balance de situación, el balance de comprobación y los estados de ejecución de presupuestos de ingresos y gastos.
- También se llevaron a cabo desde este servicio durante el último ejercicio medidas de control del trabajo realizado, siendo algunos ejemplos listados diarios de los registros de las facturas o la supervisión de los documentos contables sometidos a fiscalización previa
- La elaboración de los pedidos de compras de las facturas correspondientes a diversos servicios del centro, realizando previamente la correspondiente validación
- Concretamente a lo largo del ejercicio 2005 se elaboraron modelos normalizados nuevos de los Registros de Mantenimiento de Terceros y del Registro de Endoso

- De forma periódica se llevan a cabo reuniones, y se trabaja por la adaptación y creación del nuevo módulo de Patrimonio
- Por último, el servicio también se encargará de la normalización de informes, modelos y demás documentación del servicio en castellano y valenciano

d) Plan de gestión y objetivos del servicio económico-administrativo

Podemos establecer que el principal objetivo del servicio es el de mejora constante en sus procedimientos y funciones, constituyendo éste la base para otros objetivos que se plantea para el futuro el servicio económico-administrativo. A continuación plantearemos algunos de ellos:

Implantación y desarrollo del módulo de patrimonio

El proyecto que se quiere llevar a cabo consiste en la creación de un nuevo módulo para el negociado de patrimonio, el cual estará conectado a la aplicación informática SICAP, con lo que se conseguirá que las altas de inventario tanto por adquisición, cesión o adscripción puedan darse de alta de forma simultánea en dicho inventario y del mismo modo repercutir su valor en las cuentas contables de los Fondos Propios del Balance de Situación del Consorcio.

Elaboración del Manual de Procedimientos de la Gestión del Servicio

Este manual abarcará todos los procedimientos realizados por el personal del servicio, desde la entrada y registro de las facturas, la recepción de solicitudes a terceros, hasta la fase final de gestión. Este manual será revisado de forma periódica, de acuerdo con las normas de calidad de los servicios administrativos, y teniendo siempre presente la excelencia en la calidad, principio que podemos encontrar en todos los servicios del Hospital.

Registro único

En la actualidad existe una duplicidad en cuanto al registro de las facturas, ya que éstas en ocasiones se deben registrar en dos ocasiones, pues son dos las aplicaciones informáticas que soportan el sistema de contabilización (SICAP y carga automática). En consecuencia a esta duplicidad en el trabajo y con el fin de poder evitarla se quiere desarrollar un sistema de registro único para las facturas, consiguiendo una mayor eficiencia en el trabajo desarrollado por el servicio.

Módulo de Gestión de Cobro

Se plantea el desarrollo y aplicación del Módulo de Facturación, implantando una aplicación informática que permita llevar a cabo una gestión de cobro integral.

Realización de la Memoria económico-financiera correspondiente a cada ejercicio

Por último, el servicio también se deberá encargar de la redacción de la memoria cada ejercicio, la cual estará integrada por la Memoria Contable y por un análisis de ratios que muestre la situación económico-financiera del Consorcio Hospital General Universitario de Valencia.

3.3.7. UNIDAD DE ASEGURAMIENTO

A continuación explicaremos todas las funciones de esta unidad de reciente creación en el Hospital General de Valencia.

a) FUNCIONES PRINCIPALES

La principal función de dicha unidad es la identificación de todos los pacientes que pasan por cualquiera de los departamentos del hospital. Esta operación de identificación se realiza mensualmente.

Puede decirse que es una unidad de gran importancia desde que se estableciera el nuevo sistema de financiación capitativa (ver *financiación capitativa*). Como ya hemos visto, este sistema permite al paciente decidir dónde desea ser atendido, aspecto que puede llegar a incrementar la calidad de la asistencia. Además, mediante una serie de identificadores, permite detectar si muchas de las urgencias de un determinado hospital se desvían a otro, situación que puede traducirse en ocasiones como una falta de calidad, eficiencia, entre otros.

Los pacientes del Consorcio atendidos por otros centros generan unos pagos que han de satisfacerse a éstos, dándose la misma operativa pero de forma inversa con los pacientes atendidos por el Hospital General pero pertenecientes a otros centros.

Este sistema de "compensación" comenzó a utilizarse con los pacientes de Urgencias, los cuales poseen en cada uno de los hospitales una tarifa plana, y las Hospitalizaciones, facturadas mediante los GRD's. Próximamente el sistema será aplicado también a las consultas externas. De este modo el paciente decide en todo momento dónde quiere ser atendido.

Las funciones más relevantes de la unidad de aseguramiento serían:

- La completa identificación de los pacientes, tanto los que le corresponden al Hospital por zona como los que no. Desde esta unidad se debe procurar la obtención de todos los datos, la comprobación de cada tarjeta SIP, identificar posibles duplicidades de historias médicas, entre otros.
- Y sobre todo, ya que es de gran importancia en la situación actual, la identificación de las personas inmigrantes que son atendidas en el Hospital, sin tener los papeles correspondientes, así como normalizar su situación.

La operativa que se sigue cuando un paciente inmigrante acude al hospital es la siguiente. En primer momento, se le informa acerca de toda la documentación que debe tener y presentar, además de explicarle que no debe falsificar documentos, ya que este hecho puede generar diversas complicaciones, tanto para la persona como para el hospital. Es habitual que muchos de ellos utilicen documentación de compañeros que ya residen en España desde hace tiempo.

A la problemática de la documentación se une otro problema: la posibilidad de que dichas personas puedan transmitir enfermedades contagiosas comunes en otros países. Además, dichas personas son algo reticentes y suelen desconfiar, por lo que en muchas de las ocasiones es un colectivo complicado.

Otro aspecto importante también en ocasiones relacionado con este colectivo es la existencia de la denominada tarjeta TAS, destinada a personas sin recursos, mediante la cual pueden acceder tanto a asistencia sanitaria como a productos farmacéuticos de forma gratuita.

b) FIGURA DEL CRUZADOR

Como cruzador se conoce al programa que cada noche comprueba todos los datos de cada uno de los pacientes que han sido atendidos durante el día en el centro. Como ya hemos comentado anteriormente, la exactitud de los datos es un aspecto de gran importancia para el hospital, y de ello se encarga dicha unidad. De cada paciente que pasa por el hospital se tienen diversos datos, tales como el nombre completo, la edad, el número de la tarjeta sanitaria, etc. El programa mencionado va cruzando y comprobando los datos obtenidos por el hospital con los datos que de cada individuo tiene Conselleria. Los datos que están correctos se cruzan directamente. En los casos en los que alguno de los datos no coincide con los disponibles en Conselleria se procederá a cruzarlos en función de diferentes criterios, como pueden ser el número de la tarjeta SIP (criterio más

utilizado), el nombre, el DNI, etc. Una vez se ha cruzado al día siguiente se rectificarán los datos que sean incorrectos.

Cabe destacar el uso de esta herramienta a la hora de realizar una completa identificación de personas inmigrantes, ya que es frecuente la falta o inexactitud en los datos de dicho colectivo.

c) ELEMENTOS IDENTIFICADORES

Entre los principales elementos identificadores encontramos la tarjeta SIP, que cada uno de los usuarios del sistema sanitario valenciano ha de tener. Dicha tarjeta es imprescindible para poder ser atendido en cualquiera de los centros de asistencia primaria.

Es por ello que a cada recién nacido en el hospital se le asigna su correspondiente tarjeta sanitaria SIP, así como un médico pediatra.

Para la correcta gestión de todos los datos de los usuarios existirá una aplicación SIP en cada hospital de la red de hospitales de la Comunidad Valenciana y una aplicación SIP en Conselleria.

Además de dichas tarjetas existen otras con carácter provisional. Es el caso de las personas sin recursos. Dichas personas si se demuestra que realmente carecen de recursos tienen derecho a asistencia sanitaria gratuita y a medicamentos. Deben acreditar sus situación mediante una declaración jurada, un documento expedido por un trabajador social de su ayuntamiento que informe acerca de la situación de la persona y el DNI y pasaporte en el caso de los inmigrantes. Durante la tramitación de la tarjeta sanitaria definitiva, la cual puede llevar de uno a seis meses, se les facilitará una SIP provisional y también acceso gratuito a medicamentos.

d) FACTURACIÓN INTERCENTROS

La facturación intercentros ha sido la principal consecuencia del nuevo sistema sanitario establecido en la Comunidad Valenciana. Mediante este sistema el paciente es atendido donde realmente él desea, aunque esté asignado a otro hospital.

El funcionamiento es el siguiente. El área de usuarios de la Comunidad Valenciana está dividida en ocho zonas, a las cuales se les asigna unos centros u hospitales determinados. A cada una de estas zonas se le es asignado un presupuesto, en función de la población a la que ha de hacer frente. La facturación intercentros, es decir, entre hospitales surge cuando el paciente puede elegir entre ir al hospital que le ha sido

asignado desde Conselleria o por el contrario decide acudir a otro centro por cualquier razón. Si finalmente optara por ir a otro centro éste debe facturar el servicio sanitario prestado al usuario y transferirlo al hospital que le corresponde al paciente por zona.

Que el paciente decida ser atendido en otro centro puede ser por diversas razones, siendo una de las posibles razones la calidad del servicio prestado. Por ello, es interesante analizar las “derivaciones” y la “atracción” que presenta el hospital, con el fin de detectar qué servicios gozan de mayor calidad y cuáles de ellos han de mejorarse. En el caso del *Consortio Hospital General Universitario de Valencia* los servicios que presentan mayor grado de atracción son la Unidad Cardíaca y la Unidad de Dermatología, siendo el Hospital en ambas especialidades centro de referencia. Sin embargo también existen especialidades en las que existen derivaciones, como es el caso de la Unidad de enfermedades oculares.

Frente a las derivaciones que el Hospital tiene se puede actuar desde diversos frentes, siendo uno de los más relevantes las listas de espera. Se debe tratar de reducirlas y realizar una mejor y más exhaustiva gestión de las mismas. Una de las novedades en este sentido es la introducción de las listas de espera en las consultas externas, y así obtener la demora real también en este tipo de servicio.

Este nuevo sistema ayuda a paliar un problema muy común años atrás en nuestra comunidad. Muchos turistas, sobre todo procedentes del Reino Unido, durante sus vacaciones en la comunidad eran operados, fundamentalmente se trataba de operaciones coronarias e implantes de prótesis. Este fenómeno suponía un gran coste ya que se iba demasiado presupuesto que no era reembolsable, de hecho el GRD de las operaciones de bypass muestra un coste de diez millones de las antiguas pesetas. Esta problemática se ha solucionado en gran medida.

A pesar de que este nuevo sistema tiene diversas ventajas, como es el hecho de que el paciente puede elegir en cualquier momento dónde quiere ser atendido, también presenta algunas limitaciones. De hecho, y según cifras del Hospital General, existen cerca de siete mil registros al año que no pueden compensarse, fundamentalmente debido a la falta e inexactitud de los datos. Se debe tener en cuenta la importancia de la puerta de urgencias. Además de que en ocasiones constituye la primera impresión para los pacientes, es importante que el personal que se encarga de la recepción de los datos desempeñe sus funciones de la manera más eficaz bajo situaciones de estrés y de presión, debido al gran número de urgencias recibidas al mes y al ambiente en el que se trabaja. Por ello desde el hospital se sabe que en la puerta de urgencias deben trabajar

preferiblemente buenos clínicos, y no residentes, con el fin de agilizar la recepción y la atención de los pacientes. De esta forma se asegura que el paciente vuelva a casa bien atendido, medicado y en el menor tiempo posible.

e) ATENCIÓN A LOS PRESOS

El Hospital General, además de corresponderle la zona dos también atiende a los pacientes procedentes de la Penitenciaría de Picassent, atendiendo tanto a presos como a recién nacidos procedentes de la misma. En el hospital son atendidos tanto los que están cotizando a la Seguridad Social como los que no. Para los últimos existe un sistema de compensación. Por lo tanto todos los presos tienen derecho a la asistencia sanitaria y a medicación.

Una novedad que se desea introducir respecto a este colectivo es el hecho de que en las historias clínicas de dichas personas, una vez salgan en libertad, no aparezca su estancia en prisión. Desde la Unidad de Aseguramiento se afirma que esto puede ser considerado como un estigma que no debe aparecer en las historias clínicas durante toda la vida del paciente.

f) PACIENTES CON PATOLOGÍAS CRÓNICAS

Los pacientes que sufren algún tipo de patología crónica normalmente son enviados al Hospital Doctor Moliner en Valencia, ya que se considera que en este centro están mejor atendidos. Cabe destacar que por cada paciente que el Hospital General envía a este centro ha de pagar una cifra que asciende a ciento noventa y siete euros diarios, suponiendo al mes alrededor de seis mil euros.

Sin embargo el Hospital General no debe desentenderse de dichos pacientes, por dos razones fundamentales: son pacientes que pertenecen al Hospital General y además suponen un desembolso importante para el presupuesto del Hospital. Por lo tanto, el Hospital ha de llevar a cabo una correcta gestión, seguimiento y control de dichos enfermos. Este seguimiento en la actualidad todavía no se realiza. Uno de los objetivos de la Unidad de Aseguramiento es conseguir que se realice y de este modo llevar un mejor control socio-sanitario de estos pacientes. Otra situación distinta sería si uno de los pacientes del Hospital General es enviado a este centro por otro hospital de la Comunidad Valenciana. En este caso la gestión le correspondería hacerla a este hospital, ya que ha sido quien ha decidido acerca de la conveniencia de que el paciente sea atendido en el centro Doctor Moliner.

3.3.8. SERVICIO DE CONTRATACIÓN Y LOGÍSTICA

Dicho servicio del Hospital realiza diversas funciones, entre las cuales encontramos la contratación de diversos servicios necesarios para el funcionamiento del centro, la compra de material y de medicamentos, la gestión y control del almacén del Hospital, entre otros. A continuación veremos de forma detallada cada una de estas tareas del servicio de contratación y logística.

a) Contratación de actividades y servicios

Para el correcto funcionamiento del Hospital son necesarios un gran número de servicios que no están directamente relacionados con la asistencia sanitaria, pero que sin embargo son imprescindibles. Estamos hablando de servicios como el de limpieza, alimentación y dietas, lavandería, seguridad y mantenimiento de las instalaciones, es decir, los denominados servicios generales.

En un principio en todos los hospitales de la Comunidad Valenciana dichos servicios eran desempeñados por personal propio de cada centro. Sin embargo, a mediados de los años ochenta algunos hospitales, entre los que encontramos al Hospital General de Valencia, comenzaron a externalizar algunos de estos servicios, viendo que podría ser beneficioso para el centro. Esta corriente de externalización comenzó con los servicios de seguridad y limpieza, extendiéndose posteriormente a servicios como la lavandería y la gestión de sábanas y pijamas, la alimentación (la restauración también fue externalizada), la jardinería, subcontratada a la empresa IBARIS, cuyos trabajadores son discapacitados, la gestión de las historias clínicas o incluso el servicio de radiología, subcontratado a la empresa ERESA.

En la actualidad el Hospital General está planteando la construcción de un nuevo centro sociosanitario. Este centro será un "hotel de pacientes", en las instalaciones del cual estarán integrados el nuevo servicio de rehabilitación y la piscina. El centro sociosanitario formará parte de los servicios externalizados por el Hospital, siendo gestionado por una empresa externa, aunque se desconoce de momento qué empresa se encargará de ello. El edificio aún no ha comenzado a construirse, sin embargo es uno de los principales objetivos del Consorcio.

La externalización de dichos servicios puede llevar asociadas diversas ventajas. Cuando se plantea la posibilidad de externalizar alguno de los servicios generales del hospital se estudian diferentes aspectos. Uno de los más importantes es el precio, y en la mayoría de las ocasiones conviene contratar el servicio a una empresa especializada, ya que los

costes son inferiores. Sin embargo también pueden mejorarse otros aspectos mediante la externalización de determinados servicios, como son la efectividad y la eficiencia, ya que las empresas que prestan estos servicios tienen personal especializado y competente en estas áreas determinadas, además de poseer experiencia en el servicio que desempeñan.

De hecho, en los hospitales de nueva construcción no se plantean dicha cuestión, ya que directamente optan por la gestión de los servicios generales y comerciales (cafeterías, aparcamientos, entre otros) por parte de otra empresa. Una empresa externa y privada se encarga de construir el hospital y lo dota con todo el material necesario para su funcionamiento. Como veremos a continuación, es el denominado contrato de concesión de obra pública, o el contrato de concesión de servicios públicos, en el cual no sólo se externalizan los servicios generales y comerciales, sino que también los servicios médico-sanitarios poseen una gestión externa por parte de una empresa que no es la Administración, para posteriormente recibir una retribución por cada paciente a cargo de la Administración, y en el caso de que los pacientes pertenezcan a dicho hospital y sean atendidos por otro también será la Administración la que compensará con este otro hospital las cantidades de dinero correspondientes.

Algunos ejemplos de dicha corriente en nuestra comunidad autónoma son los siguientes. En el caso del Hospital General uno de los servicios externalizados más recientemente es la Unidad de Hospitalización a Domicilio, destinada a que los pacientes terminales estén en un entorno más cómodo y favorable. Otro ejemplo sería el caso del Hospital de la Plana en Villareal, en el cual se están planteando el llevar a cabo la externalización de las pruebas de laboratorio. De hecho en dicho hospital ya se ha externalizado el área de las pruebas analíticas y el servicio de radiología digital, el cual está completamente informatizado con tecnología muy avanzada (incluso llegando al nivel americano).

La Comunidad Valenciana fue pionera en este aspecto con la creación del Hospital de la Ribera. Sin embargo, y como veremos a continuación, muchas otras comunidades están aplicando el mismo modelo o similares en la construcción de nuevos centros hospitalarios. En el apartado siguiente explicaremos de forma más exhaustiva las características de este nuevo modelo de gestión hospitalaria.

b) Nuevo modelo de gestión de servicios sanitarios y facturación: el Hospital de la Ribera

La concesión administrativa de obra pública está convirtiéndose en la nueva fórmula de gestión en diversas áreas. De hecho, este tipo de contratos no surge originalmente para

ser aplicado a hospitales. Hasta hace unos años este modelo había sido aplicado a autopistas, aparcamientos públicos (Plaza de la Castellana en Madrid), algunas obras hidráulicas (desaladoras, depuradoras), ampliación y construcción de puertos (Barcelona, Gran Canaria), construcción de nuevos palacios de justicia (Madrid), nuevas infraestructuras ferroviarias o la construcción de carreteras. Sin embargo, una de las últimas aplicaciones de este relativamente nuevo modelo de gestión ha sido en el campo de los servicios sociosanitarios.

Fundamentalmente es un modelo de construcción de obras públicas en el cual el empresario privado se encarga de la ejecución y la financiación (se obtendrá financiación a través del mercado privado de capitales), y además, de la explotación de la obra, mediante la cual se recuperará la inversión realizada y se obtendrá un beneficio a través del cobro a los usuarios por el uso de las instalaciones.

La característica fundamental de este nuevo modelo de gestión es la vinculación entre la retribución del concesionario con los pagos de quienes utilicen dichas instalaciones (derecho comunitario: artículo 1.d. Directiva 93/37/CEE y artículo 1.3 Directiva 2004/18/CE; en España: artículo 14 de la Ley 8/1972 del 10 de mayo, de construcción y explotación de autopistas en régimen de concesión).

La Comunidad Valenciana fue la primera en utilizar el contrato de concesión de servicio público mediante la creación del Hospital de la Ribera (Hospital de Alcira) en la provincia de Valencia, y que posteriormente se repitió en el caso del nuevo hospital de Denia en Alicante. Esta fórmula de contrato entronca de forma directa con el contrato de concesión de obra pública, de moda actualmente. De hecho, aunque con algunas diferencias, son dos modos de buscar la ayuda financiera privada en la construcción y gestión en algunos de los nuevos centros sanitarios públicos, siendo su última manifestación la concesión de obra pública hospitalaria.

Este último modelo se está siguiendo en otras comunidades. Es el caso de la Comunidad de Madrid, en la cual se está planteando la construcción de siete hospitales en régimen de concesión de obra pública, o las comunidades de Baleares, Castilla y León o Canarias, las cuales también se encuentran estudiando esta iniciativa.

Un ejemplo muy concreto de esta iniciativa es la creación de empresas públicas de creación y explotación de centros sanitarios, como es el caso de GISCARM, empresa gestora para la promoción, construcción y explotación de infraestructuras sanitarias de Murcia.

A continuación se expondrán las características más importantes de esta nueva modalidad de gestión sanitaria.

- ***Características principales de los contratos de concesión de servicio y obra pública***

Los aspectos más importantes de esta nueva modalidad de contratación son los siguientes:

- Contratante: será normalmente la Administración sanitaria autonómica, siendo en el caso de nuestra comunidad autónoma la Conselleria de Sanidad
- Concesionario: el papel del concesionario será desempeñado por una UTE o unión temporal de empresas adjudicataria, que debe constituirse como sociedad anónima, cuyo objeto social exclusivo sea únicamente ese contrato, quedando cualquier cambio accionarial sujeto a control administrativo previo
- El objeto social estará constituido por la elaboración del proyecto, la construcción y explotación de la obra del centro sanitario
- El proyecto de obra y de construcción será como cualquier contrato de obra pública sobre suelo público, y que concluye con el acta de comprobación (que no de recepción de la obra)
- En cuanto a la explotación de la obra podemos diferenciar dos modalidades, ya que los términos de la explotación variarán en función de que se trate de un contrato de concesión de obra pública o de un contrato de concesión de servicio público. En el primero de los casos la explotación de la obra consistirá en poner a disposición de la Conselleria (la Administración sanitaria) el inmueble y todo el equipamiento no sanitario, la prestación de los servicios residenciales y no sanitarios complementarios tales como mantenimiento, limpieza, lavandería, seguridad, catering, es decir, los servicios generales, y por último la prestación de los servicios comerciales, como son los aparcamientos, cafeterías y tiendas. La explotación no incluye los servicios médico-sanitarios.
- Sin embargo, en el contrato de concesión de servicio público la explotación normalmente incluirá además la gestión de los servicios médico-sanitario, como ocurre en el caso del Hospital de Alcira. El concesionario gestionará los servicios médico-sanitarios, percibiendo posteriormente una retribución por parte de la Administración por la prestación de dichos servicios.

En cuanto a los aspectos económico financieros destacaremos:

- La financiación del contrato se llevará a cabo mediante la captación de recursos en el mercado privado de capitales. Por otra parte, el derecho previamente mencionado del concesionario a percibir una retribución es un activo susceptible de ser cedido, titularizado, integrado en fondos de titulización, o pignorado, siempre con autorización previa de la Administración
- En referencia a la ya mencionada retribución del concesionario, ésta estará formada por las cantidades a pagar por la Administración y por los rendimientos de la explotación de la zona comercial. Los usuarios de los servicios médicos no pagarán en ningún caso. Esta situación la podemos encontrar en el Hospital de Alcira, al cual la Conselleria de Sanidad retribuye en función de la cápita asignada, recibiendo también la parte correspondiente a la refacturación de pacientes que, no siendo cápita, han sido tratados en el centro.
- La retribución recibida por el contratista equivaldrá al precio de las obras y otros costes de mantenimiento, es un término que hará referencia a los medios que permitirán al concesionario recibir el precio pactado con la Administración, cantidad que incluiría la recuperación de la inversión realizada por el concesionario.

En el caso del contrato de concesión de obra pública, las reglas que regirán la retribución del concesionario serán las siguientes:

- por una parte, ésta consistirá en las tarifas pagadas por los usuarios, las cuales son máximas, operan como precios privados y admiten descuentos
- los rendimientos correspondientes a las zonas comerciales
- en tercer lugar, la aportación o subvención que pueda realizar la Administración

Existen otros rasgos y requisitos de naturaleza legal, pero no demasiado relevantes en nuestro análisis, y todos ellos recogidos en la normativa anteriormente mencionada que regula este tipo de contratos.

En cuanto al régimen de las prestaciones se cumplirán las siguientes condiciones:

- El concesionario construirá la obra y posteriormente la explotará, asumiendo cualquier riesgo o ventura, aunque moderada en el caso de la obra y de los servicios complementarios, aplicándose la denominada "cláusula de progreso

técnico"

- El riesgo no generará derecho a compensación y no tendrá exclusiones en tres casos: el aumento, reducción, modificación o supresión de algunos de los servicios médicos de la zona, la explotación de las zonas comerciales y el nivel de demanda de los usuarios, lo que supondrá más o menos consultas, y por lo tanto, ingresos

Éstas son las características principales del régimen básico. A modo de conclusión, tres son los aspectos fundamentales de este tipo de contratos:

- En primer lugar, resaltar la diferencia en cuanto a la explotación entre el contrato de concesión de obra pública y el de concesión de servicio público. En el primero de ellos la explotación no comprenderá la gestión de los servicios médico-sanitarios, la cual será llevada a cabo por la Administración, mientras que en el segundo caso la explotación sí que incluirá la gestión de los servicios sanitarios por parte del concesionario.
- En segundo lugar, la financiación de la obra del hospital admite la negociación con la retribución futura que obtendrá la parte contratista;
- y por último y en tercer lugar, durante el funcionamiento de las instalaciones la retribución percibida por el contratista será pagada por la Administración competente, y en ningún caso por los usuarios. Dicha retribución dependerá de la calidad y de la regularidad de los servicios no sanitarios y de las instalaciones que serán utilizadas por la Administración.

NOTA: en el caso del contrato por concesión de obra pública, la Administración retribuirá al concesionario ya que él ha realizado la obra del hospital y la Administración está prestando los servicios médicos en estas instalaciones, mientras que cuando se trata de un contrato de concesión de servicio público, la Administración pagará por la gestión de los servicios sanitarios llevada a cabo por el concesionario y por la prestación de los servicios no sanitarios.

- Regulación de este tipo de contratos

El contrato de concesión de obras públicas o de concesión de servicios públicos es una de las diferentes modalidades para la ejecución de hospitales, o de obras públicas en general, siendo los otros dos más comunes la ejecución directa por parte de la administración y la ejecución a través de una contrata (o contrato de obras).

Al tratarse de un contrato administrativo, su regulación seguirá la estructura de regulación propia de cualquier negocio jurídico-público. El régimen jurídico y la legislación referente a este tipo de contratos se encuentran contenidos en la Ley de Contratos de las Administraciones Públicas (LCAP). La regulación hará referencia a los aspectos más relevantes de este contrato: formalización del mismo, concurrencia en la adjudicación, conjunto de derechos y deberes del concesionario, privilegios de la Administración, recepción de las obras así como las causas de extinción del contrato.

- ***Condiciones de prestación del contrato***

Entre las condiciones del contrato destaca sobre todas ellas un concepto: el del riesgo del concesionario (también denominado riesgo y ventura). Este término hace referencia al hecho de que el contratista asumirá el riesgo que se pueda derivar de sus decisiones empresariales (del cálculo del coste estimado al presentar la oferta, el efecto de alguna incidencia durante la ejecución de la obra: oscilaciones en el coste del combustible, reparaciones de maquinaria, que se produzcan más bajas laborales de las esperadas, entre otros aspectos).

A la vista de estas observaciones, parece que la parte concesionaria del contrato es la que asume la totalidad de los riesgos asociados a la construcción, explotación, financiación y retribución, siendo la Administración competente en la cual recae la fuerza mayor. De hecho, y según la misma normativa que regula este tipo de contratos previamente mencionada, es posible identificar tres clases de riesgo:

- riesgo de construcción (de inversión en la obra), incluyendo los retrasos en la entrega o la posible existencia de cláusulas penales
- riesgo de disponibilidad (o de calidad en el servicio), comprendiendo el no entregar las instalaciones, o la entrega pero con una calidad inferior a la estipulada en el contrato rompiendo los parámetros de calidad establecidos
- riesgo de demanda, debido a la posible variabilidad de la demanda, es decir, que el número de usuarios sea menor al estimado en un principio

Sin embargo, analizando lo comentado hasta ahora podemos llegar a la conclusión de que este riesgo no es tan importante como puede parecer a simple vista. En primer lugar, el riesgo de inversión puede considerarse escaso, ya que el suelo es aportado por la propia Administración. En segundo lugar, la obra revierte, en caso de que sea por anticipado, con pago de indemnización. Además, el bien queda afecto al servicio público, aunque siga siendo privado hasta el acta de recepción formal.

En cuanto al riesgo de disponibilidad, las cláusulas penales en realidad sí que trasladan parte del riesgo al concesionario, sin embargo, resulta inimaginable que la Administración pueda abandonar el contrato de obra pública en caso de que se produzca un incumplimiento en los requisitos de calidad, de hecho, antes acudiría al secuestro, con el fin de asegurar un bien afecto al servicio sanitario público.

Por último, en referencia al denominado riesgo de demanda, cabe destacar que los hospitales se construyen de acuerdo a una planificación territorial de los servicios sanitarios públicos, asegurando de este modo un "mercado cautivo" de usuarios, al igual que un nivel de estabilidad en la ocupación considerable.

En conclusión podemos decir que el riesgo que soporta la parte concesionaria es relativo y no tan importante como puede parecer a simple vista.

- ***Duración del contrato***

La duración del contrato será de cuarenta años si el concesionario se encarga de la construcción y contratación, siendo prorrogable hasta los sesenta años. Por el contrario, si el contrato únicamente es de explotación la duración será de quince años, ampliables hasta veinte, y prorrogables a veinticinco. En ambos casos los plazos resultarán reducibles, dependiendo el plazo de la amortización, ya que de lo contrario se estaría incurriendo en un enriquecimiento injusto.

En cuanto a la extinción de estos contratos de concesión, ésta puede producirse por incumplimiento o por resolución, con cláusula de reversión imperativa.

- ***Razones para la conveniencia de dichos contratos***

La necesidad de fórmulas de financiación privada para la construcción de obras públicas surgió durante el último tercio del siglo XIX. Entre los motivos existentes en aquel entonces que defendían estas prácticas encontramos la necesidad de promover la actividad económica del sector privado, la carencia de recursos públicos suficientes para llevar a cabo estas obras caracterizadas por sus altos costes, y la creencia cada vez más generalizada de la incapacidad de la Administración para la gestión.

El resurgimiento de esta modalidad de contratos de cesión para la realización de infraestructuras públicas, en especial las de ámbito sanitario, responde a diversas cuestiones que no difieren en gran medida de las existentes en épocas anteriores. Tres serán las razones fundamentales:

- La creencia de que el Estado es un mal gestor, y por ello, el resultado es un rechazo implícito a la gestión pública directa
- Los recursos públicos resultan insuficientes, mientras que existen dificultades para incrementar la carga tributaria o para renunciar a la construcción de determinadas obras públicas
- Promoción de la iniciativa económica privada, no en un régimen de competencia, sí en un ámbito de exclusividad

Además de estas razones encontramos otras, como la progresiva limitación del gasto público exigido por las normas comunitarias y estatales para el control del déficit público, reduciendo en gran medida la posibilidad y capacidad de endeudamiento de la Administración.

En conclusión, este tipo de contratos en los que interviene el sector privado para la construcción y financiación de determinadas infraestructuras son considerados como una de las vías principales para mantener el nivel de construcción de obras públicas y respetar al mismo tiempo las limitaciones presupuestarias y de déficit público.

- ***Conclusiones acerca de estos contratos***

Una vez expuestas y analizadas las ideas fundamentales de estos contratos podemos llegar a las siguientes conclusiones:

- En primer lugar, que el contrato de concesión de obra pública no es útil para llevar la gestión de servicios sanitarios públicos, sin embargo sí es aplicable para este acometido el contrato de concesión de servicios (sanitarios) públicos
- Por lo tanto, el contrato de concesión de obra pública no incide en ningún aspecto en la prestación de servicios médico-sanitarios, en contraposición al contrato de concesión de servicios sanitarios públicos
- La concesión de obra pública sanitaria es una forma alternativa y relativamente nueva de contratar lo mismo, ya que en cualquier hospital público los servicios generales (también denominados no sanitarios) y los comerciales, son prestados mediante contratos administrativos de servicios (es el caso de los servicios de limpieza, seguridad, dietas), o mediante concesiones de bienes de dominio público (siendo el caso de las cafeterías y de los locales comerciales)
- En conclusión, el contrato de concesión de obra pública únicamente reduce a un único contrato la prestación de la totalidad de servicios no sanitarios y

comerciales, para que un solo empresario, y siempre otorgándole un periodo de tiempo considerable, tenga la posibilidad de compensar la inversión realizada al construir utilizando recursos propios (aunque con garantía pública) un inmueble destinado al uso sanitario

- Y por último, destaca la existencia de riesgo formal, y no tanto real, por parte del concesionario, ya que el riesgo real se derivaría del hecho de que la retribución de éste únicamente dependiera de los usuarios, y no es el caso; siendo además la construcción de las infraestructuras sanitarias una tarea muy planificada en función de las necesidades sanitarias de cada región, aspecto que ya mencionamos anteriormente

- ***Posible problemática***

El modelo aplicado en el Hospital de la Ribera, a pesar de las ventajas y razones para su construcción, también cuenta con algún posible inconveniente. Como hemos comentado anteriormente, en este hospital los servicios sanitarios también se encuentran externalizados. De este modo la empresa encargada de su gestión recibirá por parte de la Generalitat una determinada remuneración, la cual será en función de los pacientes atendidos. Es en este punto cuando puede plantarse un posible problema de en la gestión sanitaria privada, ya que la dependencia de los honorarios del número de pacientes tratados puede generar dos efectos:

- En primer lugar, que aumente la eficiencia en los servicios, ya que la empresa se encuentra incentivada en tratar a más pacientes, ya que esto significará mayor ganancia
- Sin embargo, por otra parte puede tener un efecto negativo, ya que la calidad en los servicios puede verse afectada. La empresa puede que buscando el poder atender al mayor número de pacientes posibles para incrementar sus ingresos descuide la calidad en el servicio

Por ello, es necesario tener el concepto de calidad en los servicios siempre presente. La calidad es importante en cualquier servicio, sin embargo, en el caso de los servicios sanitarios la falta de calidad en el servicio puede tener graves consecuencias. Por ejemplo, un paciente intervenido en el hospital deberá estar un número determinado de días hospitalizado. Si el paciente es dado de alta antes de que transcurran estos días, podemos decir que la calidad en el servicio es deficiente, ya que el paciente puede sufrir complicaciones o cualquier problema.

Una de las mejores soluciones al problema expuesto sería el llevar un control exhaustivo con el fin de asegurar la calidad de los servicios sanitarios en estos hospitales. Este control deberá realizarse desde la Administración, con el fin de asegurar que las estancias en el hospital y el consumo de recursos son correctos.

En el caso concreto del Hospital de la Ribera resulta muy atractiva la "hostelería" del hospital, ya que los pacientes disponen de habitaciones individuales, por lo que muchos pacientes desean ser atendidos en él. Con este aspecto de alguna forma se podría estar encubriendo la problemática comentada. Los pacientes, en ocasiones olvidan otros aspectos importantes en el servicio médico, y sin embargo valoran en gran medida otros servicios complementarios, tales como el catering, la individualidad en las habitaciones, el equipamiento de éstas, entre otros.

A pesar de este posible problema, no hay que olvidar la otra perspectiva respecto a la gestión privada de los servicios sanitarios. Con este sistema de facturación se evitará en gran medida la saturación de algunos de los servicios hospitalarios como consecuencia de una gestión de los pacientes y de las camas deficiente.

c) Sistema de compras

El sistema de compras de cualquier hospital resulta complicado, al menos más complicado que en el caso de las compras realizadas por una empresa privada de cualquier otro sector. En el caso del Hospital General de Valencia existe un sistema informático avanzado para gestionar las entradas o compras y las salidas de material, aunque puede considerarse que este sistema se encuentra algo por detrás si comparamos con otros hospitales de la red de hospitales de la Comunidad Valenciana.

La información resultante del sistema de compras será de gran importancia para la contabilidad presupuestaria (y viceversa) y también la contabilidad analítica. La contabilidad presupuestaria es importante, sin embargo, ésta puede en ocasiones considerarse únicamente como datos. En contrapartida la contabilidad analítica puede ser considerada como un "apoyo" para la correcta gestión del Hospital, por ello, es importante que la información del sistema de compras que deberá ser vertida al Sistema de Información Económica (SIE) sea lo más exacta posible y de calidad. Como vimos (o como veremos) el principal objetivo será la obtención de servicios facturables, que serán los prestados por los centros finales de actividades, para cuantificar el coste de los mismos, y para ello es imprescindible una buena información procedente del sistema de compras.

Para la gestión se utiliza el sistema de la empresa SIPSA. Éste es un sistema informático mediante el cual se gestionarán los pedidos de material y el gasto asociado a cada uno de dichos pedidos, así como los consumos de cada material cuando éstos se produzcan, relacionándolos con el servicio médico correspondiente, para posteriormente ofrecer esta información al área de Control de Gestión para la confección del Sistema de Información Económica (o el Sistema de Contabilidad Analítica del Hospital).

Cada uno de los productos llevará asociado un código, con el fin de que la gestión de las entradas y salidas sea más sencilla. Del mismo modo, cada servicio, considerados como centros de gasto, también tendrá asignado un código. De esta manera es fácil identificar e incluso relacionar los diversos tipos de material con cada servicio médico. No olvidemos la complejidad de una organización como un hospital, debido a diferentes factores, como es la diversidad de servicios prestados y el gran número de productos y materiales necesarios para llevar a cabo la actividad. Que cada producto lleve asociado un código también simplifica los pedidos que el hospital ha de hacer a cada proveedor, ya que asociado al código existirá una breve descripción del producto (o perfil) y las unidades en cada envase o la medida. Por ello, es necesario un programa informático para realizar una buena gestión de todos estos aspectos. Un aspecto que cabe mencionar es el hecho de que aproximadamente el ochenta por ciento de los pedidos a proveedores se realiza mediante correos electrónicos, estando además todas las licitaciones disponibles en Internet.

Esta integración continua de las tecnologías y de Internet en el funcionamiento cotidiano del Hospital en ocasiones crea algún tipo de conflictos con el personal del mismo. Sin embargo, desde la Dirección del centro se trabaja por conseguir una mejor integración entre las nuevas tecnologías introducidas en el sector sanitario y el personal más reacio a su utilización (sobre todo se trata del personal facultativo).

Seguidamente realizaremos un análisis de los diferentes tipos de productos que se consumen en el hospital, así como de su tratamiento y de su gestión dependiendo de la naturaleza de los mismos.

d) Productos y Materiales

Dentro de los productos utilizados en el Hospital podemos encontrar dos grandes grupos con tratamientos completamente diferentes, como veremos a continuación:

- *Productos comunes utilizados por diversos servicios del Hospital*

Estos productos serán gestionados en el almacén del Hospital y serán productos necesarios en diferentes servicios. En este grupo encontramos productos como determinados medicamentos, materiales diversos, entre otros.

El almacén llevará el inventario de dichos productos, gestionando diferentes aspectos como son los datos referentes a los históricos de consumos medios, el stock necesario estimado de cada producto, así como el tiempo que normalmente suelen tardar los proveedores en entregar los pedidos. Mediante la combinación de toda esta información los responsables del almacén conseguirán una buena gestión del inventario de cada producto. Este aspecto es de gran importancia, ya que sería un grave problema que el Hospital se viera desprovisto de algún producto necesario, al igual que no debe existir un stock excesivo por diversos motivos: la caducidad de los medicamentos, la gran variedad de productos necesarios y la limitación del espacio, el coste asociado de almacenaje.

Periódicamente cada servicio del Hospital podrá pedir un listado de productos o medicamentos críticos, es decir, los stocks de los cuales está en un nivel bajo, para observar la cantidad existente de cada uno de estos productos y en función de esta información realizar sus pedidos.

Cabe destacar que para posteriormente afectar el coste relativo a estos productos a cada centro de actividad serán necesarios algunos sistemas de reparto o imputación, ya que los productos son consumidos por diferentes centros de actividad (o servicios médicos).

- *Productos exclusivos para un sólo servicio*

Dichos productos serán pedidos por cada servicio médico directamente al servicio de compras mediante la utilización de un modelo estandarizado. Se está consiguiendo su normalización a través de la red de forma muy rápida, realizándose actualmente casi el ochenta por ciento de estos pedidos vía Internet.

En cada pedido deberá quedar especificado el centro de actividad que realiza el pedido. Aunque éste se realizará de forma directa a compras como ya hemos comentado, cada producto sin embargo sí que deberá pasar por el almacén para llevar a cabo su revisión.

Los costes asociados a estos productos se podrán repartir de forma directa, ya que desde que llegan al Hospital hasta que se consumen están directamente asociados a un sólo servicio.

Cuando en el Hospital surge la necesidad de comprar un nuevo producto existirá una comisión de aprovisionamiento, formada por profesionales médicos, profesionales del área de enfermería y del área económica del Hospital, con el fin de estudiar la viabilidad de estas nuevas compras. En estas comisiones de aprovisionamiento se estudiarán las características más importantes del nuevo producto a adquirir, y, además, se buscarán en los catálogos de productos otras alternativas que puedan ofrecer un mejor precio o mayor calidad.

De forma periódica se realizarán revisiones con el fin de que todos los productos estén correctamente codificados y clasificados. La periodicidad de estas revisiones será aproximadamente de dos meses y medio, y se aplicará tanto a los productos comunes del almacén como a los exclusivos, los cuales llevarán asociado un listado y un control exclusivo.

Por último, habrá un tercer tipo de material, el denominado material de depósito. Este material estará formado fundamentalmente por los catéteres, válvulas o prótesis más específicas, y será gestionado de forma independiente por cada servicio médico. La gestión de estos productos se encuentra completamente descentralizada a la hora de realizar las compras. Únicamente se realizará un control final cuando dichos materiales ya hayan sido utilizados por su servicio correspondiente.

Este tipo de material es muy diverso, existiendo un gran número de proveedores. Además se trata de tecnología muy avanzada y concreta. Actualmente cada médico selecciona la empresa proveedora del material que éste utilizará, por lo que el Hospital no tiene un único proveedor para cada producto de depósito como ocurre con otros materiales utilizados en el centro.

Este último tipo de material y la gestión descentralizada que lo caracteriza ha causado algún problema en el hospital, ya que se descubrieron irregularidades en las compras y consumos de algunos de estos productos. Por esta razón, el Hospital (como ya comentamos) como comentaremos más adelante, se está planteando llevar un mayor control de las compras de este tipo de productos y practicar una gestión más centralizada con el fin de evitar fraudes e irregularidades. Del mismo modo, se dejará de llevar la política consistente en que cada médico elija a sus proveedores, realizándose en un futuro mediante concurso público como en el caso de otros productos que el Hospital consume.

De hecho, y en relación a este tipo de productos (denominados en ocasiones productos de valor añadido), desde la Dirección del Hospital se quiere establecer un nuevo sistema para llevar un mejor seguimiento de estos productos. Este nuevo sistema consistiría en etiquetar cada uno de estos productos que llegan al Hospital y dotarlo con un código. De esta forma sería posible el seguimiento del producto desde que entra hasta que es utilizado por el servicio médico en cuestión. Además, sería posible llevar una buena gestión de la información referente a estos productos, ya que se registraría la empresa de la cual provienen, el número de lote, la fecha de caducidad y finalmente el servicio que lo consumirá. Por lo tanto, se llevará a cabo un mejor control, y además se mejorará la reposición de los mismos. Este sistema ya ha sido aplicado por otros centros de forma satisfactoria, como es el caso de algunos hospitales de Cataluña.

e) **Proveedores**

La elección de los proveedores del Hospital General de Valencia es realizada normalmente a través de concursos públicos. El sistema de subasta para la elección de los proveedores no se suele utilizar. Otro procedimiento también utilizado en estos casos es el procedimiento de negociado.

En el caso de que se lleve a cabo un concurso público el Hospital pedirá a cada proveedor los presupuestos de cada producto. Cada empresa entregará sus presupuestos sin conocer detalles acerca de las ofertas realizadas por los otros proveedores potenciales. La documentación que deberá entregar cada proveedor potencial constará del ya mencionado presupuesto, las características técnicas del producto y otras condiciones del contrato que se consideren a destacar. El Hospital estudiará toda la documentación recibida, prestando atención no sólo al precio, sino también analizando detalladamente la parte técnica de los informes y resultando una tarea costosa. Desde el Hospital se fijarán ponderaciones a las diferentes características del producto, dependiendo del producto, para obtener una puntuación por cada uno de los presupuestos presentados. Posteriormente y una vez tomada la decisión se realizará un acto público en el que se informará de la elección del Hospital, quedando publicado en el DOGV y en el BOE.

Este sistema de contratación supone considerables beneficios para el centro, ya que éste posee un fuerte poder negociador sobre los potenciales proveedores (el Hospital General es una organización de gran envergadura, consume grandes cantidades de cada producto, en el sector sanitario las empresas que prestan servicios sanitarios son relativamente escasas, entre otros aspectos).

Sin embargo, con este sistema de contratación mediante concursos públicos es complicado definir con exactitud las características técnicas del producto; sería más fácil mantener entrevistas con cada uno de los potenciales proveedores para definir y explicar con mayor detenimiento las características del producto.

Otra de las modalidades de contratación utilizada por el Consorcio es el procedimiento de negociado. Éste proceso es similar al ya descrito en el caso del concurso público, sin embargo, no se realiza de forma pública. El resultado una vez tomada la decisión quedará publicado, y las empresas pueden pedir que se lleve a cabo una revisión.

Este poder negociador mencionado queda plasmado en el hecho de que el Hospital suele cambiar de forma inmediata de proveedor en el momento éstos suben los precios, ya que siempre existirán proveedores dispuestos a ofrecer precios más ventajosos para el hospital.

Otro aspecto importante acerca de las empresas proveedoras es el hecho de que entre ellas en ocasiones puede existir mucha presión, ya que el Hospital General, según nos comentaron responsables del área de contratación, es puntual en sus pagos. Este hecho se debe en gran medida a la gestión de la Tesorería por parte del Hospital, con lo que el sistema de pago a proveedores resulta ágil en comparación con otros hospitales. Este es otro de los rasgos del Consorcio que denotan mayor poder de gestión y decisión, como también vimos en el caso del personal (el personal de hospital sí que puede ser despedido a diferencia de otros hospitales, lo que en aspectos de eficiencia y gestión es un aspecto positivo). Desde el Hospital nos dijeron que en general se considera que la Administración no dispone de dinero líquido para financiar la sanidad, aspecto que puede ser una de las causas del retraso en el pago a los proveedores en otros hospitales de la Comunidad Valenciana.

La presión que los proveedores de determinados productos ejercen sobre el centro, como por ejemplo en el caso de los medicamentos, es muy fuerte. Desde el área de contratación nos dijeron que dicha presión no se realiza con otros hospitales. Este aspecto es positivo para el Hospital, ya que unido a su poder negociador, puede traducirse en precios más ajustados en sus compras.

Si trasladamos el caso concreto del Hospital General de Valencia al Modelo de las Cinco Fuerzas de Porter (con algunas salvedades, ya que el sector sanitario en España es en su mayor parte público, y el Hospital General de Valencia es público) podríamos decir que el poder negociador de los proveedores es escaso en comparación con el gran poder

negociador que puede ejercer el Consorcio respecto a éstos. Del mismo modo, la presión que ejercen determinados proveedores sobre el Hospital, como es el caso de las farmacéuticas, representaría una ventaja respecto a otros hospitales, aunque no nos encontremos en un entorno especialmente competitivo. Aún así, constituiría una ventaja competitiva en relación a otros centros.

f) Normalización de los productos

El sistema de compras de cualquier hospital resulta complicado por diversos aspectos, siendo uno de ellos por una parte, la gran variedad de productos existentes en el mercado, y a su vez, la gran variedad de productos que se consumen en el Hospital.

Durante el año 1996 la Conselleria de Sanidad se planteó el llevar a cabo una revisión y definición de todos los productos (se estimó la existencia de aproximadamente catorce mil productos). En la Comunidad Valenciana se comenzó por definir grupos de artículos.

Algunos ejemplos son los siguientes: en el caso de los productos de sutura, con esta "reclasificación" se consiguió que desaparecieran cerca del cuarenta por ciento de las referencias; en cuanto a los productos de esterilización aproximadamente el sesenta por ciento de las referencias se eliminaron. Ésta fue una labor importante, a la vez que costosa.

En otras comunidades, como Galicia, se decantaron por realizar directamente catálogos para la clasificación de todos los productos, para posteriormente definir grupos.

En la Comunidad Valenciana también se llevó a cabo por una empresa posteriormente la elaboración de catálogos para varios hospitales de la Comunidad, buscándose la posibilidad de tener una base de datos centralizada donde se encontrarán dichos catálogos y facilitando considerablemente la gestión de las compras de dichos hospitales.

Este aspecto también es importante para intentar conseguir una unificación en los precios de los productos y así estabilizar el margen de subidas y bajadas en los precios, situación que se está consiguiendo. Con los catálogos además se consigue poder hacer mejores comparaciones entre productos, ya que de cada producto se dispondrá de su definición objetiva, su precio y sus características principales.

g) Gestión del almacén y logística

Actualmente todo el material que llega al Hospital pasa en primer lugar por el almacén, permaneciendo en él determinados tipos de productos y otros no. Los artículos denominados de depósito serán la excepción, pero como ya hemos comentado se está

planteando un nuevo sistema logístico para estos productos, que permita conocer su recorrido por el Hospital y su trazabilidad.

La gestión del almacén es llevada por una empresa externa, la gestión del almacén es por tanto otra de las actividades externalizadas por el Consorcio. En función del tipo de productos la logística y el almacenaje serán diferentes. En el caso de los productos de mayor volumen, éstos con frecuencia serán paletizados. Para los productos de tamaño más reducido existe un sistema automático de carrusel. El operario de almacén introducirá la orden del producto que se precisa en ese momento, y mediante un mecanismo de carrusel, el producto es transportado hasta el operario.

En cuanto a los medicamentos, existirá un sistema denominado de doble cajón. En cada servicio dispondrán de cajones dobles en los cuales se almacenarán los medicamentos y los materiales de botiquín más utilizados. Todos los cajones estarán etiquetados y codificados para facilitar su identificación y gestión. Cuando una de las personas del servicio observe que el primero de los cajones se encuentra vacío, lo quitará y lo dejará apartado. Cada tarde un operario del almacén realizará el registro de los consumos, con el fin de que la gestión de pedidos sea correcta. Cabe destacar que el sistema de gestión de inventarios utilizado para todos los productos es el FIFO (First Input First Output).

Este sistema de doble cajón con códigos es gestionado con el uso de "pistolas" que leen los códigos asociados a los productos. En otros hospitales de España la gestión de inventarios se lleva a cabo mediante el uso de PDA's, es el caso del Hospital San Carlos de la Comunidad de Madrid. El Hospital de momento no se ha planteado cambiar el sistema, ya que se considera que el tiempo empleado por los operarios del almacén no es excesivo y no supone un problema.

La comunicación entre los diferentes servicios del Hospital y el almacén es muy importante para la gestión de los inventarios. Los responsables de cada servicio transmitirán sus previsiones de consumo de cada producto al almacén. Las previsiones de los servicios se realizan normalmente utilizando datos históricos. Del mismo modo, se realizarán pactos de consumo con los responsables de cada servicio, ya que los productos pueden caducar, lo que supone un coste innecesario para el Hospital que deberá evitarse.

Otro tipo de material gestionado desde el almacén son las monodosis o dosis personalizadas por paciente. El Hospital quiere modernizar la gestión de estos productos,

planteándose una gestión totalmente informatizada (esta idea proviene de algunos Hospitales de Estados Unidos).

h) Nuevos planteamientos en logística

En la actualidad se está planteando llevar el almacén general fuera del recinto del Hospital y a su vez construir almacenes en cada planta del mismo, con el fin de mejorar la gestión de los inventarios. La idea que se quiere llevar a cabo es la siguiente: un único almacén central quedará situado fuera del Hospital, existiendo en cada planta del mismo un almacén, destinados fundamentalmente a monodosis personales, medicamentos frecuentes tales como analgésicos, antiinflamatorios, o material sanitario constantemente utilizado. Existirá un sistema de lectura de huellas dactilares para el suministro de las dosis personales, mediante el cual el médico tendrá acceso directo y toda la información, consiguiendo de este modo un sistema más sencillo y con menos pasos intermedios.

Además, este nuevo sistema llevaría asociadas otras ventajas:

- el hecho de que se reduciría el número de productos que finalmente caducan, ya que al disponer de un almacén por planta la gestión es relativamente más sencilla y los stocks necesarios en cada uno de ellos son menores (el almacén general externo se consideraría sólo como un paso intermedio, para revisar los pedidos y los productos que llegan a él)
- del mismo modo también se reduciría el número de referencias a registrar y gestionar por cada almacén, de nuevo, haciendo más sencilla la gestión de éstos

Este es uno de los proyectos principales desde el área de Contratación y Logística, sin embargo, el proyecto se ha ralentizado a causa de la realización de otros objetivos.

3.3.9. ÁREA DE PLANIFICACIÓN Y CALIDAD

Entre las funciones principales del Área de Planificación y Calidad del Consorcio encontramos la elaboración del Plan Estratégico, el seguimiento de los acuerdos de gestión elaborados desde el área de control de gestión con cada uno de los servicios del Hospital y la gestión de la calidad en el Hospital. Este último aspecto se verá reflejado en la aplicación del modelo europeo de excelencia EFQM, que a continuación explicaremos.

a) El Modelo EFQM

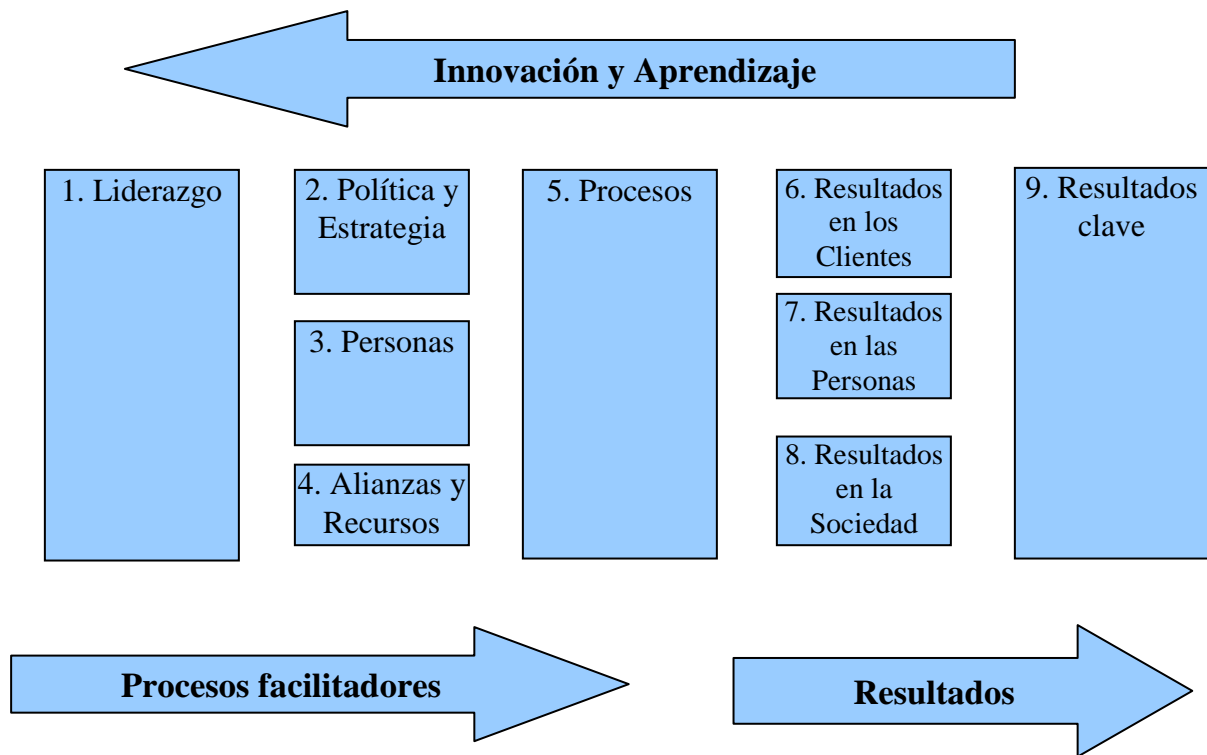
La premisa sobre la cual se basa el Modelo Europeo de Excelencia es la siguiente: "La satisfacción de los clientes y de los empleados, así como el impacto satisfactorio en la

sociedad se llevarán a cabo a través de un liderazgo que impulse la política y estrategia, las personas de la organización, las alianzas y recursos y los procesos orientados a la consecución de la excelencia en los resultados de la organización".

El denominado Modelo EFQM de excelencia está formado por un conjunto de nueve criterios, los cuales reflejarán las buenas prácticas de gestión llevadas a cabo por la empresa en cuestión que llevarán a ésta a conseguir resultados lo más cerca posible de la excelencia.

A continuación presentamos la estructura del Modelo Europeo EFQM de excelencia empresarial es:

Figura 9: Modelo EFQM de excelencia empresarial



Fuente: Elaboración propia a partir de la explicación del responsable del área de Planificación y Calidad.

- **Criterios del modelo**

Estos nueve elementos del modelo serán los criterios de evaluación, quedando clasificados del siguiente modo:

- Resultados, los cuales serán los criterios comprendidos entre los criterios seis y nueve, y corresponden con los objetivos que ha conseguido y que está consiguiendo la empresa, en este caso el Hospital
- Procesos o agentes facilitadores, que corresponderán con los criterios del uno al cinco, y harán referencia a cómo el Hospital ha alcanzado los resultados anteriormente citados

Cada criterio tendrá asociado un peso específico. Estos pesos se fijaron por consenso tras realizar diversas consultas a empresas y organismos europeos con el fin de que el modelo reflejara la realidad en todo lo posible. El resultado obtenido fue un modelo equilibrado, puesto que la mitad del peso se asigna a los resultados, mientras que el restante cincuenta por ciento es asignado a los agentes que los hacen posibles, es decir, las personas y procesos.

Cada uno de los nueve criterios, como veremos más adelante en el EFQM del Hospital General, se divide a su vez en una serie de subcriterios. El número de subcriterios no será fijo y variará para cada uno de los nueve criterios.

Entre todos los criterios destaca la satisfacción de los clientes, siendo el criterio más importante con una ponderación igual al veinte por ciento, siguiéndole el criterio de recursos humanos con un peso del dieciocho por ciento (la suma del subcriterio de la gestión de personas y de la satisfacción de las personas, con un peso del nueve por ciento para cada uno de ellos). Podemos ver por lo tanto la orientación del modelo a las personas, tanto al cliente como a los empleados de la organización. De hecho, uno de los objetivos más importantes de la empresa será la satisfacción de sus clientes, siendo el personal del centro uno de los instrumento clave (junto con los procesos) para llevar a cabo dicho objetivo.

- ***Características y ventajas del modelo***

Una vez vistos los criterios, enunciaremos las características fundamentales del modelo aplicado en el Hospital:

- El modelo se basa en los principales conceptos de gestión de la calidad
- Los elementos más importantes del modelo serán las personas, los procesos y los resultados obtenidos mediante éstos dos últimos
- Destaca el carácter global que tiene el modelo europeo, ya que abarca la totalidad de los aspectos del funcionamiento de la organización

Entre las ventajas del modelo destacaremos:

- se trata de un modelo social (ya destacamos anteriormente el lugar destacado que tienen en él las personas)
- la fuerte orientación a los resultados
- ofrece una visión integrada a la vez que global de la organización
- los cuestionarios resultan sencillos, al igual que las matrices de puntuación
- a través de él es posible llevar a cabo tanto una autoevaluación como una evaluación externa
- por último, puede utilizarse como base para establecer una planificación estratégica

b) Implantación del Modelo EFQM en el Consorcio

El desarrollo de la primera autoevaluación a través del modelo de excelencia europeo tuvo lugar durante el periodo comprendido entre mayo del año 1999 y marzo de 2000. En este tiempo desde el Hospital se llevó a cabo una revisión exhaustiva del mismo, lo que permitió detectar los puntos fuertes y débiles de la organización, así como las áreas de mejora.

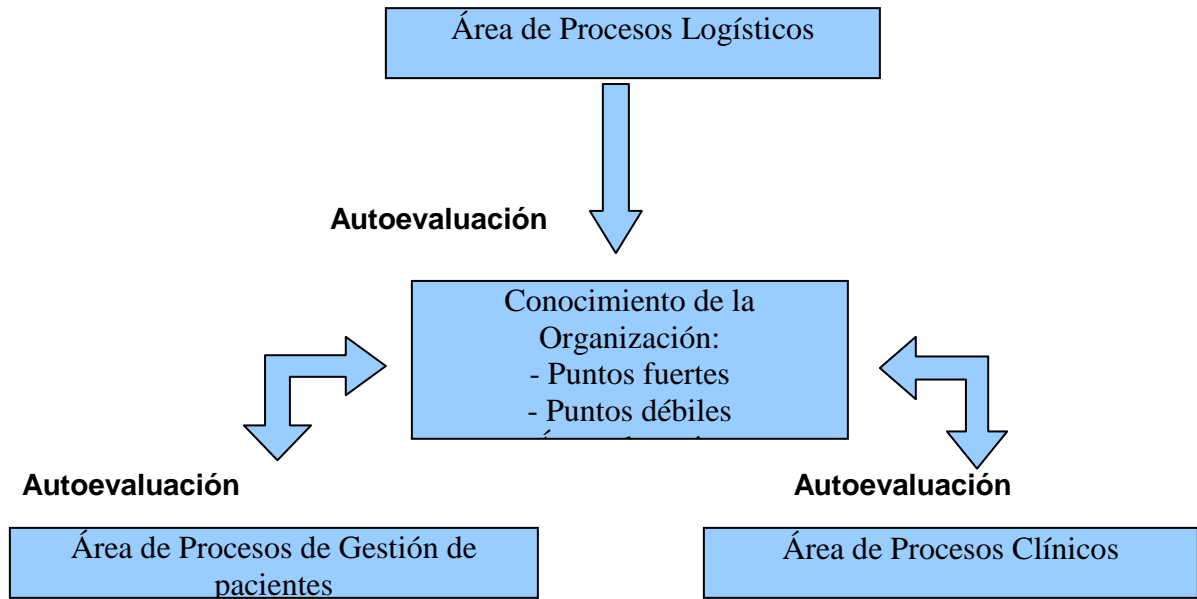
Para realizar dicha autoevaluación y con el fin de que resultara más sencilla se definieron en primer lugar tres áreas, ya que al tratarse de un hospital la diversidad de procesos y operaciones es considerable:

- Área 1 de Procesos Logísticos
- Área 2 de Procesos de Gestión de pacientes
- Área 3 de Procesos Clínicos

En cada una de estas áreas se analizaron los nueve criterios anteriormente mencionados, llevándose a cabo la autoevaluación correspondiente. Tras realizar la autoevaluación de forma independiente en estas áreas la información se pone en común para determinar los puntos fuertes, los puntos débiles y la existencia de posibles áreas de mejora en el hospital.

El esquema sería el expuesto a continuación:

Figura 10: Esquema de implantación del Modelo EFQM en el CHGUV



Fuente: elaboración propia. Información extraída de documentación de uso interno del CHGUV.

No habrá que descuidar los puntos fuertes del Hospital para que con el tiempo no desaparezcan. También será importante determinar las áreas de mejora, realizar un estudio de viabilidad y posteriormente determinar unos objetivos respecto a éstas. Para conseguir los objetivos será necesario desarrollar unos planes de acción, de los cuales se llevará un control y seguimiento para comprobar que realmente los objetivos se están alcanzando.

- **Resultados obtenidos**

La puntuación que se obtuvo en las diferentes áreas osciló entre los doscientos nueve y los doscientos veintinueve, con una puntuación media de doscientos veintiún puntos para el conjunto de todo el hospital. El máximo valor que es posible alcanzar con el modelo es de mil puntos, sin embargo los premios europeos a la calidad han sido conseguidos por empresas que obtuvieron una puntuación aproximada de setecientos puntos, pudiendo considerar esta cifra como la situación más cercana a la excelencia.

Por esta razón, desde el Hospital se consideró un buen punto de partida dicho valor, sobre todo tras considerar los valores obtenidos por otras empresas europeas que aplican este modelo.

En cuanto a las áreas de mejora identificadas, éstas fueron veintitrés, las cuales finalmente fueron concretadas en treinta y tres planes de mejora de tres tipos: planes estratégicos, clave y de soporte. Además, se fijó un cronograma para cada uno de estos planes, desarrollándose en el período comprendido entre 2000 y 2002. Para cada plan de mejora también se realizó una ficha en la que quedaba especificada la definición del plan, los objetivos a conseguir, el plan de acción, las personas responsables del mismo, los indicadores para llevar a cabo el seguimiento.

Durante el desarrollo de estos planes de mejora definidos en el EFQM realizado en 2000 tuvo lugar la creación del Consorcio, concretamente en el año 2000. Con este cambio fue necesario proponer un nuevo Plan Estratégico, en el cual se incluyeron los planes de mejora que todavía no se habían llevado a cabo, así como los planes comenzados pero aún no finalizados.

c) *Certificaciones ISO*

Además, durante el año 2005 en el Hospital, desde el Área de Planificación y Calidad se planteó el solicitar el sello de calidad europea en base al resultado que se obtenga en dicha autoevaluación. El Hospital se ha propuesto conseguir la certificación ISO 14000 para sistemas de gestión de medio ambiente para toda la organización, y la certificación ISO 9000 para sistemas de gestión de calidad en determinadas áreas específicas del Consorcio.

De hecho algunas áreas concretas del Hospital, como es el caso de la Central de Esterilización, el Servicio de Catering subcontratado o el Área de Logística, ya poseen el Certificado ISO 9000, y en cuanto a la gestión de residuos el certificado ISO 14000. El procedimiento para conseguir este certificado es el siguiente. El primer año se realiza una revisión completa de todo el sistema, decidiendo posteriormente si la empresa cumple las condiciones de calidad para obtener la certificación. Durante los dos años siguientes únicamente será necesaria la revisión de una parte o área del hospital para conseguir la renovación. Será al cuarto año cuando todo el sistema que constituye el Hospital ha de ser nuevamente analizado para obtener de nuevo la certificación ISO 9000. Durante el ejercicio 2006 tendrá lugar esta revisión completa del sistema en el Consorcio.

3.3.10. ÁREA DE FORMACIÓN

En el convenio de constitución del Consorcio queda recogido que los trabajadores de la organización tendrán derecho a recibir formación. La formación puede ser considerada por algunas empresas como un gasto adicional, sin embargo, el gasto asociado a la formación ha de considerarse una inversión, ya que el personal es uno de los instrumentos más importantes para conseguir la completa satisfacción de los clientes e incrementar la calidad en los procesos de la empresa.

La formación, como hemos dicho, es importante para cualquier empresa, pero puede serlo especialmente en el caso del sector de los servicios sanitarios por diferentes razones:

- la sanidad es un servicio con unas características especiales, no es un servicio común, por lo que la satisfacción de los pacientes y el cubrir sus necesidades es de gran importancia
- el entorno es cambiante e inestable, por lo que la capacidad de aprendizaje y adaptación es fundamental
- periódicamente tienen lugar nuevos avances médicos y técnicos, siendo recomendable que los profesionales médicos estén enterados y formados sobre dichos temas

Una vez realizada esta breve introducción analizaremos la formación en el Consorcio, explicando los diferentes tipos de formación ofrecida desde el Área de Formación del centro.

a) Diferentes programas de formación

En primer lugar, cuando hablamos de los diferentes tipos de programas de formación ofrecidos en el Hospital General de Valencia, hemos de diferenciar en dos grandes grupos:

- Planes de formación ofrecidos desde la Generalitat Valenciana
- Programas de formación ofrecidos desde la Diputación de Valencia

Existirían otros planes de formación organizados desde el Módulo de Formación Externa y el Módulo de Formación Propia.

Los planes de formación de la GV se dividen a su vez en planes de formación continua, planes de formación continuada, y planes de formación-escuela. Del mismo modo los planes de la Diputación de Valencia pueden clasificarse en planes de formación continua y planes de formación de la Diputación o formación interna, los cuales equivaldrían a la formación continuada realizada por la Generalitat.

El Consorcio, mediante cuestionarios detectará las necesidades de formación de sus profesionales. Estas necesidades, habiendo pasado previamente diferentes filtros en el Hospital, son remitidas a los dos organismos. Desde la Generalitat y la Diputación se decidirán los temas que serán incluidos en los programas formativos, los cuales serán ofrecidos a todos los trabajadores de la Conselleria de Sanidad. Sin embargo la asignación de plazas no será igual para todos los centros. Al centro hospitalario organizador del programa formativo se le asignarán aproximadamente el noventa por ciento de las plazas disponibles, quedando disponible para el resto de centros el diez por ciento restante.

Seguidamente explicaremos las diferencias más importantes entre los diferentes tipos de planes de formación que hemos mencionado.

b) Planes de formación continua frente a planes de formación continuada

Una de las diferencias fundamentales entre ambos programas es la financiación. Los programas de formación continua son financiados a través de las retenciones realizadas en la remuneración de los trabajadores, mientras que la formación continuada es financiada mediante fondos propios de la organización promotora, es decir, la Generalitat Valenciana o la Diputación de Valencia.

Otra diferencia entre ambos tipos de planes de formación son los temas de los cursos. En los planes de formación continua la temática corresponde con alguna de las necesidades expresadas por los profesionales desde los diferentes hospitales. En el caso de los planes de formación continuada es la Generalitat o la Diputación las que deciden qué temas serán tratados en los planes, ya que éstos son financiados íntegramente por dichos organismos.

El procedimiento para desarrollar estos planes es el siguiente. En primer lugar se decidirá el plan a desarrollar, abriéndose un período de inscripción. En el caso de que sea necesario se establecerá una priorización en la inscripción de los trabajadores de cada hospital, la cual será pactada con los sindicatos. Esta medida será necesaria en planes donde se espera una asistencia elevada.

Durante el último año fueron desarrollados treinta y ocho planes de formación agrupados, los cuales corresponden a programas de formación continuada. La coordinación de estos planes de formación suele ser encargada a una persona del Hospital entendida en la materia. Esta persona se encargará de llevar a cabo todo el protocolo necesario, se encargará de todos los datos, así como de la organización de la actividad formativa. En teoría estos cursos tendrán lugar durante todo el año, sin embargo, en la práctica suelen desarrollarse durante los meses de mayo y junio y durante el periodo comprendido entre la segunda quincena de septiembre hasta el mes de diciembre, ya que el Hospital considera estos períodos más propicios.

c) ***Formación externa***

La formación externa no es considerada realmente como un plan de formación. Se entenderá como formación externa los congresos y cursos a los que los profesionales del Hospital deseen asistir.

Cada trabajador podrá proponer el asistir a dichas actividades a la dirección del centro, la cual podrá dar permiso o denegarlo en función de diversos criterios. Sin embargo, siempre se da permiso para asistir, de hecho a cada trabajador del Hospital le corresponden diez días para asistir a esta clase de actividades, según el convenio del Consorcio.

d) ***Formación propia***

La formación propia consistirá en los cursos realizados por iniciativa del Hospital porque considere que éstos son necesarios o interesantes para determinados colectivos profesionales del centro. No serán cursos que pertenezcan a un plan de formación agregado ni gestionados por un organismo externo al Hospital, son totalmente diseñados, organizados, y financiados por el Consorcio.

La temática de estos cursos suele corresponder con nuevos requisitos legales de importancia en determinadas áreas como medio ambiente, prevención de riesgos laborales, introducción de nueva maquinaria en alguno de los servicios del Hospital, requisitos de la unidad de radiodiagnóstico, entre otros aspectos.

Por ejemplo, en el caso de los cursos relativos a prevención de riesgos laborales, éstos tienen lugar cuando son requeridos por la ley. También destacan los cursos de idiomas, incluyendo cursos de valenciano, y de informática. Otros cursos que se suelen realizar son los de emergencias ante un incendio, destinados fundamentalmente a los mandos intermedios, o los relacionados con la certificación ISO 14000, los cuales son

desarrollados normalmente antes de los meses de verano, ya que durante las vacaciones se suelen incorporar nuevos trabajadores produciéndose deficiencias en la formación referente a estos aspectos. En la actualidad se está preparando un curso sobre un Plan de Emergencia, el cual formará a los trabajadores del centro cómo actuar en caso de producirse alguna situación de emergencia. En este caso el curso estará destinado a todo el personal del Hospital. También está en vistas la organización de un curso en espacios confinados, destinado al personal de seguridad y de limpieza.

Del mismo modo se incluyen en este grupo los cursos y planes de acogida para trabajadores de nuevo ingreso en el Hospital. Estos planes consistirán en una serie de jornadas formativas, en las que, dependiendo del tipo de profesionales que se incorporan al centro, se tratarán temas como la prevención de riesgos laborales (especialmente de carácter postural, accidentes más frecuentes, etc.), información sobre medio ambiente, gestión de residuos, entre otros.

e) Formación Escuela

También correspondería con una modalidad de formación externa. En estos casos será necesario el abono de una cuota de inscripción, de la cual se hará cargo la Escuela, ya que posee una línea de "becas" para estos casos destinada a los trabajadores del Sistema de Salud de la Comunidad Valenciana. El único requisito será la entrega de un justificante para acreditar que la persona que asiste al programa de formación trabaja en uno de los Hospitales de la red de Hospitales de la Comunidad Valenciana.

Una vez vistos los diferentes tipos de programas formativos, podemos establecer otra clasificación, dependiendo de si esta formación es interna o externa al Hospital. Entre la oferta de planes de formación externa encontramos los planes de formación continua, la formación externa y la formación escuela, mientras que serán planes de formación interna los programas de formación continuada (en el caso de la Diputación se denominará formación de Diputación) y los programas de formación propia.

f) Estudiantes en prácticas

Independientemente al servicio al que vayan destinados los estudiantes en prácticas, su gestión será realizada desde el área de formación. Durante el último ejercicio el Hospital contó con aproximadamente trescientos ochenta estudiantes procedentes de la Escuela Universitaria de Enfermería de la Universidad de Valencia y noventa estudiantes por trimestre procedentes de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valencia y de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica.

g) Plan de detección de necesidades

El Hospital dispone de un sistema que permite captar las necesidades de formación que existen entre los trabajadores del centro. Este sistema es utilizado normalmente para identificar las necesidades de formación que se enviarán a la Generalitat y a la Diputación. Hay que determinar qué necesidades tienen mayor prioridad que otras, y detectar las necesidades reales, ya que en ocasiones las necesidades de algunos profesionales son deseadas, pero no reales. Siempre ha de conseguirse un equilibrio entre la formación que los trabajadores del Hospital quieren recibir y la formación que el Área de formación y la Dirección consideran de utilidad e interés.

La forma en que el Área de formación consigue esta información y detecta las necesidades de los trabajadores es mediante la realización de un análisis tanto cuantitativo como cualitativo, que a continuación pasaremos a explicar.

- **Análisis cualitativo**

Consistirá en el estudio de la evolución de los programas de formación llevados a cabo durante los últimos periodos, además de considerar las necesidades de formación expresadas por los trabajadores en años anteriores y que todavía no han sido cubiertas.

También se consideran las nuevas normativas y disposiciones legales, ya que en ocasiones éstas harán que sea necesario un curso para los trabajadores (por ejemplo, en temas relacionados con prevención de riesgos laborales, normativa medioambiental, entre otros).

En otras ocasiones se tendrán en cuenta los planes de inversión en determinadas áreas del Hospital, ya que si se está planteando la adquisición de una nueva maquinaria probablemente será necesario un programa formativo acerca del funcionamiento y las características del aparato para el personal que tengan que utilizar la máquina. Este tipo de formación corresponderá con programas propios del Hospital, no desarrollados por Diputación o por la Generalitat.

- **Análisis cuantitativo**

El análisis cualitativo consistirá en la realización de entrevistas y cuestionarios a determinadas personas del equipo directivo (alrededor de nueve personas) y a algunos mandos intermedios de diferentes servicios (aproximadamente a trescientas personas). Siempre se hará de manera que estas personas constituyan

una muestra representativa para que la información que se obtenga sea útil. Además se realizará de forma completamente anónima, siendo cuestionarios no demasiado largos, teniendo de veinticinco a treinta preguntas.

Con las conclusiones que se extraigan de estos dos análisis se realizará un cuestionario que será entregado a todos los trabajadores del centro, con el fin de captar su opinión acerca de las áreas en las cuales están más interesados en recibir información.

Una vez realizados los cuestionarios y recogida la información se elaborará una lista de necesidades formativas, la cual será enviada tanto a Diputación como a la Generalitat Valenciana. Ambos organismos decidirán posteriormente cuáles de estos temas serán objeto de planes formativos. Además, deberán ser entregados diversos anexos. Se debe entregar una ficha descriptiva de cada uno de los cursos de nueva creación que hayan sido solicitados. Desde Diputación, por ejemplo, son más exigentes con esta información, ya que además exigen que el Hospital facilite para cada curso una propuesta de coordinación, así como las personas que se harán cargo de los mismos. La preparación de toda esta información requiere mucho trabajo desde el Área de Formación.

Finalmente los cursos ofrecidos por ambos organismos se publican, abriéndose como hemos explicado antes un período de inscripción. Al término de los cursos se realizará un control de la asistencia al curso, y se llevará a cabo una memoria del curso que se enviará a la Generalitat o a Diputación.

h) Evaluación de la formación

Desde el Área de formación se analizará el éxito de los diferentes planes de formación llevados a cabo, así como su desarrollo, la participación, entre otros aspectos. La evaluación se realizará de los planes de formación propios del Hospital, a través de encuestas a muestras representativas del personal que ha participado en estos cursos.

CAPÍTULO 4

El sistema sanitario estadounidense

4. SISTEMA SANITARIO ESTADOUNIDENSE

4.1. PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS DEL SISTEMA DE SANIDAD EN EEUU

En primer lugar, debemos destacar una diferencia importante entre España y EEUU. Mientras que en la Constitución de EEUU no se hace mención alguna a la asistencia sanitaria de los ciudadanos -únicamente se hace nombran conceptos como bienestar, defensa de los ciudadanos (artículo I de la sección octava)-, en el caso de la Constitución Española se reconoce "el derecho a la protección de la salud", al igual que se establece que "compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios sanitarios" (Constitución Española. Capítulo Tercero, de los principios rectores de la política social y económica, Artículo 43).

Partiendo de este hecho, ya podemos establecer que ambos sistemas serán completamente diferentes en su estructura, financiación y funcionamiento. A continuación explicaremos las principales características del sistema de salud estadounidense, destacando las diferencias más importantes respecto al sistema español.

4.1.1. GENERALIDADES DEL SISTEMA SANITARIO DE EEUU

Es una idea ampliamente extendida que el sistema de salud de EEUU es mayoritariamente privado. Sin embargo, también existen programas de sanidad públicos, dirigidos a determinados colectivos de la sociedad. Se puede establecer que fue durante la década de los treinta cuando el gobierno estadounidense comenzó a gastar dinero público en la salud, debido en gran parte a la Gran Depresión. Por ello, debemos asumir en primer lugar, esta dualidad del sistema estadounidense.

El sistema de salud en EEUU se caracterizará por la existencia de tres niveles: el nivel federal, el nivel de estado y por último el nivel local. Estos tres niveles tendrán mayor importancia según la perspectiva que tomemos. En primer lugar, en cuanto a la financiación los principales niveles serán el federal y el del estado, y en este orden. Cabe decir que a financiación no sólo nos referimos a costear los servicios sanitarios de los programas públicos, sino también a las campañas del gobierno, programas para fomentar la prevención de determinadas enfermedades, entre otras medidas preventivas. Del mismo modo ocurrirá con el poder político, ya que con frecuencia muchas de las actividades desarrolladas a nivel local estarán determinadas por leyes o reglas establecidas desde el nivel federal o estatal. Sin embargo, los departamentos del nivel local serán importantes en el sentido en que están "en primera línea", ya que en muchas ocasiones los servicios sanitarios se prestan a un nivel local.

El departamento encargado de la sanidad en EEUU es "The Department of Health and Human Services" (una traducción aproximada podría ser el Departamento de Salud y Asuntos Sociales). Éste pertenecerá al nivel federal. Aunque destaca el carácter privado del sistema sanitario americano, el presupuesto en salud para el pasado año 2005 ascendió a quinientos noventa y un mil millones de dólares (aproximadamente cuatrocientos sesenta y siete mil millones de euros). Un hecho a destacar es, por ejemplo, que este presupuesto es superior a otros presupuestos del Gobierno, como es el caso del de defensa, aunque parezca extraño – el presupuesto del Departamento de Defensa ascendió a cuatrocientos ochenta y cuatro mil millones de dólares, aproximadamente trescientos ochenta y tres mil millones de euros.

4.1.2. PROGRAMAS DE SANIDAD PÚBLICOS

Como ya hemos citado anteriormente, EEUU se caracteriza por tener una sanidad en general privada. Sin embargo, en la actualidad existen dos programas que introducen la sanidad pública dentro del Sistema Sanitario de los EEUU. Estos dos programas son Medicare y Medicaid.

Los programas Medicare y Medicaid fueron creados en el Congreso de los EUA en 1965 con el fin de ofrecer cobertura sanitaria a dos colectivos de americanos diferentes: trabajadores de sesenta y cinco años en adelante y ciertos grupos caracterizados por tener ingresos bajos. Ambos programas han evolucionado en los últimos cuarenta años, aunque muchos de sus fundamentos han permanecido constantes a lo largo de este tiempo.

Son dos programas diferentes. Medicaid es un programa administrado por el estado que provee protección médica y asistencia hospitalaria a las personas con bajos ingresos y que carecen de recursos. Cada estado tiene sus propios requisitos acerca de las personas que pueden optar a dicho programa así como acerca de las prestaciones cubiertas. Existirán casos en que una determinada persona pueda beneficiarse de ambos programas. Por otra parte Medicare ofrece asistencia sanitaria fundamentalmente a personas de sesenta y cinco años o mayores, o personas con incapacidades.

Medicare y Medicaid ofrecen cobertura sanitaria y servicios sanitarios a largo plazo aproximadamente a la tercera parte de los cincuenta y tres millones de personas con deficiencias cognitivas, físicas y mentales que actualmente hay en los Estados Unidos.

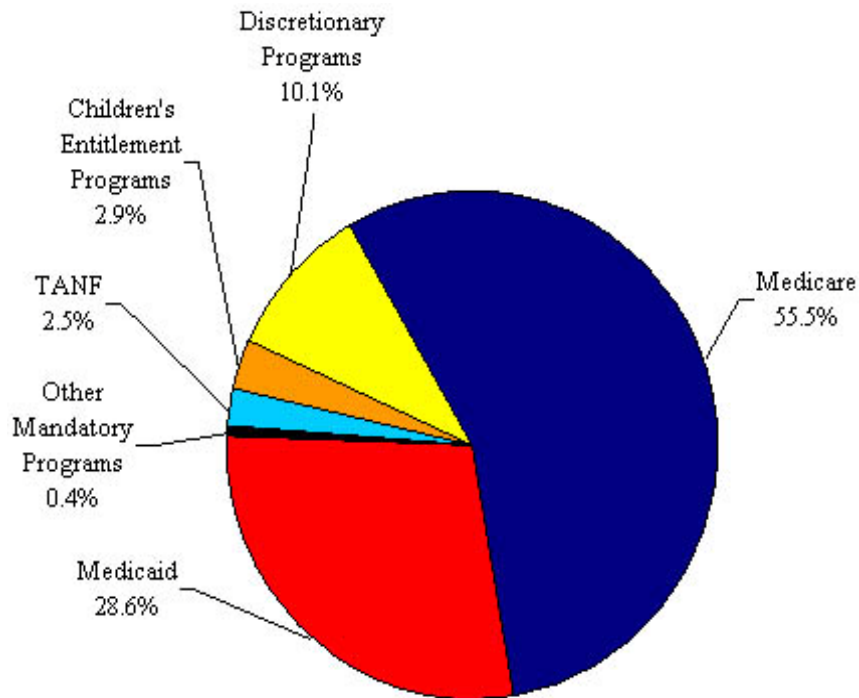
4.1.3. EL GASTO SANITARIO

Anteriormente hemos comentado que el presupuesto del DHHS es superior al presupuesto del Departamento de Defensa, de hecho, el presupuesto federal combinado únicamente de los programas Medicaid y Medicare supera al presupuesto total destinado a defensa.

El presupuesto destinado a Medicaid and Medicare representa gran parte del presupuesto sanitario, destacando en cuanto a gasto el programa Medicare, el cual supone más de la mitad del gasto en salud del Gobierno Federal. Estos dos son los que más recursos consumen, sin embargo, el gobierno también lleva a cabo otros programas.

Los programas llevados a cabo por el Gobierno Federal se pueden dividir entre "mandatory programs" (programas obligatorios) y "discretionary programs" (programas opcionales o discrecionales). Los programas obligatorios, entre los cuales encontramos Medicare y Medicaid, consumirán la mayor parte del presupuesto, mientras que a los programas discrecionales solamente se les asignará aproximadamente el diez por ciento del presupuesto. Estos datos quedarán plasmados en el siguiente gráfico.

Gráfico 3: *Distribución de los diferentes programas de asistencia sanitaria en EEUU (2006)*



Fuente: Gráfico facilitado en la Asignatura Health System in the United States, Health Policy and Administration Management Department, UNC.

NOTA: TANF corresponde con Temporary Assistance for Needy Families

Durante el año 2006 Medicare, Medicaid, el programa TANF y otros programas obligatorios representarán un gasto de quinientos setenta y un mil millones de dólares, lo que constituye un 89,9 por ciento del presupuesto total en sanidad, mientras que setenta mil millones de dólares -únicamente el 10,9 por ciento del presupuesto- se destinarán a los programas discrecionales, los cuales se ocuparán en su mayoría de temas de salud pública, los cuales se distribuyen del siguiente modo.

Gráfico 4: *Presupuesto de los programas discrecionales en EEUU (2006)*



Fuente: Elaboración propia. Información facilitada en la Asignatura Health System in the United States, Health Policy and Administration Management Department, UNC.

Seguidamente explicaremos los dos principales programas de salud pública en EE.UU, es decir, Medicare y Medicaid. Veremos en qué consisten, cuáles son sus objetivos y cuál es su funcionamiento.

a) Programa Medicare

Medicare es el programa de seguro de salud de los Estados Unidos para las personas de 65 años o mayores. Ciertas personas menores de 65 años de edad también pueden tener derecho a Medicare, incluyendo aquellas personas que tienen una incapacidad y aquellas

con un fallo renal permanente o esclerosis amiotrófica lateral (también conocida como la enfermedad de Lou Gehrig). El programa ayuda con los gastos de cuidado de salud, pero no cubre todos los gastos médicos ni la mayoría de los gastos de cuidado a largo plazo.

Medicare es financiado en parte por los impuestos de nómina pagados por trabajadores y los empresarios. También es financiado por las primas mensuales deducidas de los cheques de Seguro Social. La financiación del programa es llevada a cabo por el Gobierno Federal.

Medicare tiene cuatro partes diferenciadas:

- Seguro de hospital (también conocido como la Parte A de Medicare), el cual ayuda a hacer frente a las estancias en un hospital o centro de enfermería especializado, así como a algunos servicios de cuidado de salud en el hogar y cuidado de hospicio.
- Seguro médico (también conocido como la Parte B de Medicare), que ayuda a pagar los servicios de los médicos, al igual que otros servicios y suministros médicos no cubiertos por el seguro de hospital.
- Medicare Advantage (también conocido como la Parte C de Medicare), anteriormente conocido como los planes Medicare + Choice los cuales están disponibles en muchas áreas. Las personas que tienen las Partes A y B de Medicare pueden elegir recibir todos sus servicios de cuidado de salud a través de una de estas organizaciones que proveen los servicios bajo la Parte C.
- Cobertura de recetas médicas (también conocida como la Parte D de Medicare), que ayuda a cubrir los gastos de los medicamentos recetados como parte del tratamiento.

A continuación analizaremos qué colectivos tendrán acceso a cada uno de los niveles de Medicare.

- Seguro de hospital (o Parte A)

La mayoría de las personas de 65 años o mayores, que son ciudadanos o residentes permanentes de los Estados Unidos tienen derecho al seguro de hospital (Parte A) de Medicare gratis. A los 65 años de edad se tendrá derecho a dicha cobertura si se cumplen los siguientes requisitos:

- Se recibe o se tiene derecho a recibir beneficios de Seguro Social;

- Se recibe o se tiene derecho a recibir beneficios de retiro ferroviario;
- La persona o su cónyuge (vivo o fallecido, incluyendo cónyuges divorciados) trabajaron lo suficiente en un trabajo del gobierno donde se pagaron impuestos de Medicare;
- Se es padre o madre dependiente de alguien que trabajó lo suficiente en un trabajo de gobierno donde se pagaron impuestos de Medicare

En caso de no cumplirse dichos requisitos es posible recibir el seguro de hospital de Medicare pagando una prima mensual.

Antes de cumplir los 65 años el ciudadano estadounidense puede tener derecho al seguro de hospital de Medicare gratis si se dan las siguientes circunstancias:

- Ha tenido derecho a beneficios de Seguro Social por incapacidad por 24 meses;
- Recibe una pensión por incapacidad de la Junta de Retiro Ferroviario y cumple ciertos requisitos;
- Padece de la enfermedad de Lou Gehrig (esclerosis amiotrófica lateral);
- La persona trabajó suficiente tiempo en un trabajo del gobierno donde se pagaron impuestos de Medicare y reúne los requisitos del programa de Seguro Social por incapacidad;
- Se es huérfano o viudo/a de 50 años de edad o mayor, incluyendo a un cónyuge viudo/a divorciado/a de alguien que ha trabajado suficiente tiempo en un empleo del gobierno donde se pagaron impuestos de Medicare y se cumple con los requisitos del programa de Seguro Social por incapacidad.
- La persona tiene fallo renal permanente y recibe diálisis de mantenimiento o un trasplante de riñón y si:
 - Tiene derecho a recibir beneficios mensuales de Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario;
 - Ha trabajado lo suficiente en un trabajo de gobierno cubierto por Medicare;
 - Es hijo o cónyuge (incluyendo a un cónyuge divorciado) del trabajador (vivo o fallecido) quién ha trabajado lo suficiente bajo el Seguro Social o en un trabajo de gobierno cubierto por Medicare.

- Seguro médico (Parte B)

Cualquier persona que tenga derecho al seguro de hospital (Parte A) gratis puede inscribirse en el seguro médico (Parte B) de Medicare pagando una prima mensual.

Si no se tiene derecho al seguro de hospital gratis, se puede comprar el seguro médico sin tener que comprar el seguro de hospital, si se tiene 65 años o más, y es:

- Ciudadano de los Estados Unidos; o
- Un extranjero legalmente admitido que ha vivido en los Estados Unidos por lo menos cinco años.

-Planes Medicare Advantage (Parte C)

Si se tiene cobertura de las Partes A y B de Medicare, se puede elegir un plan de Medicare Advantage (anteriormente conocido como Medicare + Choice). Con uno de estos planes, la persona no tiene necesidad de una póliza de Medigap, ya que los planes Medicare Advantage, por lo general, cubren muchos de los mismos beneficios que la póliza de Medigap cubriría, tales como días adicionales en el hospital después que usted ha usado el número de días cubiertos por Medicare.

Los planes de Medicare Advantage incluyen:

- Planes de Servicios Administrados;
- Planes de organizaciones de proveedores preferidos (PPO, siglas en inglés);
- Planes privados de pago por servicios; y
- Planes especiales de Medicare

Al mismo tiempo, es posible que la persona contratante tenga que pagar una prima mensual por su plan de Medicare.

-Los planes de recetas médicas de Medicare (Parte D)

Cualquier persona que tiene seguro de hospital de Medicare (Parte A), seguro médico (Parte B) o el plan Medicare Advantage (Parte C), tiene derecho al plan de recetas médicas (Parte D). El inscribirse en un plan de recetas médicas de Medicare es voluntario, y se deberá pagar una prima mensual adicional por la cobertura.

b) Programa Medicaid

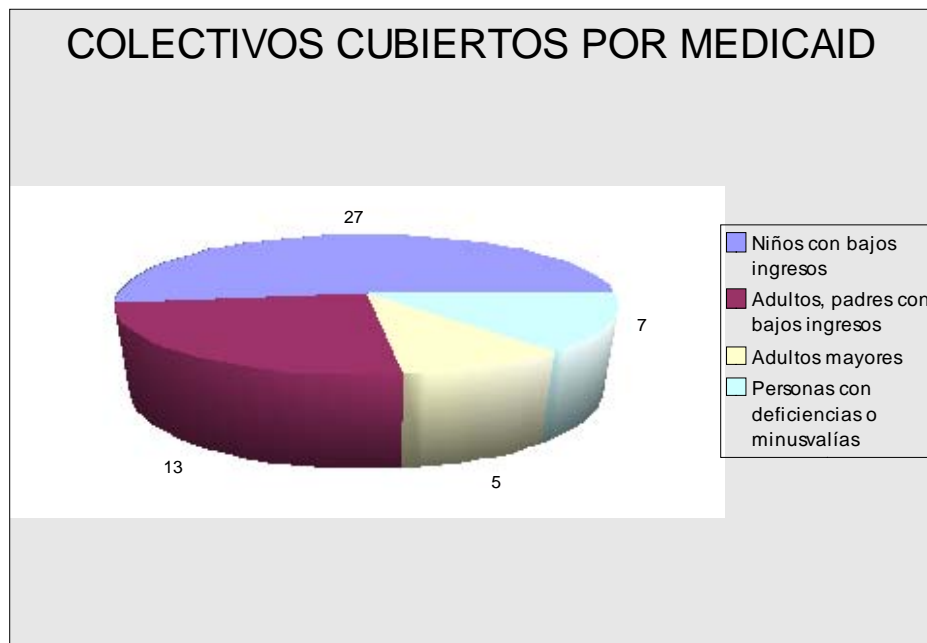
Medicaid es un programa federal y estatal, el cual da derecho a determinados colectivos de ciudadanos norteamericanos con ingresos limitados a recibir asistencia sanitaria. El programa está financiado tanto por el gobierno federal como los gobiernos de cada estado.

El programa puede dividirse en seis programas a su vez:

- Programa de cuidado en la maternidad
- Programa de seguro médico para niños
- Programa como último recurso para personas no aseguradas y no asegurables
- Programa Medigap para personas de edad avanzada con ingresos bajos
- Programa de asistencia sanitaria a largo plazo
- Financiación para programas estatales y proveedores de servicios sanitarios

Se estima que Medicaid cubre actualmente cerca de cincuenta y dos millones de personas en EEUU, las cuales se distribuyen del siguiente modo.

Gráfico 5: *Distribución de colectivos cubiertos por el programa Medicaid (2006)*

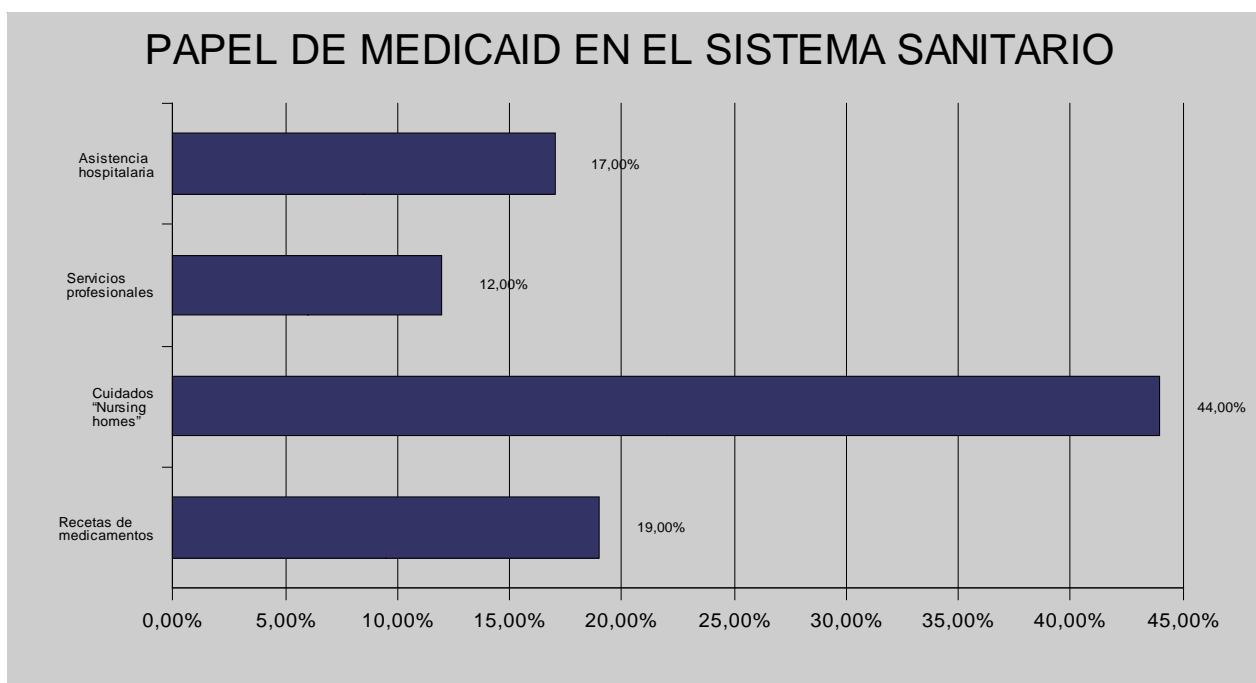


Fuente: Elaboración propia. Información facilitada en la Asignatura Health System in the United States, Health Policy and Administration Management Department, UNC.

Del total aproximado de cincuenta y dos millones de personas, veintisiete serán niños en familias con bajos ingresos, superando este colectivo la mitad de las personas cubiertas por el programa. El segundo colectivo más numeroso, con trece millones de personas, es el de los adultos con ingresos bajos, el cual estará formado mayoritariamente por padres con sueldos modestos. Los ancianos y las personas con invalidez o incapacidades representan un total de siete y cinco millones de personas respectivamente. Respecto a este último colectivo cabe destacar que el programa Medicaid es la principal herramienta para financiar la asistencia sanitaria para las personas con SIDA.

En cuanto a la participación de Medicaid en el total del Sistema Sanitario Estadounidense ofrecemos el siguiente gráfico:

Gráfico 6: *Participación del programa Medicaid en el sistema sanitario estadounidense (2006)*



Fuente: Elaboración propia. Información facilitada en la Asignatura Health System in the United States, Health Policy and Administration Management Department, UNC.

Destaca el hecho de que del gasto total correspondiente a la asistencia sanitaria en centros de enfermería el gasto soportado por Medicaid representa alrededor de un cuarenta y cuatro por ciento. De otros gastos, como los correspondientes a los medicamentos recetados, la asistencia hospitalaria y los servicios profesionales, Medicaid tiene una participación que oscila entre el doce y el diecinueve por ciento.

-Financiación

Como ya hemos citado, el programa es financiado en parte por el gobierno federal y en parte por los gobiernos de cada estado. La participación en el presupuesto por parte del gobierno federal (FFP, Federal Financial Participation) no es constante para todos los estados y es determinada mediante una fórmula basada en los ingresos per cápita de los ciudadanos de cada uno de los estados. Esta participación en el presupuesto de Medicaid legislativamente puede oscilar entre el 50% y el 83%, oscilando en la práctica entre el 76% para el estado de Mississippi y el 50% en otros once estados. De hecho la media de la participación por parte del gobierno federal se sitúa alrededor del 57% del total de los costes del programa.

Los gobiernos de los estados deberán hacer frente al porcentaje restante del presupuesto. Sin embargo, podrán exigir en determinados casos que los gobiernos locales cubran parte de este presupuesto, aunque no pudiendo exceder del 60% de la parte no cubierta por el gobierno federal.

-Requisitos del programa

Los requisitos para acceder a Medicaid serán de carácter tanto económico, como relativos al formar parte de ciertos colectivos. Los requisitos fundamentales del programa son tres:

- En primer lugar, pertenecer a ciertos **colectivos** como mujeres en estado, niños y jóvenes con menos de diecinueve años (en el caso de algunos estados veintiuno), padres con niños a cargo (AFDC, Aid to Families with Dependent Children; TANF, Temporary Assistance for Needy Families), personas mayores (sesenta y cinco años o mayores) y personas con una incapacidad (en el sistema de salud estadounidense se define a una persona con una incapacidad como el individuo que tiene una discapacidad física o mental que le impide trabajar y generar ingresos, la cual durará al menos doce meses).
- Límites en cuanto a ingresos, los cuales dependerán de las categorías del programa a las que se pretenda acceder y de los requisitos establecidos por los estados.
- Límites en cuanto al acceso a determinados recursos, también dependiendo de las categorías del programa y de los estados.

-Cobertura de los inmigrantes

El programa Medicaid también ofrecerá asistencia sanitaria a personas inmigrantes, siempre que cumplan ciertas condiciones (además de los tres requisitos anteriores), las cuales se pueden resumir del siguiente modo:

- Deben ser inmigrantes legales, los cuales hayan llegado a los Estados Unidos antes del 22 de agosto de 1996
- Ser inmigrantes legales llegados a los Estados Unidos después de esta fecha, pero que sean residentes habituales durante cinco años

No dispondrán de cobertura por parte del programa si son inmigrantes ilegales e indocumentados, y si no cumplen con la segunda de las dos condiciones anteriores. Sin embargo, todos los inmigrantes, aunque no cumplan con los anteriores requisitos, tendrán cobertura por parte de "Emergency Medicaid", siempre que cumplan con los tres requisitos fundamentales antes mencionados.

-Servicios que incluye el programa

El programa comprende tanto servicios sanitarios obligatorios como opcionales, los cuales enunciaremos a continuación:

- hospitalización de pacientes
- servicios por parte de los médicos y demás personal sanitario
- centros de enfermería para personas de veintiún años en adelante
- asistencia domiciliaria para dichas personas
- servicios de planificación familiar
- servicios en clínicas de zonas rurales
- servicios de laboratorio y radiodiagnóstico
- servicios de pediatría
- centros de salud cualificados
- servicios de comadronas
- servicio de EPSDT para niños y jóvenes menores de veintiún años (Early and Periodic Screening, Diagnosis and Treatment)
- transporte

En cuanto a los servicios opcionales que ofrece el programa encontramos los siguientes:

- servicios clínicos
- optometría y óptica
- medicamentos recetados
- asistencia dental
- prótesis
- instalaciones y servicios para personas retrasadas mentales (ICF/MRs, Intermediate Care Facilities for the Mentally Retarded)
- Servicios ambulatorios relacionados con la tuberculosis y medicamentos para las personas que cumplan con los requisitos
- ciertos cuidados y asistencia domiciliaria para personas con discapacidades crónicas

Estos servicios opcionales representan de forma aproximada el sesenta por ciento del presupuesto de Medicaid.

-Otros aspectos

Cada estado tendrá cierto grado de autoridad para fijar los requisitos económicos para acceder al programa. Normalmente los estados fijarán límites más elevados para las mujeres en estado y para los niños y jóvenes. En comparación las personas mayores y con incapacidades llevarán asociados límites más bajos, ya que estos colectivos tendrán de forma general ingresos más escasos.

En cuanto a los periodos de tiempo considerados para evaluar los ingresos se utiliza normalmente una base prospectiva de seis meses, aunque en algunos estados se utiliza una base retrospectiva de un, dos o tres meses.

En general el derecho de beneficiarse del programa Medicaid no es continuo, ya que si los individuos incrementan sus ingresos dejarán de cumplir con los requisitos económicos, existiendo algunas excepciones:

- Los niños y jóvenes en el momento de cumplir los límites económicos dispondrán de cobertura durante doce meses de forma ininterrumpida
- Las mujeres en estado, una vez cumplidos los requisitos, dispondrán de cobertura médica durante todo el transcurso del embarazo y sesenta días tras el parto

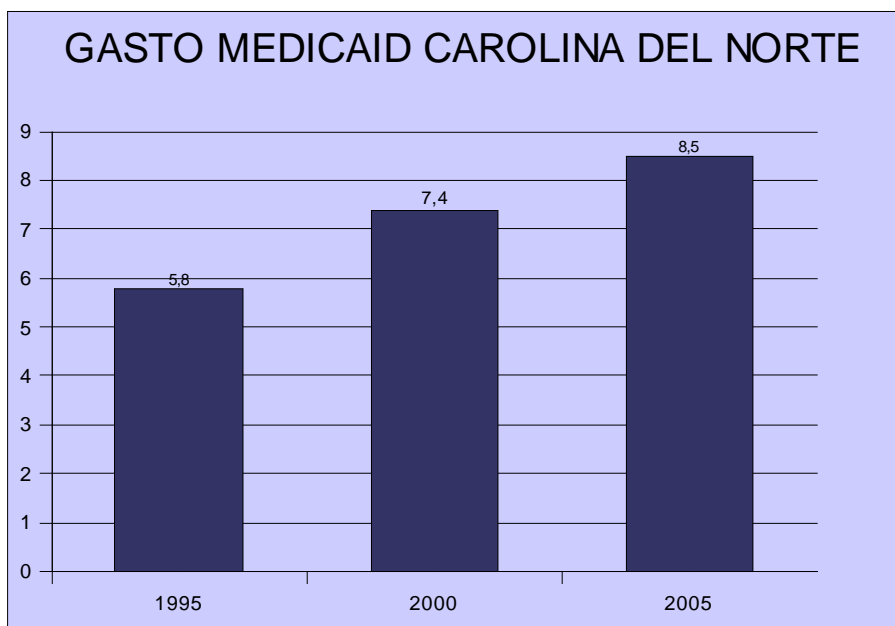
Como conclusión, Medicaid es un programa que ofrece cobertura médica a una gran parte de la población del país que de no ser de la existencia del programa no podría tener acceso a la asistencia sanitaria. Sin embargo, recientes estudios muestran que un número considerable de personas que cumplen los requisitos no se encuentran adscritos al programa aunque pueda resultar extraño. Las razones de esta situación pueden ser el desconocimiento de las condiciones económicas y personales, el hecho de que el proceso para acceder a los beneficios del programa es complicado o incluso el evitar el "estigma de pobreza" que puede tenerse frente a la sociedad.

A continuación pasaremos al explicar más detalladamente el sistema de salud en el Estado de Carolina del Norte, haciendo especial mención del programa Medicaid y a su actual problemática.

4.2. EL SISTEMA DE SALUD EN NORTH CAROLINA (EL DILEMA DE MEDICAID)

Uno de los principales gastos sanitarios para el Estado de Carolina del Norte es el del programa Medicaid. De hecho, el gasto de Medicaid en el Estado en los últimos años no ha dejado de aumentar, como se muestra en el gráfico siguiente.

Gráfico 7: *Evolución del gasto sanitario por el programa Medicaid en el estado de Carolina del Norte (1995-2005)*



Fuente: Elaboración propia. Información facilitada en la Asignatura Health System in the United States, Health Policy and Administration Management Department, UNC.

Durante el año 1995 el gasto total de Medicaid ascendió a cinco mil ochocientos millones de dólares, ascendiendo en 2000 hasta los siete mil cuatrocientos millones, y hasta los ocho mil quinientos millones en 2005.

Sin embargo, este gasto no lo asume todo el gobierno del estado, como vimos cuando explicamos el programa Medicaid. En el caso de Carolina del Norte la distribución del gasto de Medicaid es la siguiente:

- el Gobierno Federal soporta alrededor del 58%
- el Estado hace frente al 36% del total del gasto
- en cuanto al nivel local, representado por los condados, en EEUU en general no tiene participación en el presupuesto, aunque en el caso de Carolina del Norte existe una excepción, ya que es uno de los pocos estados en que los gobiernos locales participan en el presupuesto de Medicaid. Por ley, los gobiernos locales de Carolina del Norte deberán soportar al menos el 15% del presupuesto correspondiente al Gobierno Estatal. El último año la cifra fue del 6% del presupuesto total.

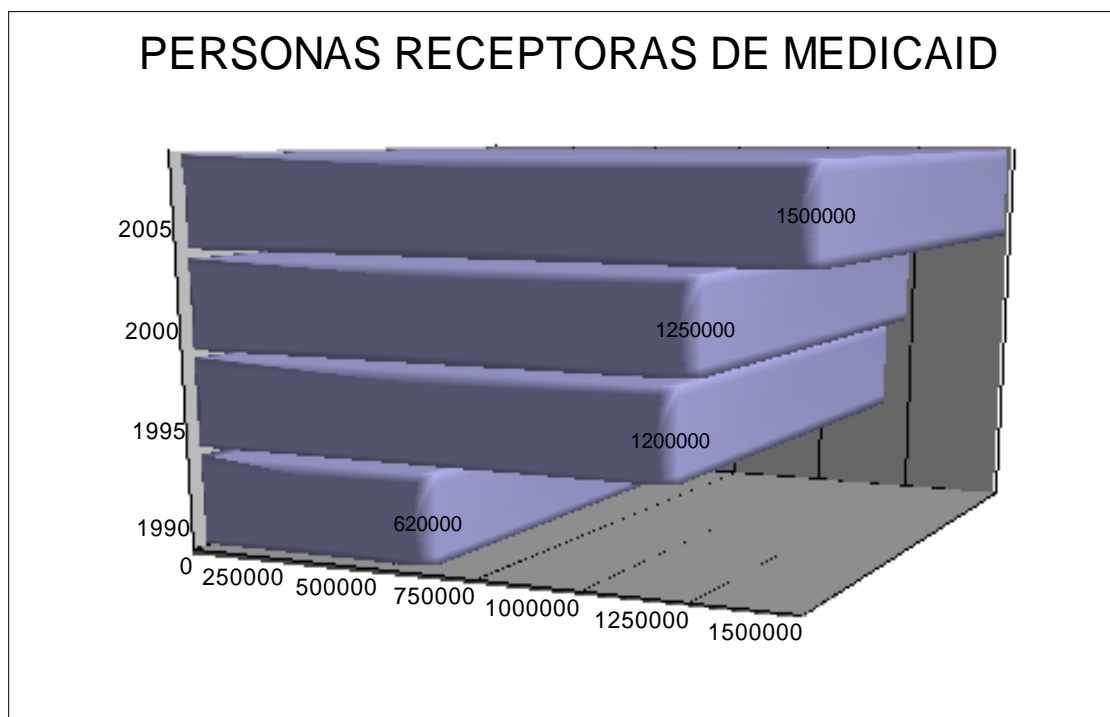
4.2.1. EL PROBLEMA DE MEDICAID

Uno de los hechos que debemos destacar es el acusado crecimiento que está sufriendo el gasto en Medicaid en este estado, situación que pasaremos ahora a analizar más detalladamente.

Las razones por las cuales el gasto de Medicaid ha aumentado durante la última década y se espera que continúe creciendo son diversas. En primer lugar, y como causa más importante de esta situación, el número de personas que cumplen las condiciones para acceder a este tipo de ayudas cada año es mayor. Además del crecimiento en el número de usuarios, éstos también cada vez hacen mayor uso de los servicios. Por último, otra de las causas de este aumento podría ser el aumento del precio de los servicios, proveedores, productos farmacéuticos, ya que como en cualquier industria los precios crecen a lo largo del tiempo, lo que podríamos denominar como efecto inflación.

Nos centraremos en la primera de las causas, es decir, el aumento del número de ciudadanos con posibilidad de acceder al programa Medicaid. La evolución del número de personas que se benefician del programa durante el periodo 1990 - 2005 ha sido la siguiente:

Gráfico 8: *Evolución de la población cubierta por el programa Medicaid en el estado de Carolina del Norte (1995-2005)*



Fuente: Elaboración propia. Información facilitada en la Asignatura Health System in the United States, Health Policy and Administration Management Department, UNC.

Como podemos observar el crecimiento ha sido considerable. Pueden existir diferentes razones, sin embargo la más destaca por los profesores de la universidad y por personas que trabajan en diferentes departamentos de ésta con las cuales hemos hablado es la que explicaremos a continuación. Las industrias más importantes en la economía del Estado de Carolina del Norte son similares a las de Valencia en algunos casos, de hecho, dos de las más importantes son el sector agroalimentario y el sector del mueble, aunque la industria que siempre ha destacado como el motor de la economía del estado ha sido la industria tabacalera.

Como en el caso de otros países (por ejemplo en España), el gobierno de EEUU ha llevado a cabo diversas campañas en contra del consumo de tabaco e informando de todos sus efectos nocivos y de las enfermedades que éste puede llegar a provocar. Este hecho ha afectado muy negativamente a la industria tabacalera de Carolina del Norte. Las empresas han visto descender progresivamente sus ventas, lo que les ha obligado a reducir sus plantillas, y en algunos casos extremos, a cerrar algunas de las empresas.

¿Cuál es el efecto de este hecho sobre Medicaid? En el sector del tabaco muchos de los trabajadores están viendo disminuir sus salarios, ya que las empresas necesitan recortar costes para poder sobrevivir, e incluso muchos de ellos están quedándose sin trabajo, por lo que su situación económica empeora, habiendo progresivamente más personas en esta situación. Por lo tanto, mayor número de personas cumplirán con los requisitos en cuanto a renta para acceder al programa Medicaid, con lo que el gasto en este programa no cesa de crecer.

Por lo tanto, las campañas gubernamentales en contra del consumo de tabaco por una parte pueden resultar positivas, ya que si los ciudadanos reducen su consumo posiblemente la incidencia de ciertas enfermedades relacionadas directa o indirectamente con el tabaco descienda y con ella los gastos asociados. Sin embargo, este efecto positivo debe considerarse de forma general para todo EEUU, ya que en el caso concreto de Carolina del Norte, el efecto adverso en su industria anula este efecto positivo que hemos explicado.

El efecto de otras industrias del estado sobre el incremento del número de ciudadanos con derecho a acceder a Medicaid también es importante. Tenemos el ejemplo de la industria del mueble. Como en el caso de la Comunidad Valenciana, esta industria se está viendo amenazada por los productos procedentes de determinados países asiáticos como China, Indonesia o Malasia. Por esta razón muchas de las empresas del estado están teniendo problemas con el descenso de sus ventas, ocurriendo las mismas consecuencias que en el caso de la industria tabacalera: intento de reducir costes, recortes salariales, despidos de empleados o incluso la desaparición de algunas de las empresas.

Como resultado a estas situaciones, el gasto asociado a Medicaid aumenta. Además, el estado de Carolina del Norte como el resto de estados se enfrenta a la presión del Gobierno Federal de constantemente querer reducir su participación económica en el programa Medicaid, siendo los estados los que en un futuro próximo soporten cada vez mayor carga financiera en cuanto al presupuesto de este tipo de programas.

En conclusión a estos hechos, el estado del Carolina del Norte deberá intentar controlar el aumento del gasto en este programa. Algunas de las acciones que se podrían llevar a cabo son:

- intentar ajustar al máximo los contratos y los precios con los proveedores de los servicios sanitarios, es decir, los hospitales y centros sanitarios

- limitar o reducir algunos de los servicios que se incluyen en el programa, aquéllos que puedan ser susceptibles de ser eliminados
- establecer unos requisitos para acceder a Medicaid más estrictos, reduciendo los umbrales de renta y determinando de manera más estricta las condiciones personales que deben cumplir los ciudadanos para recibir esta ayuda
- por último, intentar llevar a cabo sistemas de gestión más intensivos, procurando que la eficiencia en el funcionamiento del programa aumente y que no se consuman recursos de forma innecesaria

En referencia a la primera medida propuesta, determinados servicios de Medicaid tendrán carácter obligatorio, y otros serán opcionales, los cuales podrían ser reducidos para recortar costes en el programa. En la siguiente tabla mostraremos los servicios que actualmente son considerados como obligatorios y como opcionales (fuente: Professor Nate Brooks, University of North Carolina in Chapel Hill).

Tabla 5: *Servicios obligatorios y opcionales dentro del programa Medicaid*

SERVICIOS OBLIGATORIOS	SERVICIOS OPCIONALES
Pacientes hospitalizados	Medicamentos recetados
Atención sin hospitalización	Servicios dentales
Laboratorio	Servicios de óptica
Servicios de Radiodiagnóstico	Salud mental
Atención y cuidado domiciliario	Servicios de cuidados personales
Revisiones médicas	Podología
Planificación familiar	Hospicios
Médicos	Instalaciones de cuidados para

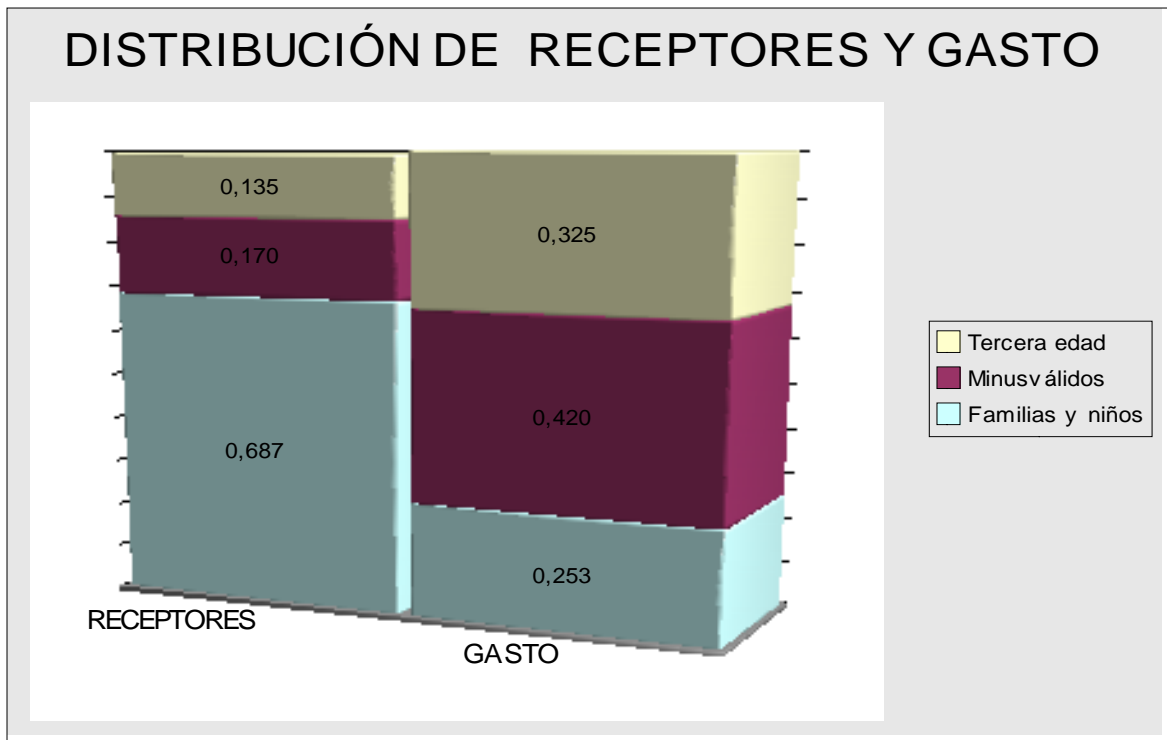
SERVICIOS OBLIGATORIOS	SERVICIOS OPCIONALES
	retrasados mentales
Cuidados de enfermería y centros de enfermería	“Clinics”
Equipamiento médico	“Case Management”
Ayuda problemas auditivos	Quiropráctico
Centros de salud cualificados federalmente	“Private Duty Nursing”
Transporte médico	
Centros de salud rurales	

Fuente: Elaboración propia. Información facilitada en la Asignatura Health System in the United States, Health Policy and Administration Management Department, UNC.

NOTA: todos los servicios considerados como opcionales serán obligatorios para niños y personas de menos de veintiún años.

Veremos a continuación la distribución que sigue tanto el número de personas receptoras del programa y el gesto que éstas generan, ya que existirán determinados colectivos que por sus características consumirán más recursos, es el caso, por ejemplo, de las personas más ancianas.

Gráfico 9: Distribución del gasto según el colectivo receptor dentro del programa Medicaid



Fuente: Elaboración propia. Información facilitada en la Asignatura Health System in the United States, Health Policy and Administration Management Department, UNC.

Como podemos ver, pese a que las familias y los niños son los principales beneficiarios del programa Medicaid, no es este colectivo el que mayor porcentaje de gasto representa, siendo el de personas minusválidas. Sin embargo, no por ser este colectivo el que mayor porcentaje de recursos consumidos ha de ser el más reducido, ya que es también uno de los más necesitados en cuanto a asistencia. Por ello, se deberá tener especial cuidado a la hora de reducir determinados colectivos.

Por último, para finalizar con el problema Medicaid en Carolina del Norte propondremos algunos ejemplos de las medidas concretas que han sido propuestas y de la reducción del presupuesto que supondrían si finalmente fueran aplicadas:

- reducción de los servicios de optometría opcionales, con una reducción estimada de 1.241.737 \$
- reducción de los servicios de óptica opcionales, suponiendo una reducción para el estado de 1.198.821 \$
- eliminación de los servicios de podología opcionales, siendo el ahorro de 539.559\$

- eliminación de los servicios dentales para adultos, siendo una de las reducciones con las cuales más dinero se conseguiría reducir, 5.121.872 \$
- limitar los servicios por persona a tres horas por día y sesenta horas al mes de asistencia como máximo, lo cual supondría una reducción estimada de 2.655.057 \$

Estas cantidades de ahorro de presupuesto tendrán carácter anual, y se refieren únicamente al estado de Carolina del Norte.

En conclusión, el gobierno estatal deberá determinar qué medidas tomar de manera que se consiga reducir el gasto en Medicaid y paralelamente procurar que la calidad y cobertura de los servicios se vea afectada en la menor medida posible.

4.3. LOS CENTROS HOSPITALARIOS EN EEUU: UNC HOSPITALS

4.3.1. INTRODUCCIÓN Y ORIGEN DEL CENTRO

A continuación pasaremos a describir y analizar las principales áreas del centro.

UNC Hospitals abrió sus puertas en septiembre de 1952 bajo el nombre de N. C. Memorial Hospital. En mayo de 1989, la Asamblea general de North Carolina creó the University of North Carolina Hospitals como una organización de unificación para gobernar futuros hospitales. De hecho, UNC Hospitals incluye el North Carolina Children's Hospital, el North Carolina Memorial Hospital, el North Carolina Neurosciences Hospital, el North Carolina Women's Hospital y, por último, el más reciente North Carolina Cancer Hospital, creado en 2009.

El UNC Hospital es un centro público, es decir, gran parte de la financiación que recibe el centro es por parte del gobierno, fundamentalmente para el tratamiento de pacientes incluidos en los programas Medicaid y Medicare.

4.3.2. FACTURACIÓN EN UNCH

Como hemos dicho el sistema de facturación en el sistema sanitario en EEUU es diferente al denominando sistema de facturación capitativa aplicado en la Comunidad Valenciana. Si nos centramos en los dos hospitales que estamos comparando existen además otras diferencias, como el hecho de que mientras en el CHGUV toda la asistencia sanitaria es pública, en UNC Hospitals serán atendidos cuatro tipos de pacientes provenientes de

programas diferentes: Medicaid, Medicare, seguros privados y pago directo (out of pocket).

A continuación veremos los principales rasgos del sistema de facturación en el hospital estadounidense, destacando las diferencias más importantes respecto al Consorcio, para finalmente tratar de establecer algunas conclusiones.

a) *Introducción: Posibles tipos de facturación*

Dentro del sector de los servicios sanitarios nos encontramos diferentes tipologías de facturación, las cuales tendrán asociadas unas ventajas y unos puntos débiles, resultando recomendables según los objetivos que se pretendan conseguir. Algunos de los posibles modelos de facturación aplicables tanto a los hospitales como a los médicos de forma particular serán los siguientes:

- Pago por servicio (fee-for-service)

Posiblemente es el sistema más simple y directo, ya que se relaciona de forma directa el servicio recibido con el pago (es el sistema aplicado a la mayoría de servicios prestados). Es un modelo aplicable fundamentalmente en asistencia sanitaria privada, no en un sistema sanitario público, ya que sería complicado de aplicar.

- Salario o asignación fija (salary)

Es un sistema de pago aplicable en el caso de los médicos, los cuales tendrán un salario asignado en contraprestación al trabajo realizado, el cual no depende de ninguna variable, aunque siempre asegurando una eficacia y calidad mínimas en los servicios.

- Asignación fija más extras (salary plus bonus)

Este sistema es similar al anterior, siendo la única diferencia que existe la posibilidad de optar a remuneraciones extras (no siempre en metálico) para incentivar a los médicos. Estos extras pueden ser ofrecidos por atender a mayor número de pacientes, o atender a pacientes con un grado de dificultad más alto, entre otros.

- Facturación capitativa (capitation)

Como hemos visto anteriormente, es el sistema seguido por la Generalitat Valenciana en la red de hospitales de nuestra comunidad. La totalidad del territorio se divide en zonas, las cuales llevarán asociado un número de habitantes. A cada

hospital se le asignarán unas determinadas zonas, y en función de éstas y el número de habitantes recibirá su presupuesto.

- Por días (per diem)

Como el propio nombre indica, el hospital cobrará en función de los días de estancia en el centro de cada paciente. Con este sistema se puede correr el riesgo de que algunos pacientes permanezcan ingresados durante más días de los necesarios, sobre todo en los servicios sanitarios menos saturados, ya que habrá disponibilidad de camas.

- Por admisión (per admission)

En este sistema el hospital recibirá una determinada cantidad de dinero en función de las admisiones de pacientes registradas. Este modelo de facturación presenta algunas deficiencias, ya que no todos los pacientes que ingresen en el hospital consumirán los mismos recursos, ni tampoco en la misma medida, por lo que deberían tener pagos asociados diferentes.

- Por admisión en función del case-mix (case-mix adjusted admission)

Este modelo es igual al anterior, pero solucionando el problema de la diferencia de consumo de recursos en función de las tipologías de los pacientes. El hospital recibirá una cantidad de dinero por cada admisión, la cual dependerá del GRD al cual pertenezca el paciente. Es uno de los sistemas de facturación seguidos en el UNC Hospital, como veremos más adelante.

- Presupuesto general (general budget)

El sistema de facturación de presupuesto general consistirá en asignar al centro un presupuesto, el cual puede establecerse teniendo en cuenta diferentes factores, como por ejemplo el presupuesto necesitado por el centro durante años anteriores. En este caso este sistema de facturación puede llevar asociado algún inconveniente, ya que si el presupuesto es fijado en función del consumo en años anteriores el centro puede gastar más dinero de lo estrictamente necesario para en años posteriores conseguir un presupuesto cada vez mayor.

- Line item budget

Será un sistema similar al anterior, la única diferencia es que en este modelo de facturación el hospital tendrá una línea de presupuesto, la cual funcionará del mismo modo que una línea de crédito.

Una vez vistas las posibles modalidades de facturación, así como algunas de sus ventajas e inconvenientes, el siguiente paso es determinar cuál de ellos escoger. No podemos establecer que uno de ellos sea el mejor, sin embargo, dependiendo de cuál sea el objetivo perseguido habrá sistemas de facturación más recomendables que otros, como veremos a continuación.

En el caso de que el principal objetivo sea la calidad en la asistencia sanitaria el sistema de facturación más recomendable sería el de pago por servicio prestado, ya que en este sistema es más complicado cometer fraudes o que se cobren servicios que en realidad no se han llevado a cabo, ya que siempre quedarán registrados en las facturas para posteriormente poder cobrarlos. Por el contrario, si se pretende un mejor control de los costes resultan mejores los sistemas de salario fijo para los médicos y para el hospital el sistema de facturación capitativa, ya que en este caso se tendrá asignado un determinado presupuesto en función del número de personas asignadas a cada centro (es el caso de la Comunidad Valenciana) y la tendencia del hospital puede ser la de prestar los servicios sanitarios de la manera más eficiente posible, evitando realizar servicios innecesarios para abaratar el coste de cada paciente. Sin embargo, esta búsqueda de eficiencia y de ahorro de recursos puede traducirse en una pérdida de calidad en los servicios, sobre todo si se trata de un centro privado (no es el caso del HGUV).

Por último, si se pretende llevar un buen control de qué tipo de pacientes tienen acceso al centro y de este modo conocer el patrón del colectivo al cual atiende el hospital el mejor modelo será la facturación por admisión ajustada por Case-mix.

b) Diferentes tipos de pacientes

Como hemos dicho, en el UNC Hospital se tendrá cuatro tipos de pacientes, los cuales se diferencian por sus tipos de cobertura: Medicaid, Medicare, seguros médicos privados y pacientes con pago directo. En función de estos tipos de pacientes el Hospital tendrá sistemas de facturación diferentes.

En EEUU existirán fundamentalmente dos tipos de Hospitales. Durante mucho tiempo los hospitales estadounidenses eran mayoritariamente privados. Con el tiempo se han ido introduciendo en algunos hospitales la asistencia sanitaria pública, aceptando a pacientes con programas como Medicaid y Medicare. Actualmente en EEUU existen hospitales tanto públicos como privados, en los cuales se atiende a todos estos diferentes tipos de pacientes que hemos mencionado. La única diferencia consiste en que los hospitales

privados tendrán asignados límites en cuanto la atención de pacientes con cobertura pública, es decir, con Medicaid y Medicare.

El UNC Hospital ofrece asistencia tanto para los programas públicos (sin ningún tipo de límite) como para los seguros privados. Esta “dualidad” origina que en el mismo hospital los modelos de facturación utilizados deban de ser diferentes, así como la gestión de los pacientes y otros aspectos que más adelante veremos. Seguidamente explicaremos los diferentes patrones de facturación seguidos en el UNC Hospital.

También deberemos diferenciar entre la facturación de los pacientes hospitalizados y la facturación de los pacientes de las consultas externas, ya que será diferente.

c) Facturación de los pacientes hospitalizados

● Pacientes con Medicaid y Medicare

Los pacientes que posean cobertura con Medicare podrán recibir asistencia en el UNC Hospital. En la mayoría de hospitales públicos de EEUU a forma de facturación para este tipo de pacientes será la facturación por admisión ajustada según el case-mix. El sistema recibe el nombre de IPPS (Inpatient Prospective Payment System), y cada paciente será clasificado en un GRD concreto, el cual llevará asociado un peso o precio basado en el consumo medio de recursos de dichos pacientes, siendo aplicables estos precios sólo para pacientes que provienen del programa Medicare. Estos GRD's serán comunes para todos los hospitales de EEUU. Las ventajas y desventajas serán del mismo modo idénticas. Este modelo se aplicará a los pacientes hospitalizados y a los pacientes con cirugía sin ingreso. En el caso de los pacientes de consultas externas el sistema de facturación será diferente, éste será explicado más adelante.

En cuanto a los pacientes hospitalizados y los pacientes a los que se les practica cirugía sin ingreso el procedimiento será el siguiente. Cuando el paciente acude al Hospital se registrará la admisión. Posteriormente, una vez haya sido tratado, dependiendo del reconocimiento y del diagnóstico se procederá a clasificarlo dentro de un determinado GRD. El Hospital recibirá una determinada cantidad de dinero por cada uno de los pacientes, la cual dependerá directamente del tipo de GRD al que pertenezca cada paciente. Estas cantidades serán pagadas por el Gobierno Federal, ya que el programa Medicare es financiado, gestionado y administrado de forma íntegra por el mismo.

Cabe destacar que en muchas ocasiones los costes en los que incurre el Hospital no son cubiertos por las cantidades asignadas desde el Gobierno a los GRD's. El Gobierno utiliza el término *allowable cost* (*coste permitido*) para referirse al coste que como máximo podrá

ser recuperado por los Hospitales. Este concepto lo veremos con mayor detalle en el apartado dedicado al Departamento Financiero.

El hecho de que el pago por paciente dependa directamente del GRD al cual está asignado se debe a que no todos los pacientes consumirán los mismos recursos y el mismo tiempo en el hospital, ya que determinadas enfermedades o patologías requerirán mayores cuidados, recursos humanos, medicamentos, días de hospitalización, entre otros.

Este sistema de facturación, aunque es el utilizado de forma general en la totalidad de los hospitales públicos de EEUU, puede esconder algunos problemas. De hecho, el principal incentivo de algunos de los hospitales puede ser el hacer parecer que el paciente tiene un diagnóstico más grave de lo que en realidad es, de este modo la cantidad de dinero recibida será mayor ya que depende directamente del GRD asignado al paciente. Este fenómeno es conocido como up-coding. Además, una vez el paciente haya ingresado en el centro, es posible que el Hospital trate de reducir al máximo posible los recursos consumidos por el paciente y los días de hospitalización, por lo cual la calidad del servicio puede verse afectada, e incluso tener consecuencias graves en determinados tipos de pacientes.

Con el fin de evitar estos problemas el Gobierno llevará a cabo algunas medidas, como por ejemplo el ajustar los días y el coste de cada GRD anualmente. Estas medidas serán explicadas más adelante, concretamente en el apartado dedicado al Área de Gestión de Pacientes.

Este sistema de facturación es igual al seguido en el Hospital de la Ribera que anteriormente hemos analizado, teniendo las mismas ventajas e inconvenientes. Con el sistema de facturación americano para los pacientes cubiertos por Medicaid se pueden conseguir ciertos aspectos positivos, como que los pacientes no permanezcan hospitalizados más de lo necesario y que el consumo de recursos se realice de una forma más eficiente. En algunos servicios sanitarios que se encuentren saturados este sistema puede resultar muy beneficioso, ya que ayudará a agilizar la gestión de las camas y las estancias de los pacientes.

En conclusión, con este tipo de facturación son necesarias algunas medidas. Por ejemplo, sería recomendable el llevar a cabo un cierto control para asegurar la calidad de los servicios sanitarios, el cual debería ser ejercido preferiblemente por el Gobierno (tanto federal como de los Estados, o incluso local).

Un ejemplo de medida de control frente a la problemática que esconde este modelo de facturación es la aplicada en el sistema de sanidad alemán, en el cual, para algunos GRD's, si un paciente tratado por un determinado hospital vuelve a ingresar en los siguientes treinta días el hospital no podrá recibir pagos por este nuevo ingreso. Esta medida incentiva en cierto modo a los hospitales a ofrecer un servicio de calidad y consumiendo los recursos necesarios, ya que si el paciente vuelve a ingresar sin transcurrir un mes se deberán consumir recursos con este paciente, pero sin recibir ninguna contraprestación a cambio, por lo que el hospital estaría perdiendo dinero.

En cuanto a los pacientes que provienen del programa Medicaid el procedimiento para la mayoría de Hospitales públicos en los EEUU será el mismo, con la salvedad de que los pagos los realizará el gobierno de cada estado, ya que serán los que financien y gestionen completamente el programa. Las listas de GRD's que se utilizarán en gran parte de los estados serán las mismas que en el caso de los pacientes Medicare. De hecho, en ocasiones las listas de los GRD's no son publicadas ya que coinciden con las elaboradas por parte del Gobierno Federal para Medicare. Algunos estados, no obstante, introducirán determinados cambios para ajustar los GRD, por ejemplo, variando los días de ingreso.

Sin embargo, la facturación en UNC Hospitals para este tipo de pacientes no seguirá este modelo. El sistema de facturación se basará en el coste (Cost Based System), es decir, en función de los gastos en los cuales el Hospital incurre éste recibirá una determinada cantidad por parte del Gobierno Estatal. Por lo tanto, el Hospital recibirá la cantidad de dinero que ha gastado en los pacientes que provienen del programa Medicaid.

UNC Hospitals es el único centro en el estado de Carolina del Norte al que se le aplica este modelo de facturación. De forma general, desde el Hospital se considera que la facturación basada en el coste para el programa Medicaid es beneficiosa para el centro, ya que se consigue cubrir los costes en mayor medida que en el caso de otros sistemas de facturación como el basado en los GRD's. El Hospital registrará todos los costes asociados a este tipo de pacientes, para al final del ejercicio ofrecer estos documentos al Gobierno Estatal, el cual realizará el pago por todos los costes que han originado en el Hospital los pacientes con Medicaid.

- ***Pacientes con seguros privados***

Los pacientes que disponen de un seguro médico privado pueden haberlo contratado ellos mismos por iniciativa propia, o ser contratado y pagado por la empresa para la cual

trabaje. En EEUU es bastante habitual que las empresas faciliten a sus empleados seguros médicos que ofrecen cobertura sanitaria a éstos y a sus familias.

El Hospital contará con convenios con determinadas compañías de seguros, cada una de las cuales contará con diferentes programas con diferentes tipos de cobertura, diferentes primas y diferentes condiciones de contrato. Por lo tanto, el Hospital debe identificar de forma correcta a cada paciente y qué tipo de seguro posee, con el fin de conocer qué nivel de cobertura tiene, qué servicios estarán cubiertos por el seguro y cuáles no. De este modo se evitarán posteriores problemas a la hora de cobrar los servicios por parte de la aseguradora.

La forma de facturación en estos casos variará en función del contrato que el Hospital tenga con cada una de las compañías aseguradoras. Principalmente dos suelen ser los sistemas seguidos. Por una parte, con algunas aseguradoras la facturación se lleva a cabo a través de GRD's de manera análoga al caso de otros pacientes como aquellos que tienen cobertura a través de Medicaid o Medicare. Otro modelo de facturación que se suele aplicar con algunas aseguradoras se basa en los días que el paciente ha estado ingresado, y en función de estos días se realiza el pago por parte de la aseguradora. Estas son las dos formas básicas de facturación.

En cuanto a la documentación, normalmente por cada proceso llevado a cabo por el Hospital se generarán tres facturas, de las cuales una será clasificada y archivada en el Hospital, la segunda se le hará llegar a la compañía aseguradora, la cual remitirá los pagos correspondientes a los servicios prestados a cada asegurado, y por último, la tercera será entregada al paciente o enviada a su domicilio posteriormente.

Los pacientes con seguros privados en España serán atendidos en hospitales privados únicamente, aspecto que no se da en EEUU, ya que en los hospitales denominados "públicos" se atenderá, como hemos visto, a pacientes con programas como Medicaid y Medicare, además de pacientes con seguros privados.

- ***Pacientes con pago directo***

La facturación de estos pacientes no presenta ninguna complicación, ya que los pacientes pagarán por cada uno de los servicios recibidos. Normalmente se pagará una determinada cantidad al médico y otra cantidad que está destinada al Hospital.

d) Facturación de los pacientes de consultas externas

La facturación de los pacientes atendidos por el Hospital en consultas externas será diferente a la practicada en el caso de los pacientes hospitalizados. A su vez, dependiendo de los programas de cobertura que tenga cada paciente ésta variará.

- **Pacientes con Medicaid y Medicare**

En el caso de los pacientes con cobertura a través de estos dos programas públicos la facturación será la siguiente. Con los pacientes con Medicaid se seguirá el mismo sistema que explicamos en el caso de los pacientes con ingreso, es decir, un sistema de facturación basado en el coste. Todos los procesos y costes seguidos con los pacientes con cobertura Medicaid serán registrados para, al final del ejercicio, entregar estos documentos al Gobierno Estatal y recibir las cantidades de dinero correspondientes. El Hospital, una vez atendido el paciente, identificará todos los procedimientos realizados, los cuales quedarán registrados y llevarán asociado un coste. Esta información será enviada a la Administración (en este caso, al tratarse de Medicaid al Gobierno Estatal) para posteriormente recibir el dinero correspondiente a los servicios prestados. En conclusión, podemos decir que es un modelo de facturación de pago por los servicios prestados (fee for service).

El procedimiento seguido con los pacientes con el programa Medicare es diferente. Será un modelo de facturación muy similar al sistema de GRD's seguido en el caso de los pacientes hospitalizados, pero considerando que éstos no pasarán días ingresados en el Hospital. Se seguirá un Sistema de Pago Prospectivo (PPS). Todos los servicios serán clasificados en grupos denominados Clasificaciones para el Pago de Servicios Ambulatorios (Ambulatory Payment Classifications, APC's). Los servicios contenidos en cada APC son clínicamente similares, al igual que son equiparables en cuanto al consumo de recursos. Para cada APC se establecerá una cantidad a pagar. Dependiendo de los servicios prestados por el Hospital se podrá recibir más de un APC por visita.

Los pagos por APC se ajustarán en función de las diferencias en cuanto a sueldos entre estados, evaluándose los sueldos de cada hospital, asumiendo que el porcentaje del pago que es atribuible al personal sanitario es del sesenta por ciento.

- ***Pacientes con seguro privado***

El modelo de facturación en este caso variará de unas aseguradoras a otras, dependiendo del tipo de contrato que mantenga el Hospital con éstas. Fundamentalmente se suele seguir un sistema similar al aplicado en el caso de pacientes con Medicaid, es decir, se realizará el pago por cada servicio recibido por el paciente. El Hospital tendrá con cada compañía aseguradora un contrato, en el cual quedarán contemplados todos los procesos que el paciente puede recibir en el centro, identificados con sus correspondientes códigos. Una vez el paciente ha sido atendido en el Hospital, éste remitirá a la aseguradora la información acerca de los servicios que el paciente ha recibido haciendo uso de dichos códigos. Cada uno de los códigos llevará asociado un precio. El Hospital recibirá posteriormente por parte de estas empresas el total de las facturas de cada paciente.

- ***Pacientes con pago directo***

En este caso no existe modelo de facturación, ya que el pago se realiza de forma directa una vez el paciente ha recibido los servicios. El Hospital emitirá la factura correspondiente a todos los procesos llevados a cabo en el Hospital. En este punto cabe hacer un comentario acerca de las facturas emitidas por el Hospital, no sólo para este tipo concreto de pacientes, sino para todos los pacientes que pasan por el Hospital. Para cada paciente siempre existirán dos facturas: por una parte, la correspondiente a todos los servicios recibidos en el centro, y por otra, la que contiene los honorarios para los médicos (este tema también será tratado en el apartado del Departamento Financiero).

e) Mención especial: no asegurados

Podemos decir que uno de los principales puntos débiles del sistema de salud estadounidense radica en el acceso por parte de los ciudadanos a la asistencia sanitaria. Como vimos anteriormente, existe una gran parte de la población que carece de cobertura. En el sistema estadounidense existe un gran segmento de personas que, por una parte, no tiene un poder adquisitivo suficiente para costearse un seguro médico privado, y por otra, no cumplen los requisitos en cuanto a renta para acceder a programas públicos como Medicaid y Medicare.

Este gran segmento de la población es una de las mayores preocupaciones no sólo para el Gobierno, sino que especialmente constituye un gran problema para los hospitales, ya

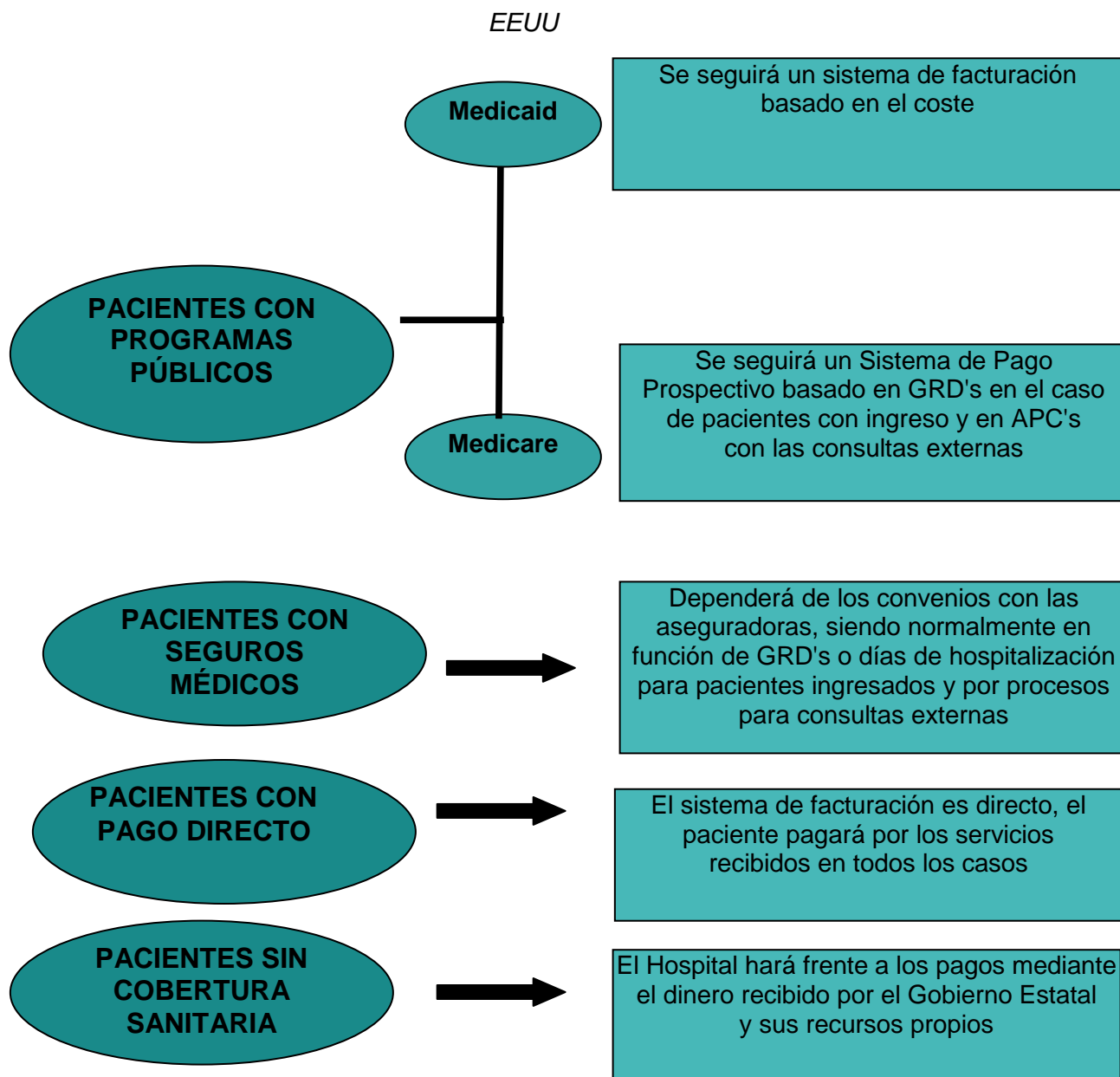
que son éstos los que deben hacerse cargo de gran parte del coste que estos pacientes generan. Como veremos más adelante en el apartado dedicado al presupuesto, el Hospital recibirá una partida especial por parte del Gobierno para hacer frente a estos casos, sin embargo, ésta resulta insuficiente.

El Hospital deberá de buscar fórmulas alternativas (las veremos en el apartado del presupuesto y del Departamento Financiero) para poder hacer frente a estos costes que deberían ser extraordinarios, pero que se han convertido en una de las partidas de gasto más importantes no sólo en el caso de UNC Hospitals, sino de manera generalizada. En los estados más pobres, como es el caso del estado de Carolina del Norte, este problema se agrava, ya que además debemos considerar el hecho de que el Gobierno Federal paulatinamente quiere ir reduciendo las partidas que destina a Medicaid para que sean los estados los que soporten mayor parte del gasto de dicho programa.

Además de las personas que no pueden acceder a la cobertura sanitaria por razones de niveles de renta bajos, también debemos considerar las personas que intentan cometer fraude, no teniendo seguro médico y negándose posteriormente a pagar por los servicios médicos recibidos alegando que no tienen recursos. Estos casos, aunque son más escasos, también suponen un coste extraordinario para el Hospital, ya que en muchas ocasiones el personal del Hospital deberá investigar y buscar a través de otras fuentes si la persona dispone de recursos o realmente no puede hacer frente al pago. Normalmente el Hospital consultará al Gobierno acerca de la situación fiscal de este tipo de pacientes.

Como conclusión haremos un esquema resumiendo los posibles tipos de paciente y sus respectivos sistemas de facturación:

Figura 11: *Diferentes tipos de pacientes y sus respectivos sistemas de facturación en*



Fuente: Elaboración propia. Información obtenida a partir de las entrevistas con personal del Departamento de Facturación.

4.3.3. DEPARTAMENTO FINANCIERO EN UNCH

La entrevista con John Lewis, el CFO (Chief Financial Officer), tuvo lugar el 8 de noviembre de 2006 a las dos de la tarde en su despacho situado en el Children's Hospital del UNCH.

a) Principales funciones del departamento

En el departamento financiero de UNC Hospitals trabajan aproximadamente unas cuatrocientas personas de forma directa e indirecta, siendo uno de los departamentos más extensos del Hospital. Dentro del mismo estará englobado el departamento encargado del presupuesto, el cual explicaremos detalladamente más adelante. Entre las funciones más relevantes del departamento financiero encontraremos las siguientes:

- "Revenue Cycle", con este término el personal del departamento define el proceso necesario para llevar a cabo la facturación de los pacientes (identificación de los procesos, codificación, registro, pagos y cobros, entre otros). Este "Revenue Cycle" constituye un aspecto importante no sólo para este departamento, ya que en otros como el Área de Gestión de Pacientes o el Área de Acceso de Pacientes también se considera una de las principales funciones.

En cuanto al "Revenue Cycle", las tareas que llevará a cabo el departamento financiero serán el registro de los gastos e ingresos, así como de los cobros, pagos y costes; el control de las listas de servicios y GRD's codificados que utiliza el Hospital para realizar la facturación de algunos pacientes y, por último, la recopilación, gestión y clasificación de todas las facturas que se generan en el Hospital.

- Funciones fiscales, tales como el pago de los impuestos correspondientes, además de la gestión y el pago de las nóminas a los empleados del centro, pago de los materiales, entre otros aspectos.
- Ciertas funciones de benchmarking, comparando algunos indicadores económicos y financieros con otros Hospitales del Estado (lo más habitual) y del país.
- Funciones de Business Development, entre las que encontramos la medida y evaluación de los costes de cada servicio y tipo de paciente, con el fin de establecer si el Hospital está perdiendo con determinados pacientes o si por el contrario sus costes son aceptables
- En cuanto al presupuesto, éste será fijado y controlado periódicamente a lo largo del año. Este punto será desarrollado con más detalle en el apartado siguiente.

Todos estos aspectos serán explicados a continuación.

b) Contabilidad Analítica en UNCH

A diferencia del Hospital General de Valencia, UNC Hospitals no dispone de un modelo de contabilidad analítica como el SIE implantado en la Comunidad Valenciana. Desde el Estado no se utiliza ninguna aplicación o modelo específico para llevar la contabilidad analítica de los diferentes hospitales públicos. Esto tampoco se realiza desde el Gobierno Federal.

Por lo tanto, otras herramientas han de ser utilizadas para medir los costes de los servicios y controlar su evolución. Una de estas herramientas es el denominado Cost Report, en el cual quedarán registrados los costes detallados de los pacientes de los programas Medicaid y Medicare, es decir, los pacientes con cobertura por parte del Gobierno Estatal y Federal respectivamente. Este informe será de utilidad para ambas partes. En primer lugar, el Hospital podrá observar cuál es la evolución de sus costes y analizar si dependiendo del tipo de facturación de cada paciente los costes son cubiertos o no. Uno de los costes más importantes será el del personal del Hospital, del cual se analizará su trayectoria durante los últimos años, los incrementos de sueldos según categorías, entre otros. Todos los costes serán detallados, especificándose su volumen y su peso relativo sobre el total.

En cuanto al Gobierno, éste podrá observar los datos sobre costes de todos los Hospitales. Podrá comparar, extraer medias, así como analizar las desviaciones. Este análisis será especialmente interesante en los casos de los pacientes con Medicaid y Medicare. Una vez analizada la información se podrá determinar si las cantidades pagadas por GRD's a los hospitales se ajustan al coste real o si por el contrario estos precios resultan excesivos o escasos. De este modo, revisando cada año esta información podrá ajustar de manera más exacta los precios de los GRD's y APC's.

Como conclusión de este apartado podríamos decir que, pese a que desde el departamento se genera información estandarizada acerca de los costes en los que el Hospital incurre, sería recomendable y de gran utilidad la aplicación de un modelo de costes similar al Sistema de Información Económica de la Generalitat Valenciana. El estudio de los costes cuando se trata de servicios siempre es más complicado, pero si consideramos los servicios sanitarios este grado de complejidad aún es mayor, ya que no existen dos pacientes completamente iguales. Es por ello que necesitamos herramientas como los GRD's y los APC's. Sin embargo, a parte de la utilización de estos métodos, un sistema de costes por actividades (sistema ABC) puede darnos una visión más completa y sencilla.

Para finalizar, podemos establecer que no se trata únicamente de tener un listado con todos los costes detallados, sino de tener un modelo estandarizado que ofrezca información rápida, útil y lo más simplificada posible acerca de los costes de cada uno de los centros, permitiendo realizar comparaciones directas entre los hospitales.

c) Contabilidad Financiera

El departamento también se encargará de la contabilidad financiera. Elaborará todos los documentos y estados contables requeridos en el caso de los hospitales públicos. Al igual que ocurría con el Informe de Costes (Cost Report), estos documentos deberán ser presentados en Gobierno Estatal a través de las agencias que éste tiene por todo el estado.

Además, el Hospital periódicamente (normalmente con una frecuencia anual) será auditado por un auditor designado por el Gobierno Estatal, el cual llevará a cabo un informe detallando la situación del Hospital que será entregado a la Administración.

Por lo tanto, en cuanto a la contabilidad financiera, el Gobierno ejerce control sobre los hospitales públicos de dos modos: la presentación de los estados contables y la auditoría anual por parte de un auditor del Estado.

d) Beneficios

El Hospital normalmente obtendrá beneficios derivados de su actividad. Estos beneficios provienen fundamentalmente de los pacientes que realizan pagos directos, ya que con otro tipo de pacientes, como en el caso de los pacientes con el programa Medicare, el centro, con lo recibido por parte del Gobierno, normalmente no conseguirá cubrir los gastos que éstos generan.

Los beneficios obtenidos por UNC Hospitals se destinarán a diversas funciones, entre las cuales destacamos:

- Hacer frente a los costes extras que generan determinados pacientes como los que provienen de Medicare, así como los pacientes que no pueden pagar por la asistencia recibida, ya que en estos casos la cantidad de dinero (charity care) recibida desde el Gobierno del Estado resulta insuficiente.
- Mantenimiento de las infraestructuras del Hospital y la construcción de nuevas instalaciones. Para llevar a cabo esto el centro recibirá dinero por parte del Gobierno, pero parte de estos gastos habrá de pagarlos el Hospital.
- Gran parte de los beneficios se invertirá en diversos activos. El año pasado el

Hospital fue autorizado a poder invertir en el mercado de acciones. Además, el Hospital combinará inversiones tanto a largo como a corto plazo, las cuales tendrán un rendimiento variable que suele oscilar entre el cuatro y el ocho por ciento aproximadamente. Por último, el Hospital también invertirá en activos de renta fija, como por ejemplo bonos del Tesoro (State Treasure), los cuales les proporcionarán una rentabilidad más baja pero en contrapartida el riesgo que se soportará será mínimo. Los rendimientos obtenidos podrán ser empleados para cualquiera de los aspectos que hemos explicado.

- Pagar los incrementos de sueldos de los empleados del Hospital que tienen lugar cada año, dependiendo de la inflación y de ciertos incentivos salariales comentados en el apartado dedicado a la gestión de los recursos humanos
- Apoyo financiero a la Escuela de Medicina. Normalmente desde el Hospital se organizan y financian ciertas actividades, charlas, cursos, entre otros eventos

A continuación pasaremos a explicar cómo es fijado y controlado el presupuesto del Hospital. Estas funciones serán desempeñadas por el Área de Control de Presupuesto, englobada dentro del propio Departamento Financiero.

4.3.4. ÁREA DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN

a) Principales funciones

La entrevista con J. P. Kichack tuvo lugar el viernes 17 de noviembre de 2006 en el Edificio 300 de Circle Village en Meadowtown, Chapel Hill. El Hospital dispone de dos edificios en esta zona residencial, el Welfare Center y el Heart Center, en el cual están las oficinas de diversos servicios del Hospital, entre ellos el departamento de Sistemas de Información.



El área de Sistemas de información de UNC Hospitals tiene por objetivo la integración entre los diferentes departamentos y áreas del hospital y facilitar la comunicación entre éstos. Cabe destacar la importancia que los sistemas de comunicación tienen en la organización, ya que el intercambio de

información entre las áreas del hospital será imprescindible para el buen funcionamiento del centro y para la mejora progresiva de los servicios ofrecidos.

Las principales funciones del departamento serán las siguientes:

- integración y comunicación entre los diferentes servicios y áreas del hospital
- recopilar, mantener y gestionar toda la información relacionada con los pacientes, tanto información clínica como administrativa
- servir de apoyo para otros departamentos, como el financiero o el de gestión de pacientes

En esta última función el área de sistemas de información facilitará cierta información a estos departamentos. Por ejemplo, en el caso del departamento de gestión de pacientes se le facilitará toda la información acerca de la estancia de los pacientes, el diagnóstico de los mismos, los GRD's correspondientes, entre otros. Esta información será imprescindible para llevar a cabo la facturación con el Gobierno, estatal, en el caso de los pacientes Medicaid, y federal, con los pacientes Medicare, y con las numerosas compañías aseguradoras con las cuales el Hospital mantiene contratos.

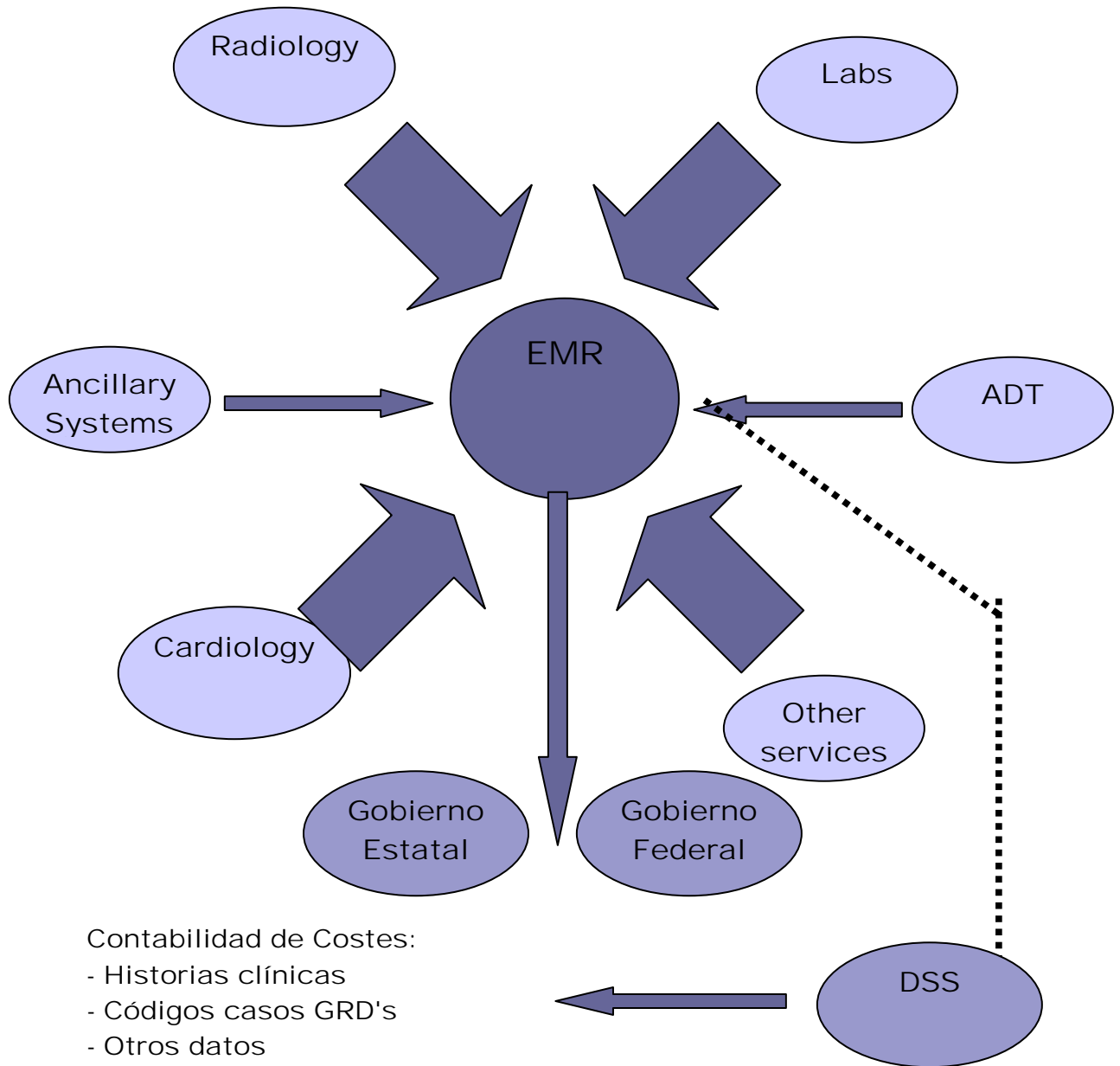
A continuación veremos cómo funciona y los aspectos más importantes de este área del Hospital, en la cual trabajan cerca de doscientos empleados, tanto directos como indirectos.

b) Estructura básica de los Sistemas de Comunicación

Los Sistemas de Comunicación del hospital intervienen en la mayoría de los departamentos y servicios del Hospital, siendo éstos los receptores y los emisores de los flujos de información. Podemos decir que el sistema de comunicación del Hospital funciona como elemento integrador entre todas las áreas del centro, incluso las clínicas en instalaciones externas al hospital establecidas a lo largo del estado de Carolina del Norte.

Los Sistemas de Comunicación de UNC Hospitals presentan la siguiente estructura:

Figura 12: Estructura de los sistemas de información en UNC Hospitals



Fuente: Elaboración propia. Información obtenida por la entrevista con el responsable del Área de Sistemas de Información de UNCH.

A continuación pasaremos a explicar el diagrama:

- **EMR**

Es el Electronical Medical Record, es decir, el Registro Médico Electrónico. En este registro los diferentes departamentos y áreas del Hospital vierten todos los datos relacionados con los pacientes. Fundamentalmente los documentos que se

almacenarán de todos los pacientes serán los informes de alta y las historias clínicas. Dentro del informe de alta se recogerán todos los procedimientos que se han seguido con el paciente, la duración de su estancia, entre otros. El Registro Médico Electrónico es único, almacenándose en él toda la información de los cuatro centros.

- ***Centros de donde proviene la información***

En general todos los servicios del Hospital enviarán información de los pacientes, bien sea de carácter médico o de carácter administrativo. Esta será la base para crear los GRD's y permitirá tener registrado cualquier aspecto acerca de los pacientes. En el gráfico hemos puesto algunos ejemplos de servicios que emiten este tipo de información, como el servicio de Radiología, de Cardiología o los Laboratorios.

- ***ADT***

Corresponde a las siglas de Admission, Discharges and Transmission (Admisión, Altas y Transmisiones). El Área de Admisión de pacientes será principalmente la que enviará información acerca de los pacientes que son atendidos en el Hospital (se consideran los pacientes ingresados -inpatients-, pacientes con cirugía sin ingreso, y también consultas externas -outpatients-). Estos datos serán tanto administrativos como médicos. En cuanto a la información sobre las altas, ésta será enviada por cada uno de los servicios. Por último las "transmisiones" hacen referencia a aquellos pacientes que son trasladados desde otros hospitales. Los datos correspondientes a estos pacientes normalmente también serán enviados por el Área de Admisión.

- ***DSS***

Corresponde al Disease Support System, o Sistema de Soporte sobre Enfermedades/Patologías. Este sistema será el encargado de la elaboración de los GRD's del Hospital. La información que recibirá del EMR será básicamente los informes de alta, determinada información administrativa (equivalente a la que vimos en el caso del Consorcio), el progreso de los costes de cada paciente y todos los procedimientos que se les ha practicado a éstos. Con esta información se crearán los GRD's del hospital y se les asignará un coste, que será el coste total de un paciente correspondiente a cada diagnóstico.

Posteriormente esta información también será utilizada para elaborar informes sobre contabilidad de costes. Se considerarán los costes que supone cada tipología de pacientes y se estudiarán, comprándose con años anteriores. La aplicación del case mix será desarrollada con más detalle más adelante.

- ***Comunicación con el Gobierno Federal y Estatal***

El Hospital mantendrá flujos de información con el Gobierno continuamente, de hecho no debemos olvidar que es un hospital público. En cuanto a la información sobre los pacientes y el coste asociado a éstos será enviada de forma periódica al Gobierno, tanto Federal como Estatal. Con esta información será posible elaborar los listados de GRD's que utilizará posteriormente el Gobierno para llevar a cabo la facturación de los programas Medicare (Gobierno Federal) y Medicaid (Gobierno Estatal). Estos GRD's son calculados utilizando la información sobre los pacientes que los hospitales ceden a los dos Gobiernos.

- c) Información del Case Mix***

Como hemos dicho, el Hospital calculará sus propios GRD's anualmente. Estos GRD's corresponden a cualquiera de los tipos de pacientes que pasan por el Hospital (Medicare, Medicaid, Seguro privado, Pago Directo), y serán calculados en el caso de pacientes con ingreso, pacientes con cirugía sin ingreso, además de los pacientes de consultas externas. Por otra parte se dispondrá de las listas de GRD's confeccionados por el Gobierno para la facturación de los pacientes con los programas Medicare y Medicaid.

Por lo tanto, en el caso de EEUU la utilidad de los GRD's es doble. En primer lugar, son utilizados por parte del Gobierno Federal para realizar la facturación de los pacientes ingresados con Medicare, y por parte del Gobierno Estatal en general para la facturación de los pacientes ingresados con Medicaid (no es el caso de UNC Hospitals como hemos visto). En segundo lugar los GRD's también serán útiles para evaluar el coste de cada tipo de paciente. Esta aplicación de la información del case mix es de gran importancia en el hospital, ya que es la principal herramienta para llevar a cabo un análisis de los costes, puesto que el centro carece de un sistema de contabilidad analítica o de costes como del que se dispone en el caso del Hospital General de Valencia y la Generalitat Valenciana. En este sentido, las aplicaciones concretas serán muy variadas:

- El Hospital calculando los GRD's, dispondrá de la información sobre consumo de recursos de cada tipología de paciente, pudiendo observar qué pacientes son más críticos en cuanto al coste

- El Hospital suele estudiar la trayectoria del coste de cada tipo de paciente con el fin de evitar que ciertos costes incrementen demasiado. Este análisis se realiza tanto con los pacientes ingresados como con los no ingresados
- Además, suelen compararse los datos propios (de los GRD's correspondientes a pacientes con y sin ingreso) con los correspondientes a otros hospitales del Estado e incluso del país, ya que el intercambio de información entre centros es habitual
- Por último, en el caso de los pacientes con Medicare y Medicaid, se podrá analizar si los precios establecidos por el Gobierno para cada GRD son superiores o inferiores al coste real de los pacientes

En referencia a esta última aplicación del case mix, según nos comentaba J. P. Kichak "el gobierno suele ajustar bastante estos precios, por lo que muy frecuentemente son cantidades insuficientes para cubrir los costes". El hospital ha de hacer uso de otras partidas para contrarrestar estas pérdidas, como el beneficio obtenido en años anteriores, o el beneficio de algunas de sus inversiones.

Además de estas utilidades, el Hospital, en base a esta información también elaborará otros indicadores acerca de la calidad en los servicios, la eficiencia, las estancias medias de cada tipo de paciente, pacientes que suponen los costes más altos en el hospital, el tiempo medio aproximado que invierten los médicos en cada tipo de paciente, entre otros. De forma periódica, normalmente cada año, se elaborará un *Performance Report*, en el cual quedarán englobados todos estos indicadores. La información referente a los costes que supone cada paciente, además será considerada a la hora de establecer el presupuesto para el próximo año.

d) ***Elaboración de los GRD's***

UNC Hospitals utilizará información muy parecida a la del Hospital General para calcular los GRD's. La información que se utilizará será por un lado administrativa (la que correspondería con el CMBD), la cual contendrá datos como la edad, el sexo, la procedencia del paciente, entre otros, y por otro médica. Dentro de la información médica encontramos los informes de alta, todas las notas acerca del progreso de cada paciente y las notas correspondientes a todos los procesos llevados a cabo con el paciente. Toda esta información será "volcada" por cada uno de los servicios del Hospital al EMR, para que posteriormente pase al DSS.

En cuanto a la calidad en la recogida de los datos, desde el centro se procura que el personal sanitario esté informado sobre este tema. Es el primer paso en el case mix y esta información será la base para el cálculo de los GRD's del hospital, de los cuales posteriormente se extraerán análisis de costes y conclusiones acerca de los mismos. Por ello el Hospital organiza con frecuencia sesiones informativas para los médicos acerca de la importancia en la recogida de los datos. Estos cursos son llevados a cabo por otros médicos del centro y tratan de concienciar al personal sanitario de que sea minucioso en el registro de la información de los pacientes. En este sentido, los aspectos más importantes serán: elegir correctamente el diagnóstico, registrar cualquier procedimiento o test realizado al paciente y hacer constar en las notas sobre el progreso del paciente cualquier complicación, comorbilidad o anomalía relacionada con el mismo.

De este modo se evitará que los GRD's queden infravalorados o sobrevalorados, lo que sería negativo para realizar los análisis posteriores. La repercusión de los errores en el momento de la recogida de la información puede suponer grandes inconvenientes e incluso pérdidas para el centro, ya que es utilizada por diferentes departamentos. Por citar un ejemplo, y como ya hemos dicho, la información sobre costes es considerada para estimar el presupuesto del siguiente ejercicio. Además, este aspecto también será importante para el Gobierno, ya que esta información será la base para el cálculo de sus listas de GRD's en función de los cuales se llevará a cabo la facturación de Medicare y Medicaid en los hospitales públicos del país.

Otro aspecto importante acerca de la información de partida es el hecho de que se necesitan los datos correspondientes a varios años para que la información obtenida sea lo más fiable posible y carezca de errores. En cuanto a la frecuencia, el Hospital calculará sus GRD's de forma anual, publicándose la información alrededor del mes de octubre de cada año.

e) Usuarios externos e internos de la información

La información referente al case mix resultará útil tanto para departamentos internos como para otros usuarios externos a la organización. Podemos decir que la información de los GRD's será especialmente útil dentro del Hospital para el departamento financiero, el departamento de control del presupuesto, además para realizar y analizar la facturación de los pacientes, entre otros.

Sin embargo, también existirán usuarios externos de esta información. Entre ellos destacamos en primer lugar al Gobierno Estatal y Federal, ya que toman como base la

información de los hospitales para calcular sus propios GRD's. Por otra parte, según el Chief Information Officer de UNC Hospitals, el intercambio de información con otros hospitales es constante. De este modo el Hospital lleva a cabo el denominado Benchmarking. La información es ofrecida y del mismo modo se recibe toda la información del resto de hospitales, pudiendo comparar y realizar análisis acerca de los costes, la tipología de los pacientes, el patrón de pacientes que tiene cada centro, entre otros aspectos. En general, y según nos comentó el CIO, J. P. Kichak, "el Hospital suele tener buenos resultados al realizar estas comparaciones sobre los costes y sobre otros indicadores de calidad y eficiencia".

En cuanto a la Universidad, ésta también tendrá acceso al mismo tipo de datos que el resto de hospitales y organizaciones de benchmarking. Aunque la información de los GRD's y de otros indicadores se intercambia y en ocasiones es cedida para la realización de algunos estudios por parte de diferentes universidades y organizaciones, la información de partida del case mix, es decir, los informes de alta, y el conjunto mínimo de datos de los pacientes, así como las historias médicas de los pacientes, no es facilitada en ningún caso para proteger la privacidad de los pacientes.

4.3.5. ÁREA DE ADMISIÓN DE PACIENTES

a) Diferentes tipos de pacientes

Una de las características más importantes no sólo en el UNC Hospital, sino en los hospitales estadounidenses, es la diversidad de pacientes en cuanto a tipos de cobertura sanitaria. Cuatro tipos de pacientes existen fundamentalmente en el sistema sanitario de EEUU:

- pacientes con cobertura Medicare
- pacientes con cobertura Medicaid
- pacientes con seguros médicos privados, dentro de este grupo consideraremos las personas que poseen cobertura ofrecida por la empresa para la cual trabajan así como las personas que tengan un seguro médico contratado de forma individual, o un plan de salud (denominado managed care). La principal diferencia entre un seguro médico y un plan de salud consiste en que el seguro médico es contratado a una compañía aseguradora que ofrece cualquier modalidad de seguros de vida y no vida, mientras que las compañías que ofrecen planes de salud serán las HMO,

Health Manage Organizations, las cuales sólo ofrecen este tipo de productos

- pacientes sin ninguno de los programas anteriores que pagan directamente por los servicios médicos recibidos, o que en algunos casos no pueden hacer frente al pago por la asistencia sanitaria

El UNC Hospital es un hospital público que trata indistintamente estos cuatro tipos de pacientes. Sin embargo, en el caso de los hospitales privados no ocurre así. Los hospitales privados atenderán a pacientes con los programas Medicare y Medicaid pero únicamente hasta un límite establecido por el gobierno. A partir de dicho límite no podrán admitir a más pacientes con programas públicos.

A diferencia del sistema sanitario en la Comunidad Valenciana, el acceso por parte de los pacientes al Hospital no está condicionado por el condado o ciudad en donde vivan, es decir, el acceso es completamente libre y arbitrario. De hecho, personal del centro nos comentó que muchos pacientes del Hospital provienen de otros estados.

En cuanto a las diferencias entre los pacientes, en general no existen en referencia a plazos para solicitar las consultas, acceso para ser operados, entre otros aspectos. La única diferencia que nos comentaron desde el Hospital es el hecho de que los pacientes que pagan directamente por los servicios sanitarios sin ningún programa intermedio son normalmente atendidos por médicos residentes.

b) Identificación de los pacientes

En primer lugar, el paciente deberá pasar por los stands y oficinas de admisión de pacientes. Como ya hemos dicho, dentro del UNC Hospital tenemos cinco hospitales diferentes: el Children's Hospital, el Women's Hospital, el Memorial Hospital y el Hospital de Neurocirugía y el Cancer Hospital. Por lo tanto, el acceso de los pacientes se realizará en cada uno de estos centros de forma independiente, sin embargo, toda la información relacionada con el acceso e ingreso de los pacientes se gestiona de forma centralizada en una aplicación informática que contiene la información de los pacientes de los cuatro centros. Las historias clínicas también se gestionan de forma centralizada, estando volcada toda la información en una única base de datos que comprende todos los servicios del Hospital.



North Carolina Women's Hospital

La identificación de los pacientes es un proceso de gran importancia e imprescindible. Diferentes indicadores son utilizados para este proceso. Según el personal de esta área, son utilizados hasta seis indicadores con el fin de que todos los datos del paciente sean correctos. El principal indicador es el apellido de paciente, aunque también son utilizados el número de la seguridad social, la fecha de nacimiento, el permiso de conducir, entre otros.

Según nos comentaron algunas personas del departamento, no suele haber problemas a la hora de identificar a los pacientes, ya que supondría una importante pérdida de dinero para el centro. Si el Hospital detecta alguna irregularidad en los datos el procedimiento es el siguiente. En el caso de los pacientes con seguro médico privado, el área de admisión de pacientes se pone en contacto con la compañía aseguradora para verificar los datos y la situación del paciente. Por otra parte, si se trata de los pacientes con cobertura a través de programas como Medicaid o Medicare el Hospital dispone de una base de datos (o aplicación informática) de la cual participa también el gobierno estatal, para verificar la situación de los pacientes. Si el Hospital detecta alguna anomalía en los datos de los pacientes puede acceder a dicha base de datos y comprobar cualquier dato del paciente, así como verificar su situación en cuanto a cobertura sanitaria, es decir, si se encuentra cubierto por el programa Medicare o Medicaid. Este proceso de verificación de los datos de los pacientes, en caso de ser necesario, se llevará a cabo dentro de los siete días del ingreso o cita médica del paciente.

Este proceso de identificación es uno de los procedimientos más importantes en el Hospital, ya que si se realiza detalladamente pueden evitarse posteriormente lagunas en la información de los pacientes así como problemas a la hora de la facturación.

A cada paciente, una vez realizado este proceso, se le abrirá una historia clínica, pero únicamente cuando sea la primera vez que visita el hospital, debiéndose evitar duplicidades.

c) Elementos identificadores de los pacientes

Como ya hemos dicho, el UNC Hospital tratará a cuatro tipos de pacientes diferentes: pacientes con programa Medicaid, pacientes con cobertura Medicare, pacientes con un seguro médico privado, y por último, pacientes que pagan directamente por los servicios recibidos, siendo este el colectivo más escaso en el Hospital.

En cuanto a la identificación, existirán algunas diferencias entre los diferentes grupos de pacientes:

- Medicare: en este caso los pacientes poseen una tarjeta identificadora, la cual es permanente, es de carácter vitalicio
- Medicaid: los pacientes con cobertura a través del programa Medicaid también serán identificados a través de una tarjeta. Esta tarjeta será temporal, ya que la situación económico-personal del paciente puede variar y dejar de cumplir con los requisitos para beneficiarse del programa. Dependiendo del tipo de paciente, esta tarjeta tendrá una determinada validez (un mes en muchos pacientes, en el caso de determinados pacientes como las mujeres en estado nueve meses más sesenta días tras el parto, entre otros casos)
- Seguro médico privado: cada paciente, dependiendo de la compañía aseguradora con la que contrate el seguro, así como del programa/póliza que tenga, tendrá su tarjeta y su documentación, la cual será comprobada por el hospital y contrastada si fuera necesario con la compañía aseguradora
- En cuanto a los pacientes restantes, estos deberán presentar su documentación personal, en algunos casos además será necesaria cierta información económica para asegurar que el paciente podrá hacer frente al pago por los servicios prestados

d) Inmigrantes

El número de inmigrantes en EEUU cada vez es mayor, por lo que no es extraño que gran parte de los pacientes que tiene el Hospital sean inmigrantes, destacando la comunidad sudamericana.

En principio, el acceso al hospital de estas personas es igual a la del resto de pacientes, del mismo modo que la documentación necesaria será la misma para todos los pacientes de UNC Hospitals. Los inmigrantes que cumplan los requisitos para contar con la cobertura de programas como Medicaid no se diferenciarán en ningún aspecto al resto de beneficiarios de estos programas.

Sin embargo, en ocasiones estas personas carecen de cobertura sanitaria. En estos casos el paciente debe hacerse cargo de los pagos correspondientes a la asistencia recibida, siendo a veces un problema ya que con frecuencia son personas con recursos muy limitados. El Hospital ofrece asistencia para asesorar a estas personas, informarles de alternativas sobre cobertura sanitaria, los requisitos para acceder a programas como Medicaid, e incluso alternativas en cuanto a financiación, entre otros. A pesar de estos aspectos, empleados del área nos comentaron que en muy pocas ocasiones el Hospital deja de percibir el pago por los servicios prestados, ya que la mayoría de pacientes disponen de cobertura, bien privada o bien pública, o hacen frente a los pagos de forma directa.

Para los casos excepcionales en los que el Hospital no puede cobrar el dinero el gobierno suele ofrecer una cantidad de dinero para ayudar a cubrir el gasto asociado a estos pacientes. De hecho, desde el Hospital nos aseguraron que la asistencia no se le niega a nadie (idea muy poco extendida acerca del sistema sanitario estadounidense), destacando la asistencia a mujeres que llegan a punto de dar a luz y la atención urgente a niños.

e) Preocupación por los aspectos financieros

Para estos pacientes que no pueden hacer frente a los pagos por la asistencia sanitaria recibida, existen diversas posibilidades que les ayudarán a pagar dichas cantidades. Desde el Hospital se ofrece asistencia para asesorar a los pacientes en referencia a estos aspectos. Además, desde el departamento de presupuesto nos comentaron que en ocasiones el Hospital ofrece posibilidades de financiación para estos pacientes.

Otras organizaciones externas al Hospital también ofrecerán asistencia y asesoramiento para este tipo de pacientes. Sin embargo, en muchas ocasiones el Hospital no podrá

recibir el dinero ya que el paciente no tiene recursos, por lo que estos costes deberán asumirse como una pérdida.

f) Gestión de las consultas externas

El hospital atiende también consultas externas en los cuatro centros. Todos los aspectos explicados hasta el momento acerca de la identificación de los pacientes y su acceso pueden ser aplicados a los pacientes con ingreso en el hospital (inpatients) así como a los pacientes de consultas externas (outpatients).

Los pacientes que deseen concertar una consulta externa deberán solicitarla en el mismo hospital con al menos catorce días de antelación. Este plazo es el mismo para todos los pacientes, independientemente de que posean cobertura pública, privada o realicen el pago directo por los servicios sanitarios.

Cada uno de los cuatro hospitales llevará la gestión y el registro de las consultas privadas de forma independiente, a pesar de que la base de datos que contiene todos los datos de los pacientes es única y general para todo el Hospital, es decir, para los cuatro hospitales. Del mismo modo ocurrirá con los pacientes hospitalizados.

En cuanto a la facturación de UNC Hospitals, deberemos hacer una distinción entre los pacientes hospitalizados (inpatients) y los pacientes de consultas externas (outpatients), ya que la facturación será diferente. A diferencia del Hospital General de Valencia, UNC Hospitals no sigue un modelo de facturación capitativa.

A continuación veremos algunos tipos de modelos de facturación y explicaremos el aplicado en UNC Hospitals, tanto a los pacientes hospitalizados como a los pacientes procedentes de las consultas externas.

g) Listas de espera

Al preguntar en el Hospital por las listas de espera nos comentaron que normalmente no existen. El hospital, tanto para las operaciones como para las consultas externas realizará una planificación, pero carece de listas de espera. Éstas sólo se dan en operaciones muy concretas y especiales, como es el caso de los trasplantes de órganos, ya que en la mayoría de ocasiones las donaciones son escasas en comparación al número de pacientes que las necesitan.

4.3.6. ÁREA DE GESTIÓN DE PACIENTES

La entrevista con la responsable del área, Janet Hadar, la directora del Clinical Care Management Department, tuvo lugar el 9 de noviembre de 2006 a las tres de la tarde en UNC Hospitals, concretamente en el departamento de gestión de pacientes situado en el Children's Hospital.



North Carolina Children's Hospital

a) Principales funciones del departamento

En el Departamento de Gestión de Pacientes (Clinical Care Management) trabajan alrededor de ciento diez personas, entre los cuales encontramos fundamentalmente trabajadores sociales y enfermeros. Entre las funciones más importantes del departamento encontramos las siguientes:

- gestionar la transferencia de pacientes tanto entre los diferentes servicios dentro del UNC Hospital como pacientes que provienen de otros hospitales de Carolina del Norte o incluso de otros estados
- el denominado Case Management, el cual abarca la gestión de los pacientes y su diagnóstico, teniendo en cuenta aspectos como la duración de la estancia en el hospital, las complicaciones, los procesos que se les apliquen, y por otra parte

llevar a cabo la facturación de los mismos en función de los factores anteriores

- llevar a cabo la gestión de las altas de los pacientes, y en función de éstas realizar la planificación de las operaciones e ingresos de otros pacientes
- asignación de las camas, teniendo en cuenta diversos factores como las camas disponibles, las urgencias, las altas programadas para cada día y las admisiones programadas
- necesidades por parte de los médicos en cuanto a camas y planificación de las intervenciones quirúrgicas
- gestionar los cobros del Hospital por parte del Gobierno, tanto federal como estatal, y de las compañías aseguradoras, siendo ésta una de las funciones más importantes como veremos más adelante, por diversos motivos: la compleja regulación que existe, las constantes rectificaciones y renovaciones de las leyes, entre otros aspectos

Seguidamente procederemos a analizar estos aspectos, relacionándolos con otras áreas del Hospital. Prestaremos especial atención a la gestión de las altas y a la facturación, ya que es uno de los aspectos fundamentales que más diferencias presenta con respecto a los hospitales de la Comunidad Valenciana.

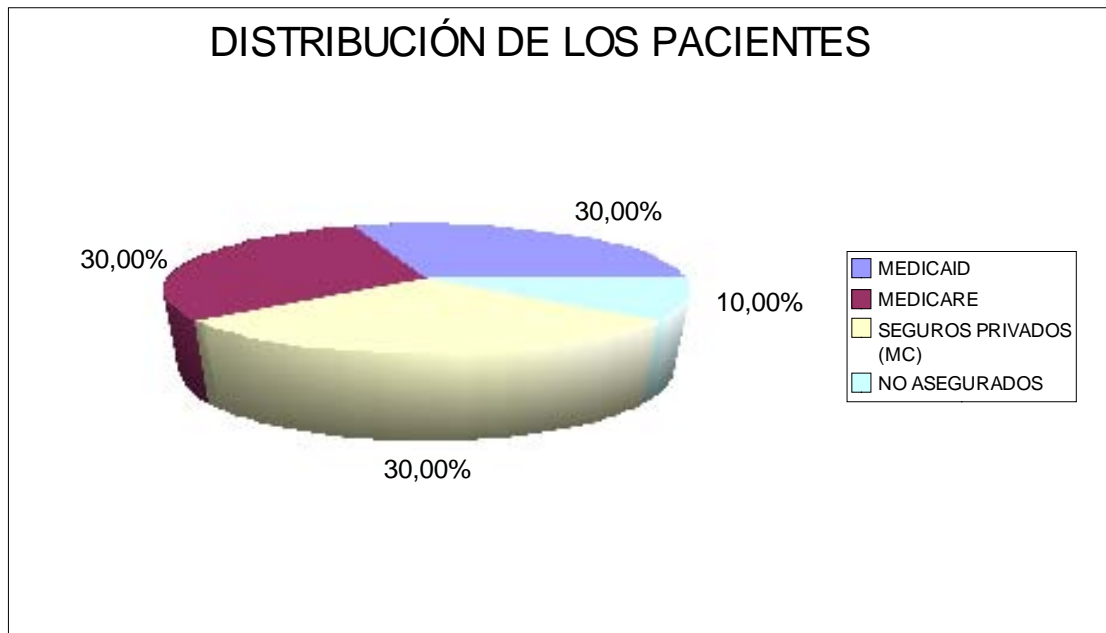
b) Tipos de pacientes

Como ya dijimos anteriormente, los pacientes atendidos en el Hospital pueden provenir de programas diferentes en cuanto a cobertura sanitaria. Es importante considerar los porcentajes de cada tipo de pacientes que suele tener el centro, ya que algunos de éstos llevan asociados determinados inconvenientes.

Es el caso de los pacientes con programas públicos, ya que en muchas ocasiones el Hospital no logra recuperar todo el coste que éstos suponen (concretamente este problema es especialmente importante en el caso de los pacientes con Medicare). En cuanto a los porcentajes, los pacientes con los programas Medicare y Medicaid representarán conjuntamente el sesenta por ciento del total de pacientes, mientras que otro treinta por ciento corresponderá a pacientes con seguros médicos privados (managed care) y el restante diez por ciento serán pacientes sin cobertura médica, entre los cuales distinguimos a aquellos que pagan de forma directa por los servicios recibidos y otros pacientes que no podrán pagar por la asistencia sanitaria, recurriendo como veremos más adelante a ayudas que ofrecen el Hospital y otras organizaciones externas, o incluso se

considerarán como una pérdida para el Hospital que se compensará con las cantidades recibidas desde el Gobierno. Por lo tanto, la distribución de los pacientes presentará la siguiente estructura:

Gráfico 10: *Distribución de los pacientes en UNC Hospitals*



Fuente: Elaboración propia. Datos obtenidos en la entrevista con el responsable del Área de Gestión de Pacientes.

c) **Gestión de los pacientes**

Los aspectos que en cada servicio del Hospital serán estudiados respecto a los pacientes serán diversos. Entre los cuales, los principales serán la media de los días de ingreso de los pacientes, el coste que supone cada tipo de pacientes al igual que la trayectoria que sigue este coste a lo largo del tiempo, al igual que el estudio de los días "evitables" (*avoidables days*) en cada servicio del Hospital.

Estos días evitables corresponden a los días que los pacientes permanecen ingresados sin ser realmente necesario. Desde el departamento se buscan formas para incentivar a los médicos para que tengan en cuenta estos días innecesarios que los pacientes pasan en el hospital de forma que suponen un coste adicional relativamente fácil de evitar. Por ejemplo, en ocasiones los pacientes están preparados para recibir el alta el viernes a última hora, sin embargo, éstos no son dados de alta hasta el lunes por la mañana,

suponiendo un coste adicional de dos días, que dependiendo del modo de facturación que se le aplique al paciente será recuperado por el Hospital o no. Si la facturación aplicada es en función de los días de estancia en el centro (es el caso de muchas aseguradoras) el Hospital sí que recibirá un dinero por esos días, por el contrario, si la facturación se basa en los GRD's, si el paciente pasa días de más en el hospital este coste no es recuperado.

Según nos comentaba la responsable del área, el hecho de que los médicos que trabajan en el Hospital sean trabajadores autónomos en ocasiones dificulta estas funciones, ya que parece que "el Hospital como organización va por un camino y el colectivo de los médicos de forma independiente va por otro". Por lo tanto, el Hospital debe buscar formas de incentivar a este colectivo para mejorar aspectos como estos.

Sin embargo, en este punto puede que surja un problema. En este esfuerzo por controlar los días de ingreso de los pacientes, puede ocurrir que tanto se intente ajustar los días en que permanece el enfermo ingresado que éstos resulten insuficientes. Esta problemática sobre todo puede surgir cuando se lleve a cabo una facturación a través de GRD's. En estos casos, el Hospital recibirá una determinada suma de dinero por cada paciente en función del GRD al que pertenezca. Por lo tanto, una vez clasificados en un determinado GRD, el Hospital puede verse motivado a reducir al máximo los recursos consumidos por el paciente al igual que los días de estancia en el centro. Esta situación es la misma que comentábamos anteriormente en el caso del Hospital de la Ribera en Valencia.

¿Cómo se podría evitar estos problemas en cuanto a los días de estancia? En EEUU es el Gobierno el que se encargará de controlar y hacer un seguimiento de estos días de estancia dependiendo del tipo de paciente. En el caso de los pacientes con Medicare, la facturación de los cuales es a través de GRD's, el Gobierno Federal calcula los GRD's y asociado a cada uno de ellos fija un número de días de hospitalización aproximado. Al final de cada año se realizará un estudio en el que se considerarán los días de estancia de cada tipo de paciente en los diferentes hospitales de todo el país, con el fin de volver a calcular los días medios de estancia para cada GRD y así conseguir que estos días y el coste asociado a cada GRD quede lo más ajustado posible. Por lo tanto, si los hospitales van reduciendo progresivamente los días de estancia para determinados pacientes el resultado final será que el peso o coste de estos GRD's decrecerá para evitar que algunos hospitales puedan obtener ganancias.

En el caso de los pacientes con Medicaid, el Gobierno Estatal llevará a cabo el mismo control que el realizado por el Gobierno Federal. UNC Hospitals en este caso no se ve afectado, ya que la facturación de este tipo de pacientes no se realiza a través de los GRD's calculados por el Gobierno.

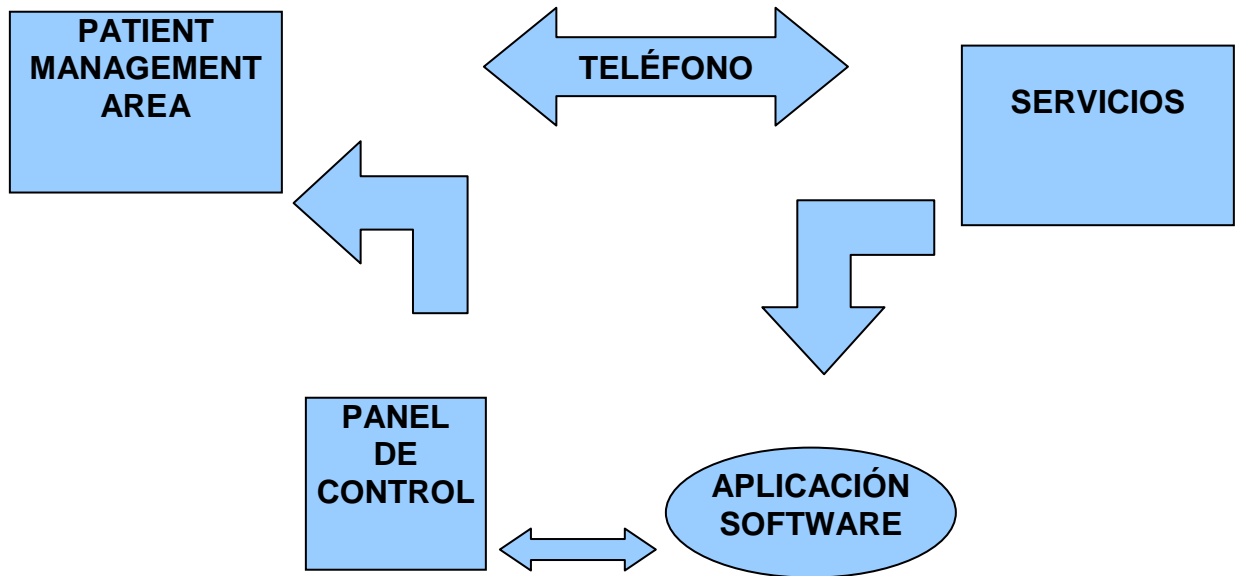
En conclusión, podemos establecer que será complicado que los Hospitales puedan obtener ganancias de este modo, ya que el Gobierno suele ajustar de forma muy precisa los precios de los GRD's, siendo más habitual que éstos resulten insuficientes para cubrir todos los costes que la situación contraria. Esta medida de control explicada podría aplicarse en el caso del Hospital de la Ribera.

d) Gestión de las camas

El Hospital dispone de setecientos ocho camas en total, las cuales serán gestionadas desde este departamento. El sistema para llevar a cabo la gestión de las camas se denomina *Teletracking*. La aplicación funciona del siguiente modo: en el departamento disponen de un gran panel de control en el que están representadas las camas de cada uno de los servicios del Hospital, indicando con códigos basados en colores el estado de las camas, es decir, si se encuentran libres u ocupadas.

Desde los diferentes servicios del Hospital será el personal de limpieza de las habitaciones los que indicarán el estado de las habitaciones. En el momento una de las habitaciones queda libre, el personal de limpieza procederá a limpiar y preparar la habitación para los próximos pacientes. Cuando se haya acabado con este proceso el personal de limpieza informará de las habitaciones que están libres y preparadas al personal del servicio, el cual, mediante una aplicación de software que comunica directamente cada servicio con el área de gestión de pacientes, indicará del estado de las habitaciones. Previamente con la información de los informes de alta el departamento ya puede realizar una planificación del uso de las camas. Sin embargo, este sistema será de gran utilidad para saber el momento exacto en que las habitaciones quedan libres y listas para que pueda entrar otro paciente.

Figura 13: *Canales de comunicación dentro del Patients Management Area*



Fuente: Elaboración propia. Datos obtenidos en la entrevista con el responsable del Área de Gestión de Pacientes.

Controlando el panel de control siempre habrá dos personas del departamento, habiendo tres turnos al día. Que este panel de control esté constantemente bajo supervisión es necesario ya que las altas en el Hospital tendrán lugar durante todo el día a cualquier hora, incluso de madrugada si fuera necesario. Desde el departamento se intenta que los médicos den las altas lo antes posible en la mañana, ya que de este modo se puede planificar mejor el uso de las camas. A pesar de ello, no siempre se consigue y en muchas ocasiones las altas son dadas a lo largo de toda la mañana, e incluso muy frecuentemente por la tarde.

En conclusión, este sistema resulta muy efectivo para llevar a cabo la gestión de las camas. Anteriormente este proceso se realizaba a través del teléfono, lo que resultaba más costoso y más lento. Este nuevo sistema implantado en el Hospital ofrece rapidez a la hora de saber cuál es la disponibilidad de camas, al igual que permite tener una visión

global de la situación de las camas en todo el Hospital. Con sólo mirar el panel de control se verá claramente la disponibilidad de cada servicio del centro.

Este sistema como hemos visto será de gran ayuda. Sin embargo, la asignación de las camas será complicada, ya que como en el caso del Hospital General, se deberá ajustar la disponibilidad de camas con las operaciones programadas y con las urgencias, siendo esta última variable en ocasiones difícil de estimar. En cuanto a las operaciones programadas, el proceso será el siguiente. En primer lugar los médicos, en función de su agenda y su disponibilidad establecerán las operaciones que pueden realizar. Posteriormente se comunicarán con el departamento de gestión de pacientes para que se les confirme la disponibilidad de camas para los pacientes. Será importante que los médicos realicen una estimación aproximada de los días que permanecerá ingresado el paciente, ya que esto ayudará a programar otras operaciones para las semanas siguientes. Una vez los médicos confirmen la disponibilidad de camas se fijará la fecha y hora para la operación, para finalmente avisar al paciente y a la compañía aseguradora con la cual tiene contratada la cobertura sanitaria el mismo.

En cuanto al aviso a los pacientes, se les suele avisar con varios días de antelación. Sin embargo, en ocasiones se producen cancelaciones de última hora y los pacientes y sus compañías aseguradoras son avisados de un día para otro, aceptando la mayoría de ellos la operación.

e) Gestión de las listas de espera

Como dijimos anteriormente, las listas de espera prácticamente podemos decir que no existen en UNC Hospitals. En los casos concretos en los que existen, será el departamento de gestión de pacientes el encargado de su gestión.

Estos casos concretos en los que existirán las listas de espera serán en el servicio de quemados, en el servicio de trauma y por último en el servicio de neurocirugía. La razón por la que suelen darse las listas de espera en estos servicios es que el Hospital tiene un prestigio considerable en estas especialidades y muchos pacientes eligen el UNC Hospital para tratarse. En otras ocasiones, como en el caso de los enfermos con quemaduras graves, el Hospital suele recibir a pacientes procedentes de otros centros cercanos.

Para finalizar con las listas de espera en el Hospital, según la responsable del área, Janet Hadar, éstas no serán muy extensas, siendo las esperas en los peores casos de dos o tres semanas, siempre que no se trate de casos de urgencias, los cuales tendrán acceso directo al Hospital.

f) Problemática con algunos pacientes

Como hemos comentado anteriormente, será importante que los médicos tengan en cuenta los días necesarios para cada tipo de pacientes y que intenten evitar los días de ingreso que no sean necesarios. Sin embargo, la labor del Hospital en ocasiones no termina tras haber dado el alta al paciente, e incluso tras ésta pueden existir algunos problemas.

Es el caso de los pacientes que precisan posteriormente atención sanitaria en el domicilio. El Hospital se encargará de suministrarla en los casos en que el programa de cobertura sanitaria o seguro de asistencia médica que tenga el paciente la contemple (por ejemplo, pacientes con insuficiencia respiratoria que precisen suministro de oxígeno). El Hospital deberá saber en qué casos la asistencia domiciliaria está incluida y cuando no. La mayoría de compañías aseguradoras ofrecen un amplio abanico de posibilidades en cuanto a pólizas, en muchas de las cuales la asistencia domiciliaria está contemplada. Por lo tanto, cuando se trate de un paciente con seguro médico privado el Hospital deberá consultar con la compañía si ésta se encuentra cubierta.

Uno de los casos más llamativos en los cuales la asistencia domiciliaria no está contemplada es en el programa Medicare. Este hecho puede resultar todavía más extraño si consideramos que la mayor parte de los beneficiarios de este programa público son personas mayores o con alguna incapacidad. Sin embargo, aunque resulte extraño, este hecho responde a una razón fundamental: el control del coste, ya que si se contemplara la asistencia domiciliaria el coste correspondiente a Medicare por parte del Gobierno Federal se incrementaría considerablemente.

La alternativa utilizada por UNC Hospitals son las denominadas "Nursing Homes". Cuando algún paciente dado de alta con cobertura a través de Medicare precise necesariamente este tipo de asistencia será enviado a alguno de estos centros, ya que los costes asociados a estos servicios sí que se encuentran incluidos en la cobertura. Por lo tanto, es una forma de evitar este problema.

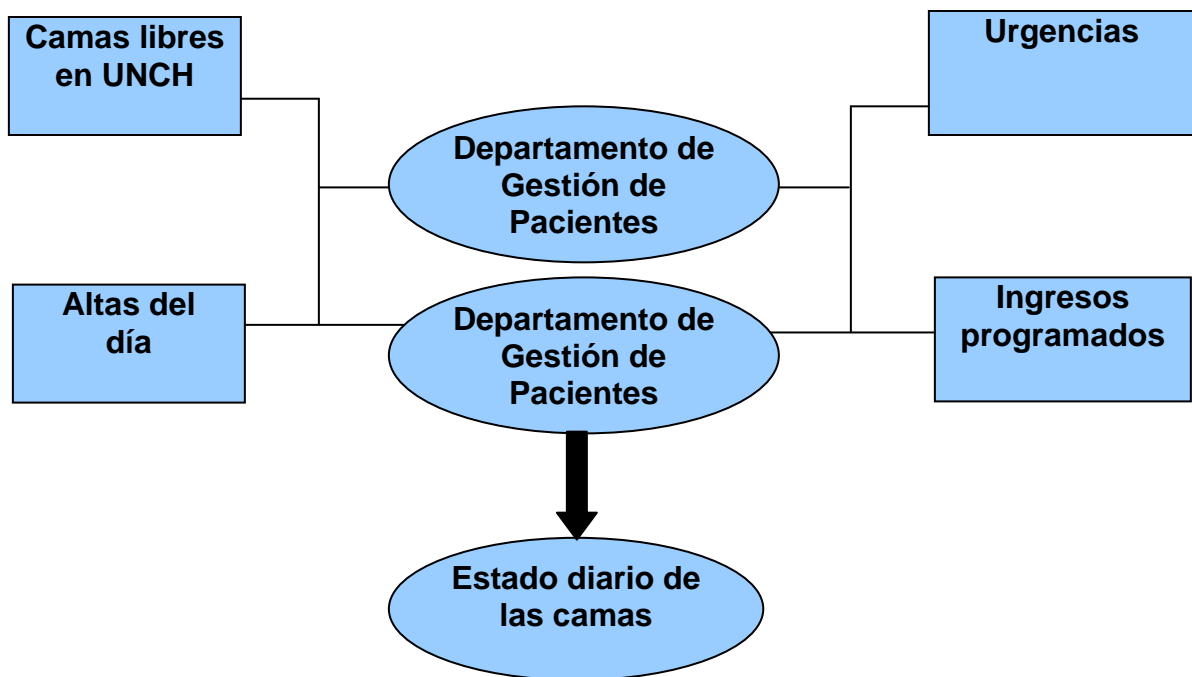
En el caso de los pacientes con Medicaid la asistencia sanitaria en el domicilio sí que estará contemplada, por lo tanto, una vez dada el alta al paciente se decidirá qué alternativa es la más conveniente entre la asistencia a domicilio o el ingreso en una "Nursing Home". De hecho, en el 2004 los gastos de estas dos partidas en el programa Medicaid fueron de los más importantes, situándose el cuidado en el domicilio en un trece

con uno por ciento y la partida correspondiente a las "Nursing Facilities" en un dieciséis con uno por ciento.

g) Ajuste de la demanda y oferta de camas

El esquema que se seguirá es el siguiente, siendo análogo al aplicado en Valencia:

Figura 14: Esquema de ajuste de oferta y demanda de camas en UNC Hospitals



Fuente: Elaboración propia. Datos obtenidos en la entrevista con el responsable del Área de Gestión de Pacientes.

Cada mañana se generará el documento del Estado diario de las camas del Hospital con el fin de evaluar el grado de ocupación del mismo. Esto permitirá realizar estimaciones acerca de las urgencias que se podrán atender a lo largo del día, incluso si se pueden incorporar operaciones de última hora. Este documento es útil a primera hora de la mañana y será entregado a la dirección del departamento. Posteriormente el sistema de teletracking ofrecerá una visión general del estado de las camas y la irá actualizando de forma constante.

h) Coste de los traslados

Como hemos citado, el departamento también se encargará de la gestión de los traslados de pacientes desde otros hospitales. Estos traslados se realizarán por cuestiones de proximidad por parte del paciente, o en casos en que los pacientes requieran asistencia especializada del Hospital, como por ejemplo del servicio de neurocirugía, o de la unidad de quemados.

En cuanto a los costes, será el seguro del paciente el que deberá hacer frente a los mismos. Con los pacientes con programas públicos como Medicare y Medicaid, la cobertura de ambos contempla el transporte del paciente. En cuanto al hospital que se encarga del traslado, en ocasiones le corresponderá al UNC, normalmente cuando es el Hospital el que envía algún paciente a otros centros. Sin embargo, el problema que veíamos en Valencia porque a veces los hospitales no quieren hacerse cargo del transporte no lo encontramos aquí.

La razón radica en el sistema de facturación seguido en ambos casos. Mientras que en Valencia la Generalitat aplica un modelo de facturación capitativa, en el caso de UNC Hospitals no se sigue este modelo como ya hemos tratado. Uno de los posibles inconvenientes que comentamos acerca del sistema de facturación capitativa consiste en que los hospitales en ocasiones pueden verse motivados a reducir los servicios prestados para reducir sus costes, siendo un ejemplo el caso de los servicios de traslado de los pacientes en algunos hospitales españoles.

i) Conclusión

A modo de conclusión expondremos algunas ideas que no explicó Janet Hadar acerca del departamento. Según Janet Hadar *"es un departamento con funciones complejas, ya que podemos decir que estamos en medio de muchas de las áreas del Hospital"*. Nos explicó que deben estar en constante contacto con los servicios médicos para llevar a cabo la gestión de las camas y la planificación de los ingresos, y con el área de acceso de pacientes para intercambiar información continuamente y coordinar la entrada de los pacientes al Hospital. Por otra parte, el departamento también deberá ofrecer información al departamento financiero, y al departamento encargado del presupuesto. Una de las principales funciones del Área de Gestión de Pacientes es la facturación de los pacientes, y en ésta han de combinarse los aspectos médicos del paciente con aspectos económicos y relativos a su programa de cobertura. Por lo tanto, el volumen de información manejado

por el departamento es considerable, además de la información que desde éste se genera y que será útil para otras áreas del Hospital.

En segundo lugar, además de la información interna que utiliza el departamento también debemos considerar la comunicación que debe existir entre el Gobierno y el Área de Gestión de Pacientes. Nos comentaba Janet Hadar que *"el Gobierno realiza continuamente cambios acerca de la cobertura y en los sistemas de facturación de los programas Medicare y Medicaid... si el departamento no está bien informado sobre estos cambios el Hospital podría incluso perder dinero"*.

De hecho, podemos decir que uno de los aspectos más importantes a la vez que complejos del sistema de salud de EEUU es la facturación, ya que se utilizan múltiples alternativas según el tipo de cobertura que posea el paciente. En consecuencia, el departamento ha de estar muy bien informado ante cualquier cambio o actualización no sólo por parte del Gobierno Federal y del Estado, sino también por parte de las compañías aseguradoras, ya que éstas presentan numerosas alternativas en cuanto a seguros médicos. Será muy importante el conocer en todo momento qué servicios estarán contemplados en la póliza de seguro y cuáles no, ya que, en este caso, antes de realizarlos se deberá informar al paciente que deberá pagar por ellos. Todos estos aspectos también forman parte del sistema de facturación del cual se encarga el departamento.

4.3.7. EL SISTEMA DE COMPRAS DE UNCH

La entrevista con Chuck Mauro, responsable del departamento de compras y servicios contratados, tuvo lugar el 17 de noviembre de 2006 en el Edificio Hedrick de UNC Hospitals, en Chapel Hill.

a) Funciones del departamento

El sistema de compras de un hospital es complicado por naturaleza como ya vimos cuando estudiamos el sistema del Hospital General de Valencia. Este grado de dificultad se debe a dos factores fundamentales: la gran diversidad de productos que son necesarios y el gran volumen de compras que es necesario en el caso de determinados materiales.

El departamentos de compras y contratación de UNCH se ocupará de gestionar el sistema de compras al igual que toda la información que desde éste se genera, siendo

sus principales funciones el fijar los contratos con los proveedores, obtener las necesidades de material por parte de cada departamento, trabajar en paralelo con el almacén del Hospital para obtener información acerca de los stocks, gestionar los productos y materiales y realizar su seguimiento una vez dentro del Hospital, monitorizar los flujos de materiales y obtener la información que será útil para otros departamentos, como es el caso del Departamento Financiero para elaborar la contabilidad de costes, y por último, encargarse de la contratación de determinados servicios a empresas externas.

A continuación pasaremos a explicar todas estas funciones del departamento de forma más detallada.

b) Sistema de compras: diferentes tipos de productos

Los productos utilizados en el Hospital son muy diferentes y variados. Como ocurría en el caso del Hospital General de Valencia, UNC Hospitals dispone de una clasificación de los materiales que deben ser adquiridos por el centro, la cual explicaremos a continuación. Tal y como nos explicó el responsable del departamento de compras, existen cuatro categorías principales de productos:

- **Productos de stock (Stock Products)**

Corresponderán con los productos más utilizados por el hospital. Son los productos más genéricos, usados en la mayoría de los servicios del Hospital. El número aproximado de este tipo de productos es de dos mil. Otra de las características de este tipo de productos es el hecho de que suelen llevar una rutina de uso y de aprovisionamiento determinada. Todos estos materiales y medicamentos estarán además registrados en la base de datos del departamento y quedan almacenados en el almacén del Hospital, como veremos más adelante.

- **Productos no stock (non-Stock Products)**

Este tipo de productos también se encuentran registrados en la base de datos del departamento de compras, y también llevan asociada una rutina concreta. Sin embargo, su rasgo más característico es el hecho de que no tienen un uso tan generalizado en el hospital, siendo más específicos de cada departamento o área del Hospital. Serán productos como materiales de laboratorio, implantes o prótesis, o materiales utilizados en cirugía. El número aproximado de esta clase de productos es de treinta mil. Además, con este tipo de productos el sistema de compra es más directo (direct purchase), ya que el stock suele ser escaso y el tiempo de suministro es en la mayoría de los casos corto.

Según Chuck Mauro, lo deseable sería que la parte que fuera posible de este tipo de productos pasara a formar parte de los productos de stock, es decir, que fueran utilizados de forma más generalizada por diferentes áreas del hospital, con el fin de reducir diferentes tipos de productos que en realidad son los mismos (por ejemplo, cierto material utilizado en cirugía).

- **Materiales especiales (Special Products)**

Se trata de productos que no se encuentran registrados en la base de datos del departamento, pero que sin embargo en algún momento son necesarios en el Hospital, en muchas ocasiones debido a situaciones de emergencia. Desde el departamento se trabaja para conseguir que el número de estos productos descienda progresivamente, ya que resulta complicado llevar a cabo el seguimiento de los mismos hasta su uso, y sus compras suponen mayor consumo de tiempo del personal del departamento, y por lo tanto, mayor coste. Actualmente estos productos representan de forma aproximada el diez por ciento de las compras totales que se realizan en el Hospital.

- **Servicios (Services)**

Corresponderán con los diferentes servicios que contrate el hospital, entre los que encontramos el catering, los servicios de limpieza, lavandería y mantenimiento.

c) Órdenes de compras

Los departamentos y servicios del Hospital en el momento necesiten algún producto comunicarán esta situación al almacén para que desde éste se les suministren los materiales necesarios. La comunicación normalmente suele ser a través del teléfono, o más frecuentemente mediante el correo electrónico.

Desde el almacén se llevará la gestión del stock de cada producto. Se registrarán todas las entradas de material cuando se reciban los pedidos y se irán dando de baja las cantidades que vayan siendo enviadas a cada uno de los servicios del Hospital. A esta información también tendrá acceso el departamento de compras. Cuando los niveles de stocks desciendan el departamento emitirá órdenes de compra de los productos que sean necesarios. En la mayoría de las ocasiones las órdenes de compra serán enviadas a través del correo electrónico a los proveedores.

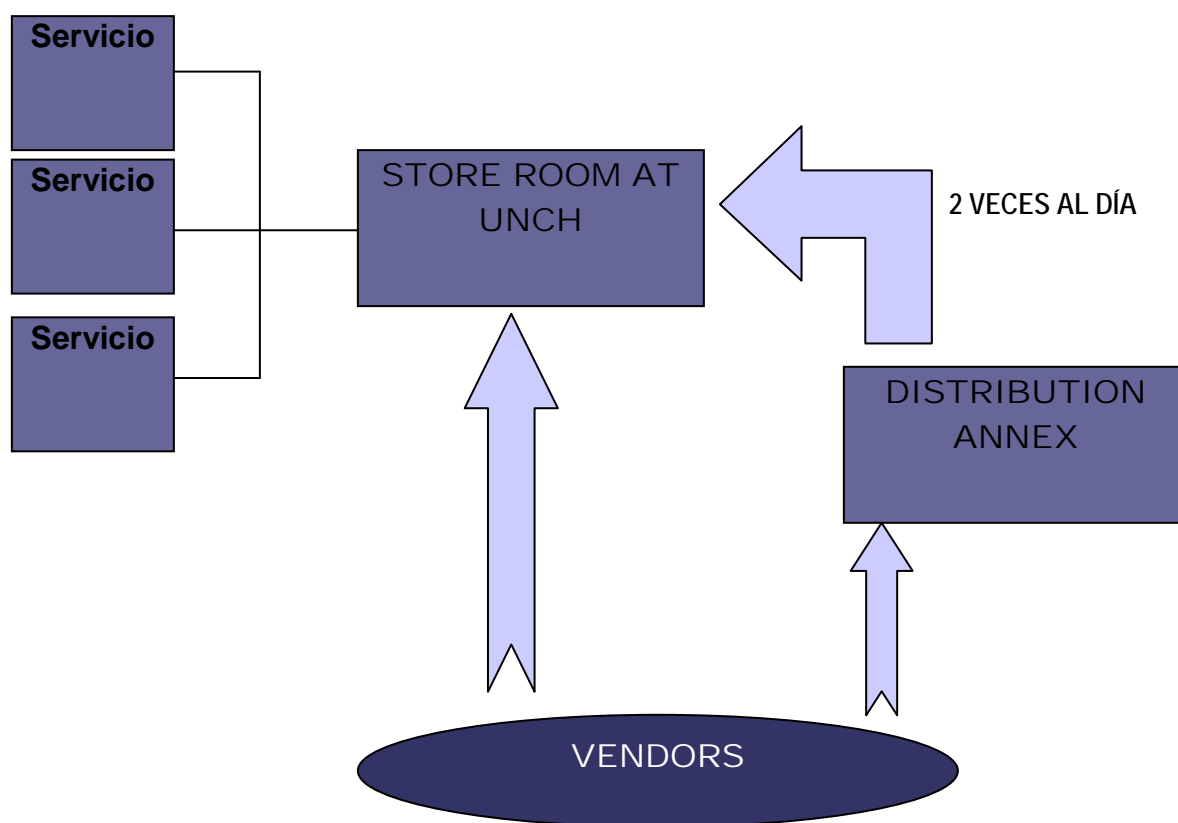
d) El Almacén de UNCH

El Hospital dispone de un sólo almacén (store room) situado en las instalaciones del centro. Los productos que en él se almacenan son utilizados por los cuatro centros indistintamente. El tamaño del almacén es algo limitado, por lo que se dispone de otra nave (distribution annex), la cual es mucho más grande para almacenar otros productos y mayor cantidad de los materiales más utilizados en el Hospital. La distancia entre ambos almacenes es escasa, aproximadamente de cuatro millas y media, por lo que los flujos de material desde el anexo de distribución y el almacén del Hospital son fáciles y rápidos, realizándose una media de dos envíos de material al día. Ambos almacenes se comunicarán constantemente. El almacén del Hospital comunicará cada día las necesidades de materiales que tenga para que desde el almacén anexo las suministren. Normalmente las órdenes se realizarán a primera hora para planificar los envíos de material que se realizarán durante el día.

Cuando tenga lugar la entrada de los materiales, éstos serán identificados y comprobados por el personal del almacén. A cada producto se le asignará un código al ser registrado como stock. Este código ayudará posteriormente a llevar a cabo el seguimiento del producto en el Hospital hasta que es utilizado. El código quedará registrado en la base de datos de los stocks y también será colocado en las cajas de los productos. Cuando los materiales sean requeridos por alguno de los servicios del Hospital con ayuda de un lector se registrará la salida del producto desde el almacén, registrándose también el servicio o área al que va destinado.

A continuación presentamos gráficamente la estructura del sistema de distribución:

Figura 15: Sistema de distribución de materiales en UNC Hospitals



Fuente: Elaboración propia. Datos obtenidos en la entrevista con el responsable del Área de Compras de UNCH.

Los proveedores suministrarán los productos y materiales indistintamente a ambos almacenes. Normalmente, los materiales con un uso mayor y más generalizado en los diferentes servicios del Hospital serán almacenados en el almacén anexo y conforme vayan siendo necesarios en el almacén del Hospital se irán reponiendo los stocks. Los pedidos de estos materiales suelen ser considerables, por lo tanto, si se sirvieran en el almacén más cercano al Hospital rápidamente podría verse saturado.

Otros materiales más específicos de cada área y de menor uso serán los que se suministren directamente en el almacén situado en las instalaciones del Hospital. El responsable del departamento nos insistió en que "el principal criterio a la hora de gestionar los almacenes es el uso de los productos, no otros aspectos como el tamaño, o los sistemas de almacenaje" (LIFO, FIFO, etc.).

En cuanto a los sistemas seguidos para almacenar los productos, los más utilizados son el sistema LIFO y FIFO. Fundamentalmente, en el caso de los medicamentos y otros materiales en los que la caducidad sea un aspecto crítico será utilizado el sistema FIFO. Es importante llevar una correcta gestión de inventarios en este tipo de productos, ya que errores en la antigüedad de los productos pueden originar grandes pérdidas para el hospital. Por otra parte el método LIFO se empleará en productos que no precisen un control tan exhaustivo. Un ejemplo de este tipo de materiales serían las gasas y otros materiales de cura.

e) Aplicaciones de software y bases de datos

El departamento llevará a cabo un control de todos los flujos de material que tengan lugar en el Hospital. Para ello se utilizará la aplicación informática LAWSON, mediante la cual se podrán identificar los movimientos de materiales, los cuales serán básicamente tres: la recepción de materiales por parte del almacén, el suministro de productos desde el almacén del hospital hasta los servicios que los necesiten, y por último, el traspaso de material desde el almacén auxiliar hasta el almacén del hospital.

Con determinados proveedores con los cuales se tiene gran volumen de compras el hospital comparte con éstos aplicaciones de software que les permiten gestionar con mayor eficacia y rapidez los órdenes de compra, programar las entregas, entre otros aspectos.

Además de los sistemas anteriores, existen sistemas que comunicarán a los departamentos con el almacén, a los departamentos con el departamento de compras (en el caso de que exista algún problema con un producto), y entre el departamento de compras y el almacén para intercambiar información sobre las órdenes de compras que deben ser emitidas.

Por último, el departamento de compras dispone de una completa base de datos en la cual están registrados los principales productos consumidos por el Hospital. Concretamente, y tal y como vimos en la clasificación general de los productos, estarán registrados todos los productos de stock y los productos no stock, haciendo aproximadamente un total de treinta y dos mil productos. El gran tamaño de la base de datos y el gran volumen de operaciones hacen que el mantenimiento de la base de datos deba realizarse continuamente. Además, por el entorno cambiante, ya que de forma constante surgen nuevos medicamentos y nuevos productos, será necesario actualizar la base de datos frecuentemente.

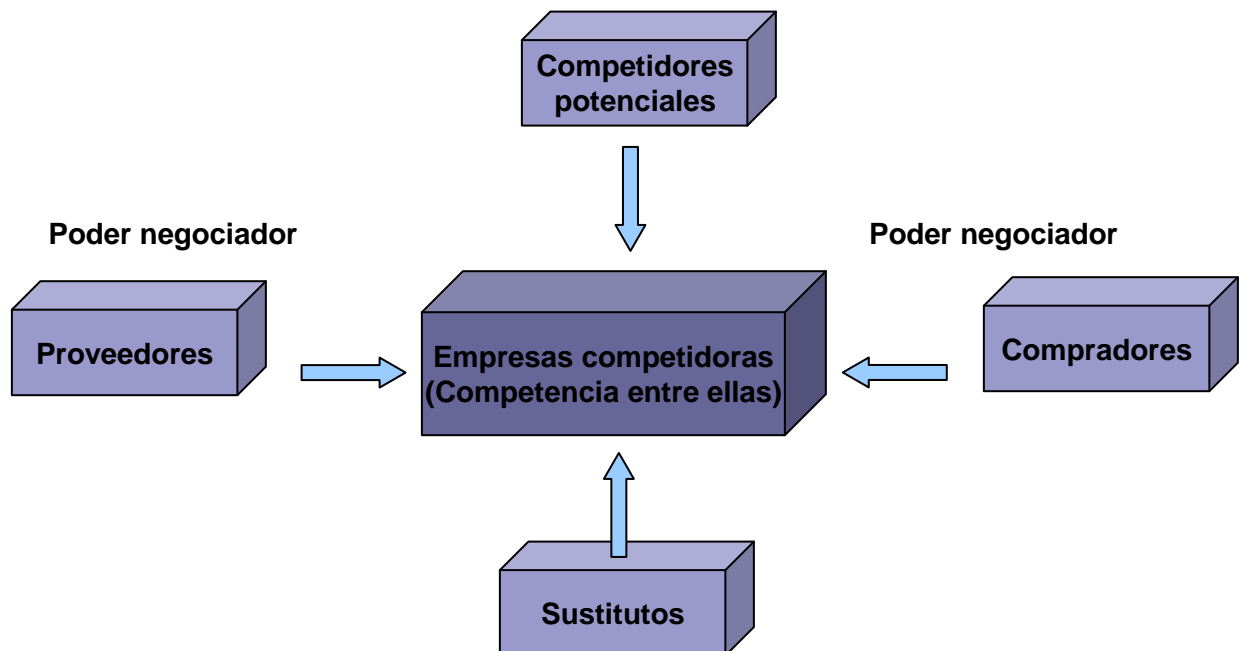
f) Los Proveedores y los Tipos de contratos

Como ya hemos dicho anteriormente, en muchas ocasiones el Hospital se comunicará con sus proveedores a través de aplicaciones informáticas, y en otras ocasiones a través de correo electrónico o el teléfono, como última opción. En cuanto a los tipos de contratos con sus proveedores el Hospital presenta diferentes alternativas.

En primer lugar encontramos la modalidad del GPO o Group Purchasing Organization (Organización de Compras en Grupo). Estas organizaciones están formadas por hospitales, los cuales negociarán de forma conjunta con los proveedores acerca de los contratos de los productos. Este método de negociación resulta beneficioso, ya que los hospitales asociados poseen mayor poder negociador frente a los proveedores potenciales, pudiendo ajustar más los precios. Por otra parte, los proveedores estarán dispuestos a ofrecer mejores condiciones de venta, ya que en el caso de que consigan el contrato con la organización venderán sus productos a todos los hospitales que son miembros de la misma, lo que les supondrá grandes volúmenes de venta.

Este concepto del GPO podemos relacionarlo directamente con la Teoría Porteriana, concretamente con el Modelo de las Cinco Fuerzas:

Figura 16: *Modelo de las cinco fuerzas de la competencia industrial de Porter*



Fuente: Elaboración propia. Información obtenida de Porter, M.E., (2008) The five competitive forces that shape strategy. Harvard Business review.

En el modelo de Porter dos de los elementos que se identifican que influyen en la competencia en cualquier sector son el poder negociador tanto de los proveedores como de los clientes. En nuestro caso, el poder negociador lo ejercen los hospitales agrupados que conforman los Group Purchasing Groups respecto a los proveedores. Por lo tanto, podemos decir que la formación de estos GPO beneficia en gran medida a los hospitales, ya que incrementa su poder negociador.

Este tipo de contratos que se llevan a cabo a través de los GPO representan de forma aproximada entre el cuarenta y cinco y el cincuenta por ciento de todos los contratos realizados por el Hospital. Por otra parte, alrededor del quince o veinte por ciento serán contratos establecidos directamente con los proveedores por parte de UNCH. Estos contratos los lleva a cabo de forma individual el Hospital por dos posibles razones: en primer lugar, pueden que exista una buena relación con el proveedor y una relación larga en el tiempo, por lo que las condiciones del contrato individual pueden resultar muy beneficiosas para el Hospital; en segundo lugar, en ocasiones para determinados productos no existen GPO, por lo cual los hospitales deben negociar de forma individual con los proveedores.

Por último, el UNCH también tendrá compras puntuales con determinados proveedores, las cuales representan aproximadamente del treinta al cuarenta por ciento de las compras. Según nos comentó Chuck Mauro, la cantidad de estas compras sin contrato con los proveedores es demasiado elevada, por lo que uno de los principales objetivos del departamento es conseguir que estas compras pasen a formar parte de los dos grupos anteriores. El departamento deberá además concienciar sobre esto a los diferentes departamentos y servicios del centro para que, en la medida de lo posible, planifiquen sus necesidades de material, y así el departamento de compras pueda estudiar diferentes posibilidades en cuanto a proveedores y establezca contratos con aquéllos que le ofrezcan mejores condiciones.

En cuanto a la posibilidad de que existan compras directas por parte del personal sanitario, en algunos casos muy concretos los médicos podrán realizar compras directas de determinados tipos de material. Este sistema del Hospital es conocido como PPI o Physician Preference Items (Productos con preferencia por los médicos). Este sistema de compras es aplicado a productos concretos como algunos materiales del laboratorio, materiales utilizados en cirugía, catéteres, materiales del servicio de radiología, entre otros. En estos casos el personal sanitario podrá elegir los productos concretos y las

marcas que desean comprar, evaluando ellos mismos las características técnicas de cada material.

A pesar de que este sistema se aplica actualmente con cierta frecuencia en el Hospital, desde el departamento de compras nos comentaron que uno de los principales objetivos del departamento es reducir al máximo posible este tipo de compras por diversas razones. En primer lugar, resulta en ciertas ocasiones caro para el Hospital, ya que el personal sanitario suele considerar únicamente los aspectos técnicos de los productos, e incluso, suelen comprar los productos que habitualmente han utilizado en los últimos años por comodidad, sin considerar la posibilidad de que existan en el mercado productos con las mismas características y con mejores precios. Por otra parte, el tiempo que debe emplear el personal del departamento de compras para controlar este tipo de adquisiciones es elevado, por lo que el coste relativo de estas compras es superior.

g) Control y calidad de los productos

Una vez los productos han llegado al almacén se les suele realizar una serie de pruebas con el fin de detectar cualquier anomalía o defecto y comprobar que el nivel de calidad es el exigido por el centro. Este proceso será denominado "Purchasing Oversight" (Supervisión de las Compras). El proceso de control de calidad será especialmente importante cuando se trate de productos nuevos o de productos suministrados por nuevos proveedores. Si las pruebas no resultan satisfactorias se cambiará de producto y/o de proveedor. Normalmente este proceso es aplicado a todos los tipos de materiales y productos, pero no a los medicamentos. En referencia a los medicamentos cabe realizar una puntualización: el departamento de compras emitirá las órdenes de compra a los proveedores, se encargará de la recepción de los mismos, y el personal de distribución los entregará a los diferentes servicios, sin embargo, otras operaciones como controles de calidad, o la elaboración y preparación de las dosis individuales será llevada a cabo por la Farmacia del centro, la cual posteriormente también se encargará de distribuir las a cada uno de los servicios.

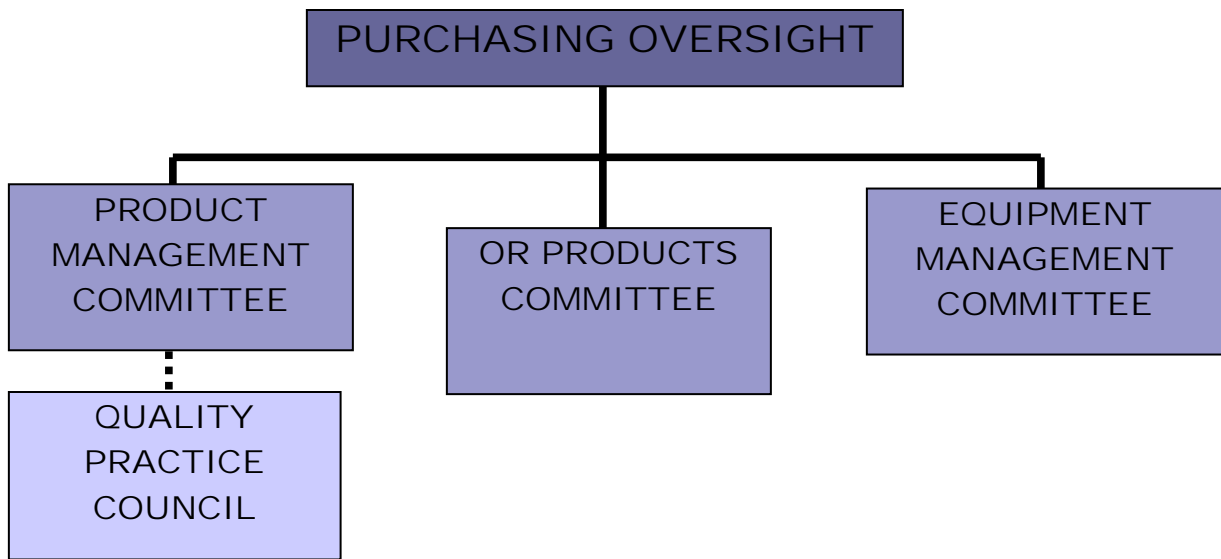
Para realizar este control de calidad se diferenciarán en primer lugar tres clases de productos: productos más comunes y generales, productos de ortopedia y prótesis y por último equipamiento y bienes de inversión. Para cada uno de estos grupos de medicamentos existirá un comité de expertos para evaluar los productos y realizar las pruebas oportunas.

En primer lugar encontramos al Product Management Committee, en el cual también quedará englobado el Quality Practice Council. Estos dos grupos se encargarán de la calidad en los productos más genéricos. Concretamente, el Quality Practice Council estará formado por personal sanitario como algunos médicos y enfermeros/as, los cuales evaluarán la calidad y las características técnicas de los productos. El Product Management Committee además de tener en cuenta estos aspectos, también evaluará otras características de los productos, como precios, financiación, entre otros.

En cuanto al segundo grupo de productos, encontramos al OR Products Committee. En este caso, se trata de productos mucho más específicos, de los cuales se evaluarán diversas características, tanto técnicas, como económicas. Por último, el Equipment Management Committee se encargará de estudiar la conveniencia y las características de los bienes de inversión que el Hospital necesite adquirir, tales como maquinaria y aparatos técnicos utilizados en diferentes servicios del centro. Los aspectos evaluados en el comité serán de carácter técnico y económico, ya que las sumas de dinero necesarias para realizar este tipo de inversiones suelen ser elevadas. En este caso, más que un control de calidad posterior a la compra, se realizarán estudios de viabilidad con el fin de comparar las diversas alternativas de compra y poder elegir la que resulte más beneficiosa para el Hospital. Este estudio previo será importante ya que tanto las características técnicas como las económicas han de ser analizadas en profundidad, puesto que además del elevado precio, estos activos permanecerán durante un periodo de tiempo considerable en la organización.

La estructura del sistema de supervisión de compras del Hospital presentará la siguiente estructura:

Figura 17: Sistema de supervisión de las ventas en UNC Hospitals



Fuente: Elaboración propia. Datos obtenidos en la entrevista con el responsable del Área de Compras de UNCH.

h) Actividades subcontratadas por el Hospital

UNC Hospitals comenzó a subcontratar algunas actividades (fundamentalmente actividades auxiliares) a mediados de los años noventa. Actualmente el Hospital subcontrata algunas de las actividades auxiliares del centro, tales como los servicios de catering, la limpieza, la lavandería y mantenimiento de las instalaciones del centro. Otros servicios auxiliares que en Valencia son subcontratados, como la seguridad, en este caso son llevados a cabo por el propio personal de hospital, aunque no se descarta, si en un futuro resultara conveniente, subcontratarla a una empresa externa.

De hecho, según Chuck Mauro, estas actividades fueron progresivamente siendo externalizadas ya que resultaba conveniente por alguno de los siguientes motivos: suponía un menor coste que si fueran llevadas a cabo por el personal del centro, se conseguía una mayor calidad en estos servicios ya que son realizados por empresas especializadas, o por la escasez por parte del Hospital de determinados recursos, como puede ser la falta de personal especializado para desarrollar determinadas actividades.

En cuanto a otro tipo de actividades subcontratadas, también encontramos el área de “Bio-medical engineering”, encargada a una empresa externa.

Preguntamos el responsable del departamento de compras si en EEUU es frecuente la existencia de modelos similares al seguido por el Hospital de la Ribera, en el cual los servicios sanitarios son subcontratados a una empresa privada. La respuesta fue que actualmente no se aplica este modelo en los hospitales públicos. Sin embargo, desde la Escuela de Salud Pública (Public Health School), concretamente desde el Departamento de Política y Administración Sanitaria, se apunta que este modelo podría constituir una de las formas para “privatizar” en mayor o menor grado la gestión de los hospitales públicos e intentar de este modo incrementar aspectos como la eficiencia en la asistencia sanitaria. (Seminar about International and Comparative Health Systems, Professors Dean Harris and Bruce Fried).

4.3.8. GESTIÓN DE LOS RECURSOS HUMANOS

a) Introducción

La importancia de los recursos humanos en el sistema sanitario no sólo estadounidense, sino de muchos países, se debe a diferentes razones. En primer lugar, es un sector muy intensivo en cuanto a mano de obra, de hecho en algunos países el gasto correspondiente a los recursos humanos representa dos terceras partes del gasto total sanitario.

Otro de los aspectos a destacar es la repercusión de los recursos humanos en la calidad de la asistencia sanitaria, y por lo tanto, en la satisfacción de los pacientes. La experiencia y la buena formación de los profesionales que en él trabajan serán muy importantes para incrementar la calidad en los servicios. En conclusión, la formación resulta una herramienta clave en la cual invertir. Es necesario tener presente que la formación recibida por parte de los profesionales no se deteriora con el uso o el tiempo, sin embargo ésta requiere un mantenimiento, es decir, se debe ir actualizando y renovando periódicamente, por lo que los hospitales deben invertir constantemente en sus empleados si se pretende un servicio de calidad.

Además de la formación del personal, también será importante la gestión del mismo. Una gestión efectiva de los recursos humanos, realizando políticas adecuadas y utilizando sistemas de incentivos que incrementen la motivación y la eficiencia del personal será imprescindible para conseguir un buen resultado en el centro y la satisfacción de los

pacientes. Llevando a cabo una correcta gestión de los recursos humanos será posible hacer frente a algunos problemas que puedan tener los hospitales en referencia a sus recursos humanos, tales como la falta de motivación o la escasez puntual de empleados en algunas áreas, entre otros.

En cuanto a esta gestión de los recursos humanos por parte de los hospitales existen importantes diferencias entre el sistema estadounidense y el español o valenciano. En primer lugar, destaca la tipología de los contratos que algunos hospitales mantienen con sus empleados. Además de este aspecto analizaremos otras características concretas de UNC Hospitals, como sus sistemas de incentivos, beneficios para los empleados, evaluación del trabajo y la formación en el centro.

b) Contratos en los hospitales de EEUU

Las importantes diferencias entre ambos sistemas sanitarios originan que el régimen de contratación del personal que trabaja en los hospitales sea completamente diferente. En la Comunidad Valenciana la mayoría de hospitales son públicos, siendo sus trabajadores funcionarios. El caso del Hospital General, como ya hemos visto, difiere de este patrón, ya que aunque sea un hospital público, su forma jurídica de consorcio le otorga cierta autonomía y poder de decisión en cuanto a la gestión de los recursos humanos.

En el sistema estadounidense existen diferentes tipos de contratación. Centrándonos en los hospitales públicos, como es el caso de UNC Hospitals, éstos presentan diferentes contratos para sus empleados. Anteriormente los empleados de estos hospitales eran considerados trabajadores del gobierno, es decir, funcionarios, como en el caso de muchos hospitales de la Comunidad Valenciana. Sin embargo, y con el objetivo de mejorar la calidad en la asistencia sanitaria, los estados fueron introduciendo de forma progresiva leyes que permitían otras fórmulas para la contratación del personal en los hospitales. Este hecho ha llevado a que en la actualidad muy pocos hospitales todavía contraten a sus empleados en calidad de funcionarios. En algunos estados, como es el caso de Florida, los hospitales tienen libertad para elegir el régimen en que contratan a sus empleados. En estos casos los datos muestran que la mayoría de estos hospitales optan por contratos alternativos que no hagan que los trabajadores tengan condiciones de funcionarios.

En el caso concreto de los médicos, muchos de ellos tienen la categoría de trabajadores autónomos, los cuales mantienen un contrato con los hospitales como si de dos empresas se tratara (en este caso una empresa y un trabajador autónomo). En otros centros

hospitalarios son los médicos los propietarios del hospital, este es el caso de los denominados *community hospitals*. En otros casos, los contratos serán iguales a los de cualquier empresa privada con sus trabajadores. Por lo tanto, existe gran diversidad en cuanto a la tipología de los contratos.

Si nos centramos en UNC Hospitals la situación es la siguiente. Según nos comentó Norman Klase, Director de Recursos Humanos de UNC Hospitals, los contratos con médicos como trabajadores autónomos se dan en determinados casos en el Hospital. Estos se aplican fundamentalmente a médicos, y no a otros trabajadores como enfermeros/as o personal administrativo.

El hecho de que los médicos sean autónomos es una característica que se da normalmente en los hospitales públicos universitarios, como es el caso de UNC Hospitals. En el caso de los hospitales privados los médicos no son autónomos, son empleados directos del hospital, lo que puede llevar asociadas algunas ventajas, como es el hecho de que el centro puede ejercer mayor control sobre el personal en determinados aspectos: gestión de las altas, evitar días innecesarios de hospitalización de los pacientes, entre otros.

En cuanto a trabajadores funcionarios, aunque UNC Hospitals es un centro público, ninguno de sus trabajadores posee la categoría de trabajador del estado, aspecto que destacaba Norm Klase, junto con las ventajas de este sistema de contratación que seguidamente detallaremos.

c) Ventajas de este tipo de contratos

La no utilización de contratos de funcionarios para el personal de los hospitales estadounidenses lleva asociadas una serie de ventajas que ya apuntábamos cuando comentamos el caso del Consorcio en Valencia.

En el sistema sanitario estadounidense destaca la concepción que se tiene del sector sanitario, el cual es calificado según palabras textuales de Norman Klase, como “un entorno muy competitivo”, idea que en ocasiones no se da en nuestro país. Por ello no es de extrañar que se opte por fórmulas de contratación que permitan un mejor control y gestión de los recursos humanos para que la calidad en los servicios sanitarios cada vez sea superior.

Según el Director de Recursos Humanos de UNC Hospitals, las ventajas asociadas a este sistema de contratación que no hace a los empleados funcionarios son las siguientes:

- En primer lugar, la calidad en los servicios sanitarios es mayor, ya que el trabajador no tiene la seguridad absoluta del puesto de trabajo como en el caso del funcionario, se evita de algún modo un "acomodamiento excesivo" en el puesto de trabajo
- Aumento tanto de la eficacia y eficiencia
- Mayor control de los recursos humanos
- Mejora en la motivación de los empleados

A dichas ventajas debemos añadir las asociadas a determinados sistemas de incentivos que practica el Hospital, con los cuales se consigue la motivación de los empleados del centro, aumentar la calidad en los servicios prestados y con ella la satisfacción de los pacientes, así como la mejora general de los resultados del Hospital.

Los sistemas de incentivos en UNC Hospitals son fundamentalmente tres. En primer lugar, se realizará anualmente una evaluación del trabajo realizado por los empleados del centro, y en función de esta evaluación se establecerán determinados aumentos en los sueldos. Por otra parte, en algunos de los servicios del Hospital se establecerán equipos de empleados a los cuales se les asignarán tareas y se evaluará cuáles de estos equipos llevan a cabo un mejor desempeño de las mismas. Por último, algunos de los médicos tendrán la posibilidad de tratar determinados casos que destaquen por su complejidad o novedad, resultando un reto para ellos.

En estos dos últimos sistemas de incentivos no sólo se utilizarán recompensas monetarias. En ocasiones se ofrecen ascensos, o simplemente la posibilidad de ver incrementado el prestigio profesional y la experiencia.

d) Beneficios y ayudas para los empleados

Desde el Hospital nos comentaron que los trabajadores no suelen tener ningún tipo de ayuda o beneficios. Sin embargo, todos los trabajadores del centro poseen un seguro médico, mediante el cual se facilita asistencia sanitaria tanto al trabajador como a su familia directa.

Destaca el hecho de que a pesar que los trabajadores no tienen la posibilidad de acceder a ayudas económicas el Hospital tiene un sueldo mínimo establecido mucho superior al mínimo establecido desde el Gobierno Federal. De hecho, el sueldo mínimo establecido desde el gobierno para un médico es de cinco dólares por hora, mientras que en UNC Hospitals asciende a diez dólares por hora.

Otro de los beneficios de los que pueden disfrutar los empleados de UNC Hospitals es la posibilidad de realizar actividades de formación, las cuales explicaremos más detalladamente a continuación.

e) Formación

El Hospital tiene una gran oferta de programas formativos destinados a sus empleados. Entre los diferentes tipos de cursos encontramos:

- Cursos asistenciales de temática variada
- Cursos online a los cuales los empleados pueden acceder a través de la red con una clave personal, existiendo actualmente una oferta de aproximadamente cuatrocientos cursos
- Cursos de ofimática, los cuales se imparten en los diferentes laboratorios de que dispone el centro
- Cursos y congresos externos

En los dos primeros tipos de cursos la temática en ocasiones es elegida por los trabajadores y en otras ocasiones por los directivos del Hospital y responsables de cada área o servicio. A diferencia del Hospital General de Valencia, no existe un sistema específico para detectar las necesidades formativas de los empleados, sin embargo, en ocasiones se pasan formularios o encuestas a determinados colectivos dentro del Hospital (sobre todo médicos) para evaluar y detectar qué temas deben incluirse en los cursos. En cuanto a los cursos de ofimática, normalmente se ofrece formación acerca de herramientas Office, gestión de bases de datos, Internet, entre otros, dependiendo del personal al que vayan destinado (estos cursos se destinan mayoritariamente a personal administrativo, aunque también a otros profesionales).

Estos cursos pueden ser considerados como formación interna del Hospital, los cuales serán organizados siempre por el Hospital y únicamente destinados a sus empleados. En cuanto a la financiación de los mismos, ésta corre a cargo completamente por el Hospital. En ningún caso estos cursos son financiados (totalmente o de forma parcial) por el gobierno estatal o federal. Toda la formación de los empleados depende del Hospital: la temática de los cursos, su organización y la financiación. En ocasiones determinados cursos son obligatorios por ley o requeridos desde el Gobierno, es el caso de cursos sobre accidentes laborales, seguridad en el trabajo y seguridad medioambiental. En estos

casos, tanto la organización como la financiación también corresponden al Hospital aunque los cursos sean impuestos desde la Administración.

En cuanto a la formación externa, es habitual que el Hospital envíe empleados continuamente a conferencias y cursos externos organizados por otros hospitales y por diversas organizaciones. Suelen ser eventos que se llevan a cabo en el país, aunque en ocasiones también se contemplan cursos en otros países si se consideran interesantes para algunos de los profesionales del Hospital. La asistencia a programas de formación externos puede ser propuesta por el Hospital o por los médicos. Según Norm Klase, cuando algún empleado solicita la asistencia a un curso normalmente se le permite y recibe financiación por parte del Hospital, ya que desde el Departamento de RRHH se considera que la formación es una manera de aumentar y enriquecer el conocimiento de sus profesionales, lo que repercute directamente en la calidad de los servicios. Por lo tanto, es una forma de aumentar la calidad y la competitividad del Hospital. De hecho el presupuesto dedicado a esta partida suele ser elevado según nos comentó Norm Klase.

Por último, hablaremos acerca de la evaluación de todos estos programas formativos. Normalmente a la finalización de los cursos se pasarán encuestas para valorar diferentes aspectos, tales como el interés por la temática, la estructura del curso, el personal que los imparte, entre otros. Esto también se realizará con los empleados que realicen cursos externos. Otro aspecto importante será la participación del personal. Ningún empleado está obligado a la realización de estos cursos, sin embargo, desde el Hospital se valorará la participación, y de momento el centro no ha tenido problemas en este aspecto, ya que el personal participa y aprovecha las actividades formativas ofrecidas por el Hospital.

f) ¿Son los directores y responsables licenciados en medicina o personas con formación en gestión?

Este aspecto se comentó en el caso del Hospital General, siendo uno de los aspectos a mejorar y que progresivamente se están cambiando en el centro. En el caso de UNC Hospitals, según nos comentó Norm Klase, muchos de los responsables de los departamentos y áreas del centro son profesionales con conocimientos y formación en gestión, economía, recursos humanos, entre otros, ya que desde la dirección del Hospital siempre se ha considerado que estos conocimientos son imprescindibles para el buen funcionamiento del Hospital. El propio Norm Klase nos comentaba que el Hospital en ocasiones ha tenido algún problema con la gestión llevada a cabo por los responsables de algunos servicios que eran médicos. En los casos en que los responsables son médicos,

normalmente éstos suelen tener formación complementaria sobre gestión, finanzas, presupuesto.

g) Satisfacción empleados

El Hospital considera a sus empleados verdaderos activos de la empresa. Este hecho puede observarse en diversos aspectos, por ejemplo centro invierte en programas de formación para sus empleados, con el fin de ampliar y mejorar sus conocimientos. Además, que los empleados se encuentren satisfechos y cómodos en su puesto de trabajo es uno de los principales objetivos del Hospital, por ello, suelen llevarse a cabo de forma periódica encuestas para evaluar estos aspectos. El Hospital realiza encuestas para evaluar en primer lugar la satisfacción de los empleados con su trabajo en el centro, y en segundo, su opinión acerca de la seguridad en el puesto de trabajo. El fin es la detección de cualquier situación anómala para corregirla y que no afecte a la calidad de los servicios prestados por el Hospital

4.3.9. SISTEMAS DE CALIDAD EN UNCH

La calidad en el sistema sanitario estadounidense es uno de los principales pilares. Es un factor clave a la hora de incrementar la competitividad de los centros, aspecto básico del sistema de salud en EEUU; así como la imagen que los pacientes potenciales puedan tener de los hospitales.

Existen numerosos modelos o sistemas para evaluar la calidad de los centros sanitarios, ya que además de los propios de los hospitales también existen otros diseñados por organizaciones externas para evaluar de forma comparativa la calidad de los servicios asistenciales.

A continuación nos centraremos en los sistemas de calidad utilizados en University of North Carolina Hospitals. En primer lugar encontramos el denominado *Impact Care System*, el cual constituye el sistema para evaluar la calidad de forma interna y ha sido diseñado por personal del propio hospital. Por otra parte, existen otros sistemas de calidad en los que UNCH ha participado. Con el fin de analizar este segundo grupo de modelos de calidad nos centraremos en dos de ellos: el *Core Measures System* y el *Leapfrog System*. Los datos obtenidos como resultado de estos estudios son públicos e incluso, como veremos más adelante, pueden consultarse a través de páginas web.

a) SISTEMAS EXTERNOS DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD HOSPITALARIA

La visión de la calidad en la sanidad y los modelos para evaluarla en EEUU han evolucionado a lo largo de los años en función de los cambios que ha ido experimentando el sistema sanitario estadounidense.

Antes de la reforma del sistema de facturación la calidad no tenía un papel demasiado importante, ya que la sanidad era considerada como una “caja negra” en la que los médicos e instituciones simplemente fijaban un precio por los servicios prestados. La máxima de este enfoque consistía en que cuantas más complicaciones surgieran con el paciente mayor sería el precio pagado por los servicios, no teniéndose en cuenta otras variables, como por ejemplo la calidad de la asistencia sanitaria.

Sin embargo, a raíz de dicha reforma, se comenzaron a tener en cuenta estos aspectos:

- Las denominadas *Peer Review Organizations* (PRO's) trabajaron por monitorizar el trabajo realizado por los médicos
- La introducción del sistema de facturación a través de los GRD's ofrecía una idea del coste que suponía cada tipología de paciente, eliminando el incremento de los precios a causa de las complicaciones

Como resultado de este nuevo sistema de facturación la asistencia sanitaria se encareció. El enfoque se cambió y se orientó al paciente, y se comenzó a considerar la calidad como aspecto clave. Los resultados en cuanto a calidad de los centros se hacían públicos, persiguiéndose con esta medida varios objetivos: ofrecer a los pacientes la información más completa posible con el fin de que pudieran decidir en qué centros deseaban ser atendidos, ofrecer información a los hospitales para que pudieran evaluar su rendimiento y la calidad de sus servicios, así como provocar que incrementaran en algunos casos el gasto para mejorar la calidad de su asistencia.

Progresivamente la información acerca del desempeño de los hospitales fue requerida, dotando de transparencia al sector. Algunos ejemplos de este hecho son los siguientes:

- *CMS, Centers for Medicare and Medicaid Services* (formalmente conocido como *HCFA*) en 1986 comenzó a hacer pública la tasa de mortalidad de los hospitales. Esta medida fue impulsada por el Doctor Roper.

- El estado de Nueva York desde mediados de la década de los noventa exigió que los centros hicieran públicos sus resultados en el área de cirugía cardíaca
- En 1997 la denominada iniciativa *ORYX*, la cual consistió en que la *JCAHO* comenzó a exigir que los hospitales realizaran evaluaciones de calidad de sus servicios y de su desempeño como forma de acreditación

Además de estas medidas, a lo largo de las últimas décadas diversos grupos han optado por exigir determinada información acerca de la calidad en la asistencia sanitaria. Es el caso de las compañías aseguradoras, la *CMS*, la *JCAHO*, bufetes de abogados, determinados medios de comunicación. Otras organizaciones, como la *IHI*, *HQA* o *Leapfrog* se unieron posteriormente.

Con este gran número de organizaciones a las cuales los hospitales debían ofrecer sus datos en la mayoría de los casos existía una duplicidad del trabajo realizado, además del esfuerzo que debía realizarse desde los centros para ofrecer los datos que cada organismo requería, ya que los estudios que realizaban eran diferentes. Por estos motivos en el año 2001 la *CMS*, *JCAHO* y la *HQA* comienzan a trabajar de forma conjunta para evitar estas duplicidades. El resultado es la iniciativa conocida como *Core Measures Initiative*, la cual explicaremos en el siguiente punto.

b) CORE MEASURES SYSTEM

El sistema *Core Measures* es un sistema para la evaluación de la calidad de los centros hospitalarios de los Estados Unidos. Este modelo considera diversas variables, las cuales son agrupadas en veintidós indicadores generales que son los utilizados para llevar a cabo las comparaciones entre los diferentes hospitales. Los resultados pueden ser consultados en la siguiente dirección:

Este sistema es uno de los principales en EEUU en cuanto a la evaluación de la calidad asistencial en los hospitales. La información que ofrece el modelo se estructura en cuatro grandes bloques en función de cuatro grupos de diagnóstico y procedimientos: neumonía, fallo cardíaco, infarto de miocardio y procedimientos quirúrgicos.

En cuanto al proceso de recogida de datos, en primer lugar se toma una muestra de entre todos los pacientes de los cuatro grupos de diagnóstico anteriormente citados de los centros. Habitualmente se suele tomar el 50% de las altas que se producen en estos cuatro grupos.

Una vez recogidos los datos, estos son tratados y el resultado son veintidós indicadores, los cuales permiten obtener una idea fiable y consistente del nivel de calidad de los procedimientos médicos desarrollados por cada hospital. Los veintiún indicadores se estructuran del siguiente modo:

INFARTO DE MIOCARDIO

1. ASA en el ingreso del paciente
2. ASA en el alta
3. ACE-Inhibitor o ARB para LVSD (Left Ventricular Systolic Dysfunction)
4. BB en la admisión
5. BB en el alta
6. Trombosis dentro de los treinta minutos tras la llegada del paciente al centro
7. PCI dentro de las dos horas siguientes a la llegada del paciente
8. Número de pacientes que dejan de fumar

FALLO CARDIACO

9. Establecimiento de LVF
10. ACE-Inhibitor o ARB para LVSD
11. Instrucciones ofrecidas a los pacientes después de las altas
12. Número de pacientes que dejan de fumar

NEUMONÍA

13. Oxigenación
14. Antibiótico inicial dentro de las cuatro horas siguientes al ingreso
15. Vacunación neumococo
16. "Blood culture" antes del primer antibiótico
17. Elección del antibiótico adecuado
18. Vacunación anti-influenzae
19. Número de pacientes que dejan de fumar

PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS

20. Antibiótico profiláctico dentro de la hora tras la incisión
21. Elección del antibiótico profiláctico correcto
22. Antibiótico profiláctico dentro de las veinticuatro horas siguientes de la intervención

c) EJEMPLOS

La *JCAHO* y la *CMS* publican periódicamente la información obtenida a través de este sistema en su página web. Concretamente la *CMS* exige que los hospitales ofrezcan cada trimestre sus datos de forma completa y detallada. Sin embargo, la información también es utilizada internamente, ya que los centros de este modo pueden ver la evolución de los indicadores y tomar medidas correctivas para mejorar su situación. Además, el modelo *Core Measures* permite realizar un benchmarking directo, puesto que cada centro puede compararse en cualquiera de los indicadores con cualquier otro centro de los EEUU, comparar con la media del país, del estado, e incluso con el máximo obtenido por alguno de los hospitales.

En cuanto a las medidas que pueden introducir los centros para mejorar sus resultados cabe destacar la importancia que pueden llegar a tener el personal “de primera línea” (no los médicos) en algunos de los indicadores. Es el caso de los pacientes que dejan de fumar, la provisión de vacunas anti-neumococo, o la provisión de antibióticos dentro de las cuatro horas desde la llegada de los pacientes por neumonía.

En cuanto a la contrapartida recibida por los centros a cambio de los datos ofrecidos, actualmente éstos reciben una prestación económica por la recogida y la facilitación de los mismos. Este sistema de pago cambiará en los próximos dos años, dependiendo la contrapartida de la calidad en sus procesos que muestren los centros. Adicionalmente se incrementará el número de indicadores, sobre todo aquellos relacionados con los procesos quirúrgicos.

CAPÍTULO 5

Conclusiones y perspectivas de futuro

5. CONCLUSIONES Y PERSPECTIVAS DE FUTURO

5.1. EEUU PLANTEA REFORMAS, ¿Y ESPAÑA?

Fue una de las promesas electorales de mayor relevancia en la campaña de 2008, pero ahora se ha convertido en la primera gran reforma del presidente Barack Obama. Precisamente en el país de la OCDE que más presupuesto dedica a la Sanidad se plantea una fuerte transformación del sistema público de salud (el 15,3% del PIB, cuando la media alcanza el 8,9%). Más de la mitad de toda esta suma tiene su origen en los seguros privados.

Mientras EEUU se plantea un plan de choque que supondrá alrededor de 900.000 millones de dólares (620.000 millones de euros) en 10 años, en nuestro país estas cuestiones parecen estar fuera de la agenda pública. Nuestro sistema sanitario, ¿está tan sano como parece? A continuación facilitaremos algunos datos.

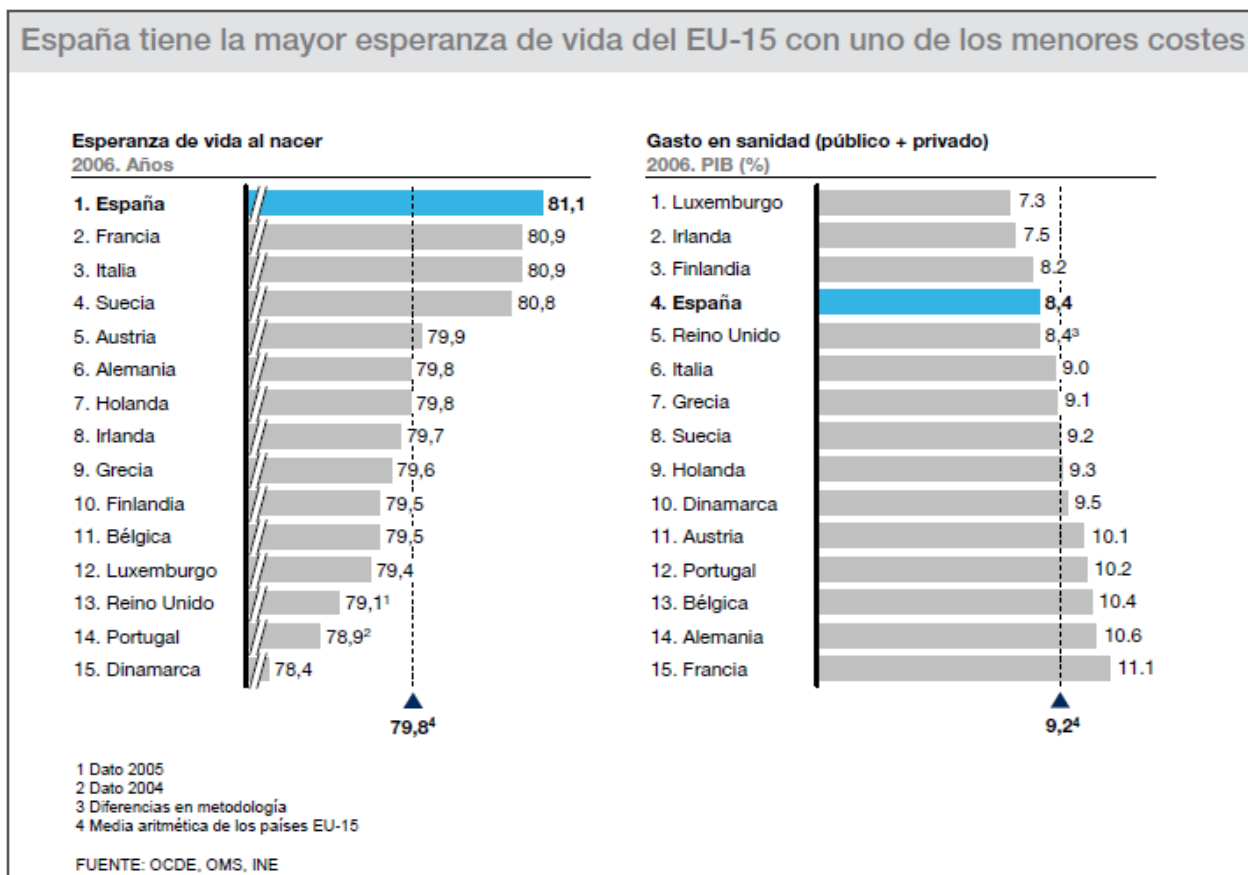
Según el último Barómetro Sanitario del CIS (noviembre de 2008), el sistema sanitario público aprueba con prácticamente un notable:

- El 40% de la población le pone una nota entre 7 y 8
- Sólo alrededor del 5% opina que son precisos cambios profundos en la sanidad pública española (en el año 1995, el doble de los encuestados solicitaba reformas)

Hay más datos que invitan al optimismo:

- Comparativamente, el gasto público es de los más bajos en la Unión Europea (en 2007 el 8,5%)
- La esperanza de vida es la más elevada del continente, tal y como podemos observar en el siguiente gráfico adjunto.

Gráfico 11: *Esperanza de vida y gasto en sanidad del EU-15*



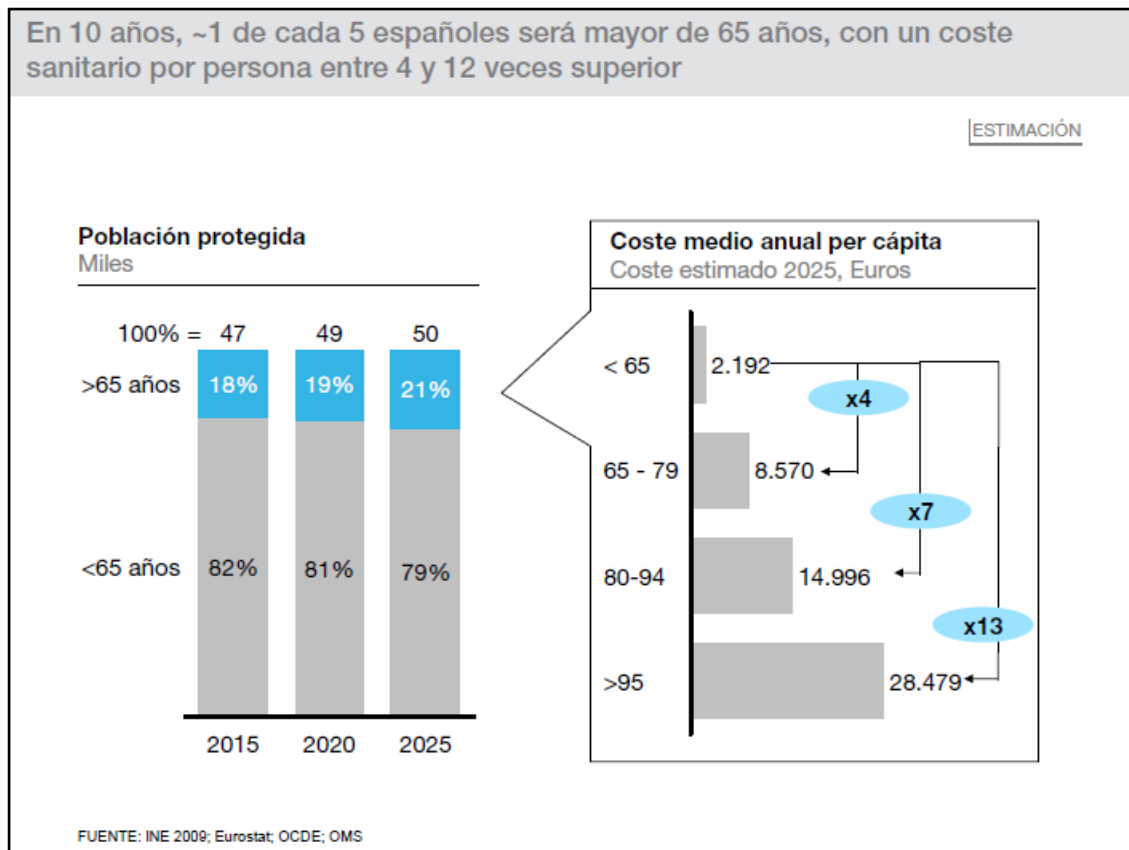
Fuente: Beltrán, A., Forn, R., Garicano, L., Martínez, M.M., Vázquez, P. (2009)
Impulsar un cambio posible en el sistema sanitario

- El modelo constituye un referente internacional y nivel de acceso respecto a otros países desarrollados
- Además, la contratación de seguros privados ha crecido durante los últimos años (aunque únicamente el 12% de la población cuenta con este tipo de cobertura)

Sin embargo, a pesar de estos datos positivos, el diagnóstico de nuestro sistema sanitario resulta preocupante, y así lo dice el estudio sobre la sostenibilidad del sistema público *Impulsar un cambio posible en el sistema sanitario*, llevado a cabo por la consultora McKinsey & Company y la Fundación de Estudios de Economía Aplicada (Fedea) a finales del año 2009. Según el citado informe, de seguir con el modelo actual, el déficit sanitario (desviación entre los gastos previstos y los reales, que acaba repercutiendo en el déficit autonómico) en 2020 alcanzaría los 50.000 millones de euros. Las causas, entre ellas, que la demanda de servicios sanitarios tiende a dispararse: dentro de la próxima

década, uno de cada cinco españoles tendrá más de 65 años, lo que se traduce en que más de 10 millones de individuos tendrán un coste per cápita muy superior al resto de la población protegida (entre 4 y 12 veces), tal y como queda plasmado en el siguiente gráfico:

Gráfico 12: *Perspectivas del envejecimiento de la población y del gasto sanitario en España en los próximos 10 años*



Fuente: Beltrán, A., Forn, R., Garicano, L., Martínez, M.M., Vázquez, P. (2009) Impulsar un cambio posible en el sistema sanitario.

Otros factores que ayudarán a que la situación se agrave: Aproximadamente el 60% de los ciudadanos padecerá una enfermedad crónica, del mismo modo, los nuevos tratamientos (sustentados en los últimos avances en genética, medicina más personalizada, intervenciones progresivamente menos invasivas) cada vez más caros, que a su vez fomentan una mayor demanda. Por todo esto, la falta de recursos se hará notable (de hecho actualmente ya existe saturación en determinados servicios, como es el caso de la atención primaria, con tasas de ocupación en hospitales públicos que alcanzan el 80%). Con estos datos, las cifras no son nada positivas:

- Cada persona deberá trabajar 30 días para cubrir el coste del sistema sanitario (actualmente son alrededor de 16)
- Las comunidades autónomas deberán destinar aproximadamente un 50% de su presupuesto a la cartera de sanidad (hoy ronda el 35%)

Por todo ello, sería necesario la introducción de medidas que aseguren la solvencia y la perdurabilidad del sistema sanitario español, las cuales permitan al mismo tiempo no perder las características de universalidad y de acceso que le han hecho ser un ejemplo y referente a nivel internacional.

5.2. PERSPECTIVAS DE FUTURO PARA EL SISTEMA ESPAÑOL

Anteriores intentos de reforma han demostrado que superar las barreras para el cambio es complicado. Es preferible seleccionar un número reducido de medidas de impacto, y que a su vez se puedan implantar en un período de tiempo razonable.

Además, es importante destacar que cualquier reforma debe respetar los principios básicos sobre los que se asienta el modelo actual: la universalidad y la equidad de la atención sanitaria.

Nosotros nos basaremos en determinadas medidas que ya han sido introducidas en otros sistemas sanitarios europeos, y también enunciadas en el estudio realizado por McKinsey & Company y FEDEA, Impulsar un cambio posible en el sistema sanitario, las cuales se basan fundamentalmente en la responsabilización cada vez mayor de los agentes, tal y como veremos a continuación. Tal y como hemos dicho, enfoques similares están consiguiendo resultados significativos en otros países europeos. Es el caso de Reino Unido, por ejemplo, que comenzó hacia el año 2000 la reforma de su sistema sanitario, centrándose sobre todo en el saneamiento económico y en la reducción de las listas de espera, que luego se ha ido reforzando con nuevas medidas, como son la creación de los *Foundation Trusts*, los nuevos sistemas de incentivos “*pay for performance*”, entre otros.

5.2.1. PRINCIPALES MEDIDAS A INTRODUCIR EN LOS PRÓXIMOS AÑOS

Medida 1: Incorporación de nuevos mecanismos de corresponsabilización de los usuarios

Casi todos los países europeos han recurrido a esquemas de pago compartido en asistencia y en farmacia, ya que, el consumo no siempre adecuado de los recursos

sanitarios hace necesario pensar en mecanismos que ayuden a racionalizar el comportamiento de los usuarios. Dos medidas fundamentales ayudarían a llevarlo a cabo:

- en primer lugar, la introducción de un ticket moderador de la demanda en atención primaria y urgencias,
- y en segundo, la revisión del modelo de pago farmacéutico actual.

La finalidad de dichas medidas no es recaudatoria, sólo se pretende mejorar la solvencia del sistema. Por un lado, se busca incrementar la calidad del servicio en la atención primaria, fomentando un mejor uso de la misma y a la larga consiguiendo mayor tiempo de atención al paciente por parte del médico. En segundo lugar, a través de la modificación del sistema de pago farmacéutico se busca evitar la regresividad del sistema actual e introducir medidas redistributivas del peso de la contribución entre los grupos sociales en función de su nivel adquisitivo.

Seguidamente explicaremos de forma más detallada estas dos medidas.

1. Introducir un ticket moderador del consumo en atención primaria

En muchos países europeos con sistemas de bienestar se aplican tasas en la asistencia sanitaria, tanto en la primaria, en la especializada e incluso en la asistencia hospitalaria. Los diferentes esquemas varían tanto en la contribución del usuario como en los conceptos gravados. Enunciamos algunos ejemplos a continuación:

- **FRANCIA:** cada paciente aporta un 30% del coste de la visita de atención primaria más 1€ por consulta, siendo el máximo de 50 euros al año por este último concepto. La contribución en especialistas oscila entre un 20% y un 25% y el precio es de aproximadamente 15 euros por día de hospitalización. El sistema exime de pago a personas con pocos recursos y enfermos crónicos.
- **ITALIA:** en Italia la asistencia primaria es gratuita, sin embargo, en algunas regiones (es el caso por ejemplo de Milán, Hospital San Paolo) han desarrollado un nuevo mecanismo que vincula el *triage* de pacientes en urgencias con un determinado nivel de copago. Tras clasificar a los pacientes según su gravedad y nivel de urgencia, aquellos que no requieran tratamientos de urgencia, deberán pagar por la asistencia si desean ser atendidos, y siempre de forma no prioritaria.
- **SUECIA:** cada pacientes satisface una tasa fija de 11 a 17 euros para atención primaria, con un máximo de 100 euros anuales, por otra parte de 22 a 33 euros por cada urgencia, y por último una tarifa que oscila entre los 15 y los 30 euros por

tratamiento y día de hospitalización. Las exenciones comprenden grupos de renta baja y jóvenes con menos de 20 años.

- **BÉLGICA:** el coste de las visitas de atención primaria es de hasta un 35% del precio de la consulta. En atención especializada, esta cantidad es de un 40%. Por cada día de hospitalización, los belgas pagan unos 12€. Gozan de reducciones en el coste aquellas personas con pocos recursos, los pensionistas y los discapacitados.

Analizando dichos ejemplos, una propuesta podría consistir en la introducción de un pago fijo por visita en atención primaria y en urgencias para filtrar la entrada no necesaria de pacientes. Adicionalmente se introduciría una medida complementaria para trasladar la demanda de atención sanitaria al canal más eficiente en costes y calidad, la cual consistiría en que el pago en urgencias fuera notablemente más elevado que el de atención primaria.

Estos mecanismos regulatorios no deberían tener efecto en la equidad y el acceso que caracterizan al Sistema de Salud en España, por lo que se tendrían que incorporar dos condiciones a la propuesta:

- Los estratos sociales con menores rentas, así como aquellos usuarios con mayor frecuencia e intensidad de cuidados (es el caso de los enfermos crónicos) deberán ser tratados de forma equitativa. Para ello, el mecanismo propuesto tiene que contemplar exenciones de cuota para dichos grupos.
- La demanda “necesaria” nunca se debería reducir, ya que se podría dar un empeoramiento del estado de salud de la población. Para evitar este hecho, el importe de las cuotas debería situarse en un rango que desincentive simplemente el uso abusivo.

La introducción del ticket moderador debería ser sencilla, por ejemplo, con la implantación de un talonario de tickets de venta en farmacias; entrega de un número diferente de tickets según sean visitas de atención primaria o de urgencias una vez que el *triage* médico indique que son “menos urgentes”; definición de reducciones o exenciones en función de renta y cronicidad, etc. Con el fin de comprobar si la política de corresponsabilización resulta efectiva en el tiempo, será necesaria la evaluación de manera periódica de los resultados, incluso para poder llevar a cabo rectificaciones si fuera necesario.

Esta medida en concreto debe ser entendida como garantía para la sostenibilidad del Estado de Bienestar. Su objetivo no es la recaudación (el importe total en ningún caso debería resultar significativo para las arcas públicas). Simplemente se intenta reducir el *sobreuso* del sistema público, y por ende, se conseguiría una mejora de la calidad de atención médica (esta medida repercutirá en menores tiempos de espera y más y mejor tiempo de atención por paciente).

Por último, la introducción del ticket moderador podría contribuir a concienciar a la población de que existe un coste asociado al sistema sanitario, desterrando de forma progresiva la percepción errónea de que la sanidad es gratuita.

Para finalizar, y con el fin de subrayar los fines no-recaudatorios de la citada medida, se podría plantear su aplicación en la mejora de los recursos puestos a disposición de los profesionales o en la financiación de programas de prevención.

2. Modificar el modelo actual de pago farmacéutico

Comenzaremos la introducción de esta segunda medida con algunos datos:

- En España, el gasto farmacéutico representa el 22% del total del gasto sanitario frente al 17% de la media europea
- Además, el gasto farmacéutico per cápita es un 40% superior al de países como Bélgica, Dinamarca, Reino Unido o Portugal
- En contraposición, el coste de los medicamentos se encuentra entre los más bajos de toda Europa

Si analizamos de forma conjunta estos datos la conclusión es clara: el volumen de consumo resulta elevado (alrededor del 70% de la población española, consume más de una receta médica a la semana).

El mecanismo de pago farmacéutico tiene importantes deficiencias:

- Actualmente el pago relaciona la aportación exigida al paciente con su edad y no con su situación económica (un pensionista independientemente de su renta no paga nada de sus medicamentos, un parado sí lo hace). En determinados países (Francia, Suecia, Alemania, Italia y Holanda, entre otros) la aportación al coste de los fármacos de los pensionistas es igual a la del resto de la población (al contrario que en España o Reino Unido).

- El sistema actual puede inducir a un uso fraudulento del sistema, de hecho, algunos estudios han demostrado la existencia de un trasvase de recetas con copago a recetas gratuitas equivalente al 30-40% del consumo de la población activa.
- Se contribuye cada vez menos a la sostenibilidad del sistema, puesto que la capacidad de recaudación que es decreciente. En el año 1981, el copago farmacéutico financiaba el 20% del precio de los fármacos, actualmente asciende tan sólo al 7%.

En consecuencia, se debería proponer la revisión del sistema de pago actual, introduciendo algunos principios como los que seguidamente se exponen:

- Equiparar la contribución de los pensionistas, por ejemplo, al esfuerzo que realizan los enfermos crónicos en relación al coste de los medicamentos. Los pensionistas consumen actualmente el 70% del total de recetas con un crecimiento anual aproximado del 9% durante los últimos ejercicios (esto es, contribución del 10% del coste de cada receta, que de media supone alrededor de un euro y medio por receta, fijando un máximo de entre cuatro o cinco euros por receta cuando el medicamento supere los cuarenta/cincuenta euros, siendo todavía mucho menor que el 30% que soporta el colectivo de funcionarios pensionistas adheridos a MUFACE). Siempre será necesaria la identificación de situaciones especiales donde sea preciso establecer mecanismos de exención parcial o incluso total.
- De forma adicional, se podría introducir el criterio de renta, y para pensiones menores de mil euros (aproximadamente el 85% del total), el pago se reduciría al 10%. Para las rentas que superan el límite, la contribución podría ser progresiva entre el 10% y el 30% del coste por consumo de fármacos.
- Introducción de un porcentaje de pago farmacéutico más elevado para la población activa, por ejemplo del 40% (siempre incluyendo exenciones o reducciones significativas en función de la renta o situaciones de desempleo). Un ejemplo práctico de esta medida sería el siguiente: se podría plantear en un futuro que, por debajo de un límite de renta de dos salarios mínimos (aproximadamente dieciséis mil euros anuales) el pago farmacéutico fuera equivalente al de los enfermos crónicos y se rebajara hasta el 10%. Esta reducción afectaría aproximadamente al 35% de la población española.

- Las condiciones actuales de pago para los enfermos crónicos se mantendrían (10% de contribución al coste del medicamento con un máximo de cuatro/cinco euros por receta, que resultaría de la actualización de la cifra de 2,64 euros vigente desde el año 1995).

Como conclusión, en cualquiera de los casos anteriores, debería fijarse un límite para el total de la contribución anual por cápita (esta medida existe en Suecia, siendo el techo actual de aproximadamente cuatrocientos veinte euros).

Una vez introducidas dichas medidas, en un futuro se podría establecer un sistema de contribución variable algo más sofisticado, clasificando los fármacos según la gravedad del tratamiento (es el caso de los sistemas italiano y francés), reduciendo sensiblemente (o incluso eliminando) el copago en el caso de los cuadros clínicos más agudos.

Finalmente, a futuro se debería avanzar para establecer un sistema algo más complejo, de contribución variable, que clasifique los medicamentos según la gravedad de la condición (al igual que los sistemas francés o italiano, entre otros) reduciendo o incluso eliminando el pago para aquellos cuadros clínicos más agudos.

Dichas medidas harían posible, en primer lugar, alcanzar una mayor equidad, y en segundo, el fomentar un consumo razonable de los fármacos. Con esta revisión del mecanismo de pago farmacéutico ya existente se conseguiría una redistribución de la contribución de los diferentes grupos sociales más acorde al uso y las posibilidades de cada uno. A la vez se podría reducir el consumo farmacéutico indebido y la utilización fraudulenta del actual sistema.

Medida 2: Incrementar la transparencia en el desempeño de los servicios sanitarios

Muchos países europeos han evolucionado en el objetivo de hacer más transparente y, en ocasiones, público el desempeño de los centros proveedores de servicios sanitarios (hospitales, centros de primaria, entre otros) y sus profesionales, con resultados muy positivos en algunos casos, por ejemplo:

- Suecia elabora anualmente un *benchmark* de hospitales con métricas de calidad clínica, satisfacción de pacientes, tiempos de espera y eficiencia, y hace pública una comparativa del desempeño en cada región
- Alemania: los hospitales reportan un amplio conjunto de indicadores de calidad a una agencia independiente, y desde 2007 hacen públicos una parte de ellos. A partir de esta información, se han desarrollado herramientas que permiten a los

pacientes comparar por Internet el desempeño de cada hospital para distintas enfermedades o procedimientos y dan visibilidad a los compradores sobre el desempeño de los diferentes proveedores.

Estas medidas, estadísticas e indicadores han sido importados directamente del modelo sanitario estadounidense.

En el caso de nuestro país, se ha trabajado en esta línea desde la aprobación de la Ley de Cohesión y Calidad en 2003. El Instituto de Información Sanitaria, dependiente de la Agencia de Calidad del SNS, recopila un conjunto de Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud (datos de población, estado de salud, calidad y gasto), los cuales se publican de forma agregada para todo el país. Próximamente, en principio para 2011, se espera que comiencen a ser publicados a nivel de comunidad autónoma.

Será necesaria la elaboración de informes comparativos que intenten cumplir a la vez con las siguientes características:

- Sea suficientemente específico (mínimo a nivel de hospital y, si es posible, de servicio clínico o profesional) y periódico para que los gestores sanitarios puedan identificar oportunidades de mejora “en tiempo real” (los indicadores anteriormente mencionados se publican con una periodicidad anual y con más de un año de retraso).
- Pueda resultar útil en la propia gestión del sistema sanitario, utilizándose los indicadores como base para la fijación de presupuestos y objetivos.
- Aporte una visión global de todo el sistema, considerando los sectores público, concertado y resto del sector privado.
- Sea transparente para el usuario, le permita conocer los resultados de los diferentes centros y, eventualmente, poder elegir dónde ser atendido.

Se debería elaborar a nivel nacional una comparativa de desempeño de los proveedores sanitarios que incluya los resultados tanto a nivel de centro como de servicio clínico. Esta comparativa se elaboraría con una periodicidad idealmente inferior a la anual, incluirá métricas del desempeño de los proveedores en las variables de desempeño clínico, calidad de servicio y eficiencia. Este “ranking” incluiría a todos los proveedores del sector público (ya sean públicos o privados), así como a aquellos centros privados que, aunque no tengan servicios concertados, así lo solicitaran.

La elaboración de esta comparativa podría apoyarse en la infraestructura ya existente en la Agencia de Calidad del SNS. Los resultados de estos estudios comparativos se comunicarán en primer lugar a los gestores y jefes de servicio, hasta progresivamente hacerse públicos.

Estas medidas, entre otros aspectos, podrían conseguir: una mejora del desempeño de los profesionales y centros (especialmente en el caso de aquellos con peores resultados), reducir la variabilidad en la calidad clínica ofrecida, detectar mejoras en la eficiencia del uso de los recursos sanitarios (mayor uso de medicamentos genéricos, aprovechamiento de las instalaciones, entre otros.). Los pacientes también se verían beneficiados en un futuro, por disponer de información objetiva acerca de la calidad ofrecida por los centros y no verse afectados por la variabilidad en la atención sanitaria.

Algunas Comunidades Autónomas han avanzado más en este sentido, y comparan en distintas dimensiones los resultados de sus centros de atención, tanto hospitalaria como primaria, ligándolos, en ocasiones, a sistemas de objetivos e incentivos para proveedores y profesionales. Sin embargo, todavía queda mucho trabajo por hacer hasta conseguir un buen sistema de información comparativa como el existente en países como Estados Unidos.

Medida 3: Incorporar las nuevas prestaciones y la innovación terapéutica en el sistema

La innovación en medicina es, sin duda alguna, necesaria y deseable, pero plantea retos importantes para los gestores. Comenzamos de nuevo con algunos datos:

- La farmacia hospitalaria ha crecido a razón de un 15,8% en los últimos años (casi el doble que el gasto farmacéutico en prescripciones)
- Por otra parte, se espera que el coste de los tratamientos oncológicos pase de veinte mil euros per cápita en la actualidad a setenta mil euros en algunos años

Este no es un problema, sin embargo, que deba analizarse sólo desde el ángulo de los costes, sino que se trata más de una cuestión de aplicación con rigor para que la innovación se incorpore a la cartera de prestaciones del sistema con la máxima celeridad, una vez que se disponga de los análisis coste-beneficio necesario. Este tema debe abordarse desde una doble perspectiva:

- a) La optimización del coste-efectividad del tratamiento a incorporar y
- b) El establecimiento de mecanismos adecuados para su financiación.

A nivel internacional existen ejemplos de países que han tomado medidas en la línea de regular en materia de salud pública, prácticas clínicas y financiación de nuevos fármacos, tecnologías y procedimientos:

- **REINO UNIDO**

El NICE (1999) es una organización independiente constituida por profesionales sanitarios, pacientes e investigadores. Su objetivo es realizar recomendaciones a las áreas de salud del Reino Unido para incorporar o no los nuevos tratamientos a su cartera de prestaciones financiada públicamente. El proceso de elaboración de las recomendaciones es transparente para todas las partes, y ello genera parte del éxito y credibilidad del NICE. Las áreas tienen que adoptar obligatoriamente en su cartera las recomendaciones positivas del NICE e incluir su financiación en su presupuesto anual; para las negativas, queda a discreción unilateral de las áreas el financiarlas o no. Para sus evaluaciones, el NICE utiliza un criterio denominado coste por QALY (coste de ganar un año de vida saludable). Finalmente, las recomendaciones del NICE no remplazan el conocimiento y las capacidades de los profesionales, que son quienes finalmente toman las mejores decisiones para sus pacientes, sino que lo que se persigue con este mecanismo sistemático de evaluación de la innovación es la provisión equitativa y sostenible a nivel de todas las regiones.

- **OTROS PAÍSES**

Tenemos más ejemplos de agencias similares en países como Alemania, a través del IQWiG51 (Instituto para la Calidad y la Eficiencia en Sanidad); Francia, mediante el HAS52 (Alta Autoridad de Sanidad) y Australia con el Comité PBAC-ESC53 (Comité Asesor de Beneficios Farmacéuticos; Sub-Comité económico) que están avanzando en el mismo sentido.

- **ESPAÑA**

También existen organismos que abordan parcialmente algunas de las funciones que engloba el NICE en nuestro país:

- a nivel nacional la Agencia del Medicamento es el referente en materia de garantías de calidad, de seguridad, de eficacia, de información y de accesibilidad de medicamentos y productos sanitarios

- A nivel regional también se está avanzando en desarrollar mecanismos sistemáticos de evaluación de coste-efectividad de las prestaciones y medicamentos, pero hasta el momento los avances son desiguales.
- Además, desde la definición del catálogo de prestaciones del Servicio Nacional de Salud de la Ley de Cohesión y Calidad de 2003, los avances en la revisión y actualización del mismo (con entradas y salidas de prestaciones por sustitución) han sido limitados.

La propuesta a introducir consiste en establecer un proceso que garantice en primer lugar que, todas las nuevas prestaciones que se incorporen al sistema hayan superado unos estándares mínimos de coste-efectividad, similares a los que se aplican en otros países europeos, y que supongan su financiación o no por el sistema público y, en segundo que las prestaciones aprobadas son accesibles para todos los pacientes del Sistema Nacional de Salud.

Con esta medida, se realizaría un avance en la introducción sistemática de la innovación terapéutica, basada en un análisis coste-efectividad independiente, lo que podría acelerar el ritmo de introducción de las tecnologías más eficientes y, además, de forma equitativa para todos los españoles.

Medida 4: Revisión del consumo de medicamentos en pacientes crónicos y polimedicados.

Es el caso del Consell de la Generalitat, que a partir de septiembre pondrá en marcha dos programas de revisión y mejora de la administración de fármacos a dos tipos de pacientes: los crónicos y los polimedicados. Sólo con la aplicación del primer programa ambulatorio, la Conselleria de Sanidad tiene previsto ahorrarse alrededor de 17 millones de euros al año.

El primero de los programas para frenar el consumo incontrolado de fármacos se denomina "Refar ambulatorio" y consistirá en la revisión de las medicinas que consumen un 10% de la población mayor de 65 años en la Comunidad.

El segundo programa es el "Refar consúltenos", con el que se revisará la terapia farmacéutica que se aplica a un total de 36.000 pacientes con alta hospitalaria en centros de la Agencia Valenciana de Salud. Se trata de persona que, en muchos casos, ya han superado su dolencia, pero que siguen consumiendo medicamentos por inercia, sin que se haya producido una revisión para comprobar si son o no necesarios dichos fármacos.

Medida 5: Extensión del modelo concesional

A pesar de tener detractores, este modelo analizado en el presente trabajo, e introducido por primera vez en la Comunidad Valenciana con la creación del Hospital de la Ribera, presenta diversas ventajas, entre ellas: aportan fuerza inversora y financian en muchos casos la construcción de nuevas infraestructuras, mayor control del gasto, intentan evitar ineficiencias en cuanto al uso en ocasiones innecesario de recursos, entre otros.

Medida 6: Fomentar la autonomía de gestión y reforzar los esquemas de incentivos a los centros y a sus profesionales

La estructura y organización del sistema sanitario pueden ser mejoradas para fomentar simultáneamente una mayor eficiencia y una mejora de la calidad clínica y de servicio, ya que, en muchos casos, el modelo de gestión actual está permitiendo, de alguna forma, que el uso de los recursos no sea del todo óptimo. Para conseguir esos objetivos se debe transferir en mayor medida la responsabilidad tanto a los centros como a los profesionales tal y como se está llevando a cabo en numerosos países europeos y en EEUU. Para ello habría que dotar al personal sanitario de mayor responsabilidad, y en cierto modo, autonomía, hay que dar la oportunidad a que médicos, enfermeros y profesionales del sector en general tengan mayor capacidad para organizar su servicio, siempre dentro de unos objetivos de calidad y eficiencia definidos por el sistema, y asumiendo en todo momento también los riesgos derivados del no cumplimiento de tales objetivos.

Para la consecución de esta medida, dos vías de acción deberían ser implementadas: en primer lugar, el fomento de que la autonomía de gestión por parte de los profesionales cada vez sea mayor, y, en consecuencia, que existan mecanismos de medida del desempeño y establecimiento de incentivos. Dichas vías de actuación serán explicadas de forma más detallada a continuación.

1. Fomentar la autonomía de gestión de los profesionales

Crear modelo organizativo que otorgue mayor autonomía de gestión a los profesionales puede ayudar a mejorar el desempeño de los proveedores, en línea con los objetivos de calidad y eficiencia del sistema, al fomentar una mayor responsabilización sobre los resultados e involucración de los profesionales en la gestión de los centros.

Algunos ejemplos de reformas en esta línea llevadas a cabo en Europa son los siguientes:

- Francia: La reforma sanitaria planteada recientemente (Ley Bachelot de 2008, “Hôpital, patients, santé et territoires”) diseña una nueva estructura organizativa a

nivel de establecimiento de salud reforzando la idea de autonomía de gestión en cada centro y fijando mecanismos estrictos de medición del desempeño, así como comités de evaluación.

- Reino Unido: Aquí los hospitales han pasado a convertirse en fundaciones ("Foundation Trusts") a los que se dota de personalidad jurídica y autonomía de gestión. Los Trusts asumen los riesgos relativos a su gestión, debiendo cumplir determinados objetivos en materia de calidad, y siendo remunerados en base a la consecución de dichos objetivos ("Payment by results").

En el caso de España, un modelo de estas características se ha impulsado en Cataluña con las Entidades de Base Asociativas (EBA's). Son sociedades, propiedad de los profesionales sanitarios que, disponiendo de capacidad de endeudamiento y personalidad jurídica propia, acceden por licitación a la provisión de los servicios de atención primaria en una determinada zona.

Del mismo modo y siguiendo estas líneas, el Principado de Asturias, ha comenzado a crear unidades clínicas a las que, mediante un contrato riguroso, dota de un presupuesto y mayor autonomía a cambio de lograr unos determinados resultados. De momento, la experiencia parece satisfactoria y por ello otras CC.AA expresan ya su interés por la introducción de este tipo de modelos.

Una propuesta para materializar dicho modelo consistiría en que todos los centros de servicios sanitarios tuvieran contratos de compra de servicios que aseguren una mayor autonomía en la gestión, a cambio de la consecución de unos compromisos de calidad clínica, calidad de servicio y eficiencia más exigentes. Estos contratos deberían establecer claramente los objetivos a cumplir por el proveedor (en términos de atención y calidad) y la financiación asociada a los mismos, que tiene que asegurar, de partida, una dotación suficiente de recursos.

Será necesario también que los contratos determinen claramente los riesgos a asumir por el comprador y el proveedor de servicios. Para facilitar el cambio, en un primer momento el proveedor asumiría tan solo el riesgo de gestión (superávit o déficit presupuestario generado por mejoras de eficiencia). En un futuro, parte de los riesgos asociados a la demanda (uso excesivo del sistema, aumento del número de enfermos crónicos, entre otros) se podrían adjudicar al proveedor de manera progresiva.

Con esta transformación se podrá dar más responsabilidad a los centros y profesionales singulares para la especialización en algunas patologías. Asimismo, la mayor capacidad

de médicos, enfermeros, y otros profesionales para organizar su servicio, puede derivar, al igual que en otros países europeos, en una distribución de tareas distinta entre los distintos profesionales y un mayor trabajo en equipo entre médicos y enfermeros.

Por último, deberíamos incorporar dentro de este modelo de mayor responsabilidad en el cumplimiento de objetivos a otros agentes clave del sistema como son los farmacéuticos, que desarrollan un papel cada vez más importante para la sostenibilidad del sistema. Esto podría llevar consigo una revisión de las parcelas de exclusividad de las que todavía gozan, introduciendo a cambio los incentivos adecuados.

2. Reforzar los esquemas de incentivos y los mecanismos de gestión de consecuencias

Los esquemas de incentivos así como determinados mecanismos estrictos de gestión de consecuencias son necesarios para que a medida anterior sea viable a la vez que efectiva.

En diferentes países europeos se han desarrollado diversos esquemas de incentivos a proveedores y también a profesionales:

- Es el caso, por ejemplo, de Reino Unido, donde se introdujo en 2004 para la atención primaria nuevos mecanismos de compensación en base a la consecución de objetivos. La remuneración en función de estos resultados puede alcanzar hasta el 20% del total de atención primaria y su cobro está ligado al seguimiento de determinados indicadores de calidad.
- También el Sistema Nacional Sueco ha establecido mecanismos que incentivan la eficiencia de los centros de atención a través de contratos trienales. Se define el nivel de actividad que debe ofrecer cada proveedor, así como la remuneración asociada, dándole libertad a cada entidad para la gestión de sus recursos y de su actividad.
- La reforma francesa mencionada con anterioridad, da un giro importante en este sentido. Para ello, se refuerza la figura del director de hospital como responsable último de la gestión y que cuenta con el apoyo de un directorio constituido, entre otros, por médicos y profesionales de la organización. El directorio es el encargado de elaborar el Proyecto Médico que será evaluado y revisado por el Consejo de Vigilancia y la Agencia Regional de Salud correspondiente. El cumplimiento del Proyecto se evalúa mediante estrictos mecanismos de medición del desempeño y

comités de evaluación de los resultados, y a su consecución se asocian esquemas de incentivos.

En el caso de nuestro país, varias regiones han optado por implantar un esquema de fijación de objetivos en cascada para todos los proveedores (públicos y privados). El cumplimiento de estos objetivos va unido a remuneraciones extraordinarias para los profesionales.

Una propuesta más ambiciosa consistiría en reforzar los esquemas de incentivos ya existentes, vinculándolos a los contratos que mencionábamos en la medida anterior del siguiente modo:

- Si el centro proveedor (público o privado) cumple con los objetivos fijados, una parte relevante de las mejoras deben ser destinadas al propio centro y sus profesionales (a través de flujos de inversión adicionales, más fondos para investigación o remuneraciones adicionales).

En países como Alemania, por ejemplo, parte del superávit generado por los hospitales revierte al propio centro y es distribuido con distintas finalidades por la dirección del hospital.

En un futuro tendría sentido que los incentivos fueran cada vez más asociados a cada profesional en particular. Cada uno de los profesionales debería gestionar un conjunto de tareas y recibir un presupuesto para hacerlo, siempre controlando por los resultados clínicos. Paralelamente cada servicio gestionaría un conjunto de profesionales, cumpliendo con unos objetivos más generales.

- En contraposición, si la actividad genera un déficit, los procedimientos de gestión de consecuencias serían más estricto que el explicado anteriormente.

En el caso de Suecia, por ejemplo, se bonifica o penaliza hasta con un 2% del presupuesto anual a los hospitales, en función de la consecución de determinados objetivos en calidad. Además estos pueden incurrir en déficit (habiendo un máximo estipulado) a lo largo de los tres años que duran los contratos de provisión. Si se supera el límite permitido, la dirección deberá asumir las consecuencias, pudiendo incluso ser cesada para practicar la actividad sanitaria.

5.2.2. CONCLUSIONES

La situación a la que se enfrenta nuestro país y las barreras (sobre todo basadas en las ideas que se han tenido durante décadas de nuestro sistema sanitario) a superar hace necesario el llegar a un punto de encuentro entre todos los agentes del Sistema Sanitario, incluyendo por supuesto a los pacientes, para lo cual será necesaria una importante labor concienciadora. Esta necesidad de acuerdo es especialmente relevante y exigible a las distintas administraciones que tienen la responsabilidad última sobre la gestión del Sistema en todos los países de la Unión Europea.

En este sentido, independientemente del vehículo que se escoja finalmente para materializar los acuerdos necesarios, aparece como absolutamente crítica la necesidad de aprovechar el incipiente espíritu de consenso para la coordinación de esfuerzos entre administraciones y demás agentes. Por ello, un pacto por la sanidad con acuerdo sobre determinadas medidas concretas que permitan “empezar a caminar” puede ser el comienzo del camino.

CAPÍTULO 6

Bibliografía

Documentos en formato papel

Libros

- AVERILL, R. F.; GOLDFIELD, N.; HUGHES, J. S.; BONAZELLI, J.; McCULLOUGH, E.C.; STEINBECK, B. A.; MULLIN, R.; TANG, A. M.; MULDOON, J.; TURNER, L.; GAY, J. (2003). All patient refined diagnosis related groups (APR-DRGs): Methodology Overview. Utah: Clinical Research and Documentation Departments of 3M Health Information Systems.
- CASAS, M. (1995). Cuadernos para la gestión clínica: GRD. Una guía práctica para médicos. Barcelona: lasist.
- CONGRESS OF THE UNITED STATES, OFFICE OF TECHNOLOGY ASSESSMENT (1983). Diagnosis Related Groups (DRGs) and the Medicare Program: Implications for Medical Technology. Washington: U.S. Government Printing Office.
- GUADALAJARA, N. (1994). Análisis de costes en los hospitales. Valencia: M/C/Q Ediciones.
- GUADALAJARA, N. (1996). Análisis de costes en centros residenciales. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales
- KOTLER, PHILIP. (2008). Principios del marketing (1º Edición). Madrid: Prentice-Hall.

Legislación

- BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO. Ministerio de Hacienda (2000). “Real Decreto Legislativo 2/2000, de 16 de junio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de Contratos de las Administraciones Públicas”. [21-06-2000]

- DIARIO OFICIAL DE LA GENERALITAT VALENCIANA. Consell de la Generalitat (1988). “Decreto 122/1988, de 29 de julio, por el que se define y estructura la asistencia especializada en la Comunidad Valenciana”. [11-08-1988]
- DIARIO OFICIAL DE LA GENERALITAT VALENCIANA. Consell de la Generalitat (2006). “Decreto 37/2006, de 24 de marzo, por el que se regula la libre elección de facultativo y centro, en el ámbito de la Sanidad Pública de la Comunidad Valenciana”. [28-03-2006]
- DIARIO OFICIAL DE LA GENERALITAT VALENCIANA. Presidencia de la Generalitat (2008). “Ley 16/2008, de 22 de diciembre, de Medidas Fiscales, de Gestión Administrativa y Financiera, y de Organización de la Generalitat”. [29-12-2008]

Revistas

- DE LA RIVA, S. (2010). “La sanidad también puede ser eficiente”. 2º Dossier de Actualidad Económica, nº 2692, pp. 12-15.
- GARCÍA, M. (2010). “Algo más grave que un catarro”. 2º Dossier de Actualidad Económica, nº 2692, pp. 4-10.
- VILLAR, F.J. (2006). “La concesión administrativa de obra pública como nueva fórmula de gestión de servicios sanitarios”. Derecho y Salud, Publicación Oficial de la Asociación Juristas de la Salud, vol. 14, Extraordinario XIV Congreso Derecho y Salud, pp. 1-26.

Otros documentos

- CERVERA, M. (2006). La Agencia Valenciana de Salud. Valencia: Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanidad.
- CONSORCIO HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE VALENCIA (2006). Hospital General. Memoria. Año 2005. Valencia: Consorcio Hospital General Universitario de Valencia.

- SUBSECRETARÍA PARA LA AGENCIA VALENCIANA DE SALUD, SERVICIO DE PROTOCOLIZACIÓN, ANÁLISIS DE ALTERNATIVAS ASISTENCIALES Y EVALUACIÓN ECONÓMICA (2002). Manual del Sistema de Información Económica de Atención Especializada. Valencia: Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanidad.

Documentos electrónicos

- BELTRÁN, A., FORN, R., GARICANO, L., MARTÍNEZ, M.M., VÁZQUEZ, P. (2009). “Impulsar un cambio posible en el sistema sanitario”. [En línea] Madrid: Fundación de Estudios de Economía Aplicada y McKinsey & Company. Disponible en: www.cambioposible.es/sanidad [20-06-2010]
- CONSORCIO HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE VALENCIA (2006). “II Convenio Colectivo del Consorcio Hospital General Universitario de Valencia (2006-2008)”. [En línea] Valencia: Consorcio Hospital General Universitario de Valencia. Disponible en: <http://www.cgtpv.org/II-Convenio-Colectivo-del-Consorti.html> [03-12-2009]
- LEVANTE EL MERCANTIL VALENCIANO (2010) “El Consell revisará el consumo de medicamentos de crónicos para ahorrarse 17 millones”. [En línea] Valencia. Disponible en: <http://www.levante-emv.com/comunitat-valenciana/2010/07/17/consell-revisara-consumo-medicamentos-cronicos-ahorrarse-17-millones/723503.html> [25-07-2010]
- MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL (2008). “Barómetro Sanitario del CIS”. [En línea] Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social. Disponible en: <http://www.msps.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/barometro/home.htm> [01-02-2010]

