

• EL HOSPITAL COMO EMPRESA DE SERVICIOS

El producto de un hospital es el enfermo cada uno de los enfermos y, en este sentido, un hospital tiene tantos productos como enfermos, porque ninguno es igual a otro, aunque muchos tengan grandes similitudes.

Los factores de producción son: las materias primas (medicamentos, material sanitario, comidas, etc.); el inmovilizado (aparatos de radiología, quirófanos, etc.); y los recursos humanos (médicos, enfermeras, sanitarios, etc.).

Desde el punto de vista de su funcionamiento, no hay razones para excluir a los hospitales de una gestión empresarial, en el que la combinación de los factores productivos se realice del modo más eficiente posible, con un resultado eficaz de calidad. Como sucede en otros sectores de la actividad económica, la calidad del servicio y los costes son las dos coordenadas en las que han de moverse las empresas de salud en un marco competitivo.

Sin embargo, hasta hace muy poco, en los países desarrollados donde predominan sistemas de tipo público, los hospitales han tenido dificultades para adaptarse a una gestión más flexible y moderna. El centralismo y la rigidez burocrática son los dos obstáculos más comunes. En la mayoría de los casos, ni siquiera se dispone de un marco jurídico para que el hospital funcione como una empresa. De ahí que se abogue por el reconocimiento de personalidad jurídica propia para los hospitales de titularidad pública, como entidades de derecho público. O bien que funcionen como servicios descentralizados sometiendo su actividad al ordenamiento jurídico privado.

Sin embargo, hay características que hacen diferentes a las empresas clásicas de lo que puede ser una empresa de salud.

	Empresa clásica	Empresa de salud
Producto	Con frecuencia es un único producto estandarizado	Es el paciente. Tantos productos como pacientes
Cliente	Decide lo que compra	Es el médico el que decide
Decisiones	Se toman jerárquicamente	Sin participación jerárquica
Forma de pago	El cliente paga por su producto	Con frecuencia paga el seguro de salud
Calidad	El cliente evalúa la calidad casi siempre	Difícilmente puede evaluar la calidad asistencial

La organización sanitaria, y en concreto el hospital, se desenvuelve en un contexto especial: se da una división entre quien asume la responsabilidad de la atención sanitaria (el médico) y las consecuencias financieras de sus decisiones.

Además, tanto en el médico como en el paciente se dan las siguientes características que no se dan en otro tipo de empresas.

Paciente	Médico
No decide lo que compra	Define el producto final
No paga generalmente. Lo hace el seguro de salud	Apoderado de las decisiones del paciente
Difícilmente puede evaluar la calidad de la atención médica	Proveedor de unos servicios y cliente de otros

No se puede pensar que la única función de un hospital está relacionada con el servicio asistencial. Puede también desarrollar aunque no todos los hospitales lo hagan funciones de promoción de salud y prevención de enfermedades, así como de docencia e investigación.

- **Clasificación de los hospitales**

Aunque algunos aspectos básicos forman el común denominador de todos los hospitales, no todos son iguales. Existen diferencias no pequeñas, tanto por la complejidad de los procesos que se llevan a cabo como por sus fines últimos (ligados ordinariamente a la dependencia patrimonial), el tipo de pacientes que atienden, el mercado al que se dirigen, etcétera.

- *Por la dependencia patrimonial*

Públicos

Privados:

Con ánimo de lucro

Sin ánimo de lucro

- *Por su función*

Generales. Atienden a enfermos de distintas especialidades, tanto médicas como quirúrgicas.

Monográficos. Destinados de modo especial a un tipo de pacientes: maternidad, psiquiatría, etcétera.

- *Por la complejidad asistencial*

Esta clasificación viene determinada por las instalaciones, tecnologías, especialidades, personal empleado, etc., que posee el hospital y le permite abordar niveles de asistencia distintos.

De alta complejidad o terciario. Son hospitales donde se llevan a cabo los tratamientos más complejos y disponen de alta tecnología.

De complejidad media o secundario. Dispone de importantes recursos, pero no dispone de determinados servicios más complejos.

De baja complejidad o primario. Lleva a cabo la asistencia de pacientes agudos de patología sencilla.

- *Por el tipo de pacientes*

De agudos. En su generalidad, de corta estancia.

De crónicos. De media y larga estancia.

- *Por su ámbito de influencia*

Locales

Las administraciones públicas podrán establecer conciertos con medios ajenos a ellas, dando prioridad a las entidades que tengan carácter no lucrativo.

El proceso de transferencias a las comunidades autónomas ha propiciado que éstas hayan establecido sus propios criterios para concertar con los centros de titularidad privada.

• Estructura y organización hospitalaria

El Consejo de Europa en la Resolución 77 (21.2.1977) sobre Organización y Estructura Interna de los Hospitales, recomienda una serie de medidas que deben ser adoptadas. Algunas de ellas son las siguientes:

- *Integración de las prestaciones médicas a enfermos hospitalizados y no hospitalizados.* Esto significa el adecuado intercambio de información entre los distintos niveles, así como la integración organizativa de las consultas externas, urgencias y hospitalización.
- *Organización de los cuidados.* Establecer la correspondiente graduación de cuidados intensivos, intermedios y mínimos. Favorecer el establecimiento de cuidados psiquiátricos en hospitales generales.
- *Dirección del hospital.* a) Establecer la distinción clara entre los titulares del hospital y la dirección, que señalan la política general y la administración diaria del hospital, respectivamente. b) Estructura de la organización. Relaciona y coordina los servicios médico y administrativo. c) Política global de dirección de personal.
- *Sistema de información.* Asegura la necesaria calidad para la gestión, tanto para los servicios médicos como administrativos.
- *Política de comunicación.* Tanto horizontal como vertical y una adecuada información personalizada a los pacientes.
- *Estructura de los servicios médicos del hospital.* Tratamiento global del paciente mediante un trabajo en equipo. Procurar la centralización de los servicios de diagnóstico. Establecimiento de protocolos con responsabilidades claramente definidas.
- *Evaluación del trabajo médico.* Formar a los médicos en el conocimiento y en la importancia de la eficacia, eficiencia y calidad de la atención sanitaria. Facilitarles la información necesaria de carácter económico, administrativo y técnico. Establecer comisiones de control y calidad de la asistencia.
- *Estructura de los servicios de enfermería.* Recomienda el cuidado en equipo por personas y no por funciones. Atención personalizada.
- *Servicios médico sociales.* Para facilitar determinadas dificultades de los enfermos de carácter psicológico, social, etcétera.
- *Derechos del enfermo.* Atención delicada y personal a cada paciente.
- *División del trabajo, participación e incentivos.* Estimulando la autonomía en el trabajo y la participación del personal. Facilitar la formación permanente. Otros aspectos, como los referidos a la seguridad en el hospital, servicios compartidos entre hospitales, concepción de los hospitales y cooperación internacional, complementan las recomendaciones.
- **Servicio de admisión y urgencias**

La mayoría de los pacientes acceden al hospital a través del Servicio de Admisión para acudir a la consulta ambulatoria.

No obstante, y por razones de estructura organizativa y de cultura sanitaria, todavía siguen acudiendo al hospital muchos pacientes por Urgencias. De éstos, sólo entre el 3 y el 5 por 100 está formado por emergencias, y alrededor del 50–60% está formado por enfermos que emplean los Servicios de

Urgencias como un «cortocircuito».

Una vez que el paciente está en el hospital, se pone de manifiesto la buena o mala gestión, tanto en el ámbito organizativo como en el trato personalizado.

La buena gestión necesita un soporte organizativo para que la circulación de los pacientes se lleve a cabo con eficacia. Para eso se requiere:

- ◆ Servicio de Admisión centralizado. Conexión estrecha con el Servicio de Urgencias.
- ◆ Servicio centralizado de archivo de historias clínicas.
- ◆ Localización unificada de las consultas externas.
- ◆ Servicios centrales de diagnóstico y de pruebas complementarias.
- ◆ ***Servicio de Admisión centralizado***

El servicio de admisión centralizado tiene encomendados los siguientes trabajos:

- ◇ Recepción y registro de pacientes.
- ◇ Programación de consultas externas, de acuerdo con los servicios médicos (ambulatorio).
- ◇ Gestión de listas de espera.
- ◇ Gestión y programación de camas y de altas hospitalarias.
- ◇ Elaboración de presupuestos para quienes lo soliciten.
- ◆ Ordinariamente, el primer contacto con el Servicio de Admisión es telefónico, bien para solicitar una información determinada o, lo que es más frecuente, una consulta con un Servicio.

En este primer contacto se han de tomar algunos datos del paciente: nombre, teléfono y dirección, si es posible.

Cuando el paciente llega al hospital, acude al Servicio de Admisión, donde establece su primer contacto.

Una función importante del Servicio de Admisión radica en el «registro de pacientes» con la obtención de todos aquellos datos que configuren el «conjunto mínimo básico de datos (CMBD)».

Después de la visita del médico, es frecuente que se soliciten informes a otros servicios médicos y pruebas complementarias. Todas han de programarse para que se lleven a cabo en el menor tiempo posible.

Los Servicios Centrales de diagnóstico y de pruebas complementarias deben funcionar no menos de 12–14 horas diarias para consultas externas y hospitalización (las 24 horas para urgencias).

- ◆ Las listas de espera responden a la falta de adecuación de la oferta a la demanda existente aunque esta afirmación puede dar lugar a múltiples observaciones y matizaciones, precisamente en el ámbito sanitario, donde parece comprobado que un incremento de la oferta crea su propia demanda.

Se entiende que el Servicio de Admisión debe gestionar tanto las listas de espera de consultas externas como las de hospitalización. La mayoría de los países que han implantado un Sistema Nacional de Salud tienen abundantes listas de espera que, hoy por hoy, parecen

difícilmente evitables.

- ♦ En un porcentaje elevado de pacientes, el ingreso en el hospital está en conexión con una intervención quirúrgica. La utilización coordinada y óptima de estos dos importantes recursos exige una programación con tiempo suficiente, pero flexible.

El Servicio de Admisión, que ha de procurar la ocupación máxima del hospital (el 85% de ocupación se considera muy aceptable), ha de establecer los criterios para asignación de camas y un equilibrio entre ingresos programados y los procedentes de urgencias.

♦ **Nivel de utilización de los recursos y su eficiencia**

El proceso de producción del hospital debe lograr, a través de una correcta planificación, la máxima utilización de los recursos asistenciales de modo eficiente. El nivel de organización y la estructura propia del hospital condicionan, en no poca medida, esos dos objetivos.

Tradicionalmente se vienen utilizando unos índices o tasas de rendimiento de las distintas áreas del hospital para conocer su mayor o menor adecuación a lo que se considera óptimo.

♦ **Consultas externas**

El rendimiento en las consultas externas será la relación que existe entre el tiempo dedicado a la consulta y el tiempo teórico de que se dispone.

Ordinariamente, se establece un tiempo estándar para cada uno de ellos y en cada especialidad (obviamente, no se emplea el mismo tiempo, en general, con un paciente de Dermatología que con uno de Medicina Interna o Psiquiatría).

Este dato, en sí mismo, tiene un interés muy limitado, ya que no tiene en cuenta la mayor complejidad del caso y los recursos utilizados en cada tipo de pacientes.

Es conocido, por otro lado, que los hospitales universitarios, donde hay un porcentaje de médicos en formación, son más costosos al hacer un mayor uso de los recursos. Un sistema de revisión eficaz sobre lo que hacen los médicos en formación y el establecimiento de protocolos, actualizables cada cierto tiempo, pueden mejorar sensiblemente la eficiencia de las consultas externas.

♦ **Hospitalización**

La hospitalización es el recurso más costoso de un hospital. Desde el punto de vista global, se tiene en cuenta el índice de ocupación, que es la relación existente entre el número de camas ocupadas en un período y el número total de camas utilizables. Esto puede hacerse para cada servicio (si tiene camas asignadas) y puede obtenerse la estancia media del hospital y de cada servicio.

Es sabido que algunas unidades especiales, como la unidad de cuidados intensivos o la de cuidados intermedios, tienen índices de ocupación inferiores, no comparables a los de hospitalización.

En un hospital general se considera que una ocupación del 85% es buena. Se debe considerar cómo se logra esta ocupación: a base de aumentar las estancias medias o aumentando la rotación de los pacientes (ingresando más). Esta última solución es mucho más eficiente.

◆ ***Servicios médicos centrales***

Estos servicios, cuyos principales clientes son los propios médicos del hospital, han de satisfacer las peticiones que reciben con la mayor rapidez posible y flexibilidad, conjugándolas con la calidad necesaria. El buen funcionamiento de los Servicios Centrales mejora la eficiencia general del hospital.

Han de tener la estructura y organización capaz de responder a las necesidades, en el marco de un uso intensivo de sus instalaciones.