

Gestión de servicios hospitalarios públicos: Estudio comparativo entre hospitales de la región noroeste de Brasil y Cataluña

Ihyna Saboya Chacón

ADVERTIMENT. La consulta d'aquesta tesi queda condicionada a l'acceptació de les següents condicions d'ús: La difusió d'aquesta tesi per mitjà del servei TDX (www.tesisenxarxa.net) ha estat autoritzada pels titulars dels drets de propietat intel·lectual únicament per a usos privats emmarcats en activitats d'investigació i docència. No s'autoritza la seva reproducció amb finalitats de lucre ni la seva difusió i posada a disposició des d'un lloc aliè al servei TDX. No s'autoritza la presentació del seu contingut en una finestra o marc aliè a TDX (framing). Aquesta reserva de drets afecta tant al resum de presentació de la tesi com als seus continguts. En la utilització o cita de parts de la tesi és obligat indicar el nom de la persona autora.

ADVERTENCIA. La consulta de esta tesis queda condicionada a la aceptación de las siguientes condiciones de uso: La difusión de esta tesis por medio del servicio TDR (www.tesisenred.net) ha sido autorizada por los titulares de los derechos de propiedad intelectual únicamente para usos privados enmarcados en actividades de investigación y docencia. No se autoriza su reproducción con finalidades de lucro ni su difusión y puesta a disposición desde un sitio ajeno al servicio TDR. No se autoriza la presentación de su contenido en una ventana o marco ajeno a TDR (framing). Esta reserva de derechos afecta tanto al resumen de presentación de la tesis como a sus contenidos. En la utilización o cita de partes de la tesis es obligado indicar el nombre de la persona autora.

WARNING. On having consulted this thesis you're accepting the following use conditions: Spreading this thesis by the TDX (www.tesisenxarxa.net) service has been authorized by the titular of the intellectual property rights only for private uses placed in investigation and teaching activities. Reproduction with lucrative aims is not authorized neither its spreading and availability from a site foreign to the TDX service. Introducing its content in a window or frame foreign to the TDX service is not authorized (framing). This rights affect to the presentation summary of the thesis as well as to its contents. In the using or citation of parts of the thesis it's obliged to indicate the name of the author.



UNIVERSITAT DE BARCELONA



GESTIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS PÚBLICOS: ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE HOSPITALES DE LA REGIÓN NOROESTE DE BRASIL Y CATALUÑA

Ihvna Saboya Chacon

Tesis doctoral para optar al título de Doctor, dirigida por el Dr. José María Castán
Farrero y la codirección del Dr. Miguel Ángel Asenjo Sebastián

Facultat de Ciències Econòmiques i Empresariales

Departament d'Economia i Organització d'Empreses

Universitat de Barcelona

Barcelona, febrero 2005



UNIVERSITAT DE BARCELONA



FACULTAT DE CIÈNCIES ECONÒMIQUES I EMPRESARIALS
DEPARTAMENT D'ECONOMIA I ORGANITZACIÓ D'EMPRESSES

**GESTIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS
PÚBLICOS: ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE
HOSPITALES DE LA REGIÓN NOROESTE DE
BRASIL Y CATALUÑA**

Ihvna Saboya Chacon

febrero, 2005

GESTIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS PÚBLICOS: ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE HOSPITALES DE LA REGIÓN NOROESTE DE BRASIL Y CATALUÑA

Memoria de tesis presentada por **Ihvna Saboya Chacon** al Departament d'Economia i Organització d'Empreses de la Universidad de Barcelona para la obtención del grado de **Doctor en Economía**. Este estudio se enmarca dentro del programa de doctorado “**Tècniques i Estratègies per a l'Empresa de l'Any 2010**”, bienio 1996 - 1998.

Barcelona, febrero de 2005.

Esta tesis se ha realizado bajo la dirección del Profesor Catedrático **Dr. José María Castán Farrero** y la codirección del Profesor Titular **Dr. Miguel Ángel Asenjo Sebastián**.

Autora:

Director de tesis:

Codirector de Tesis:

Ihvna Saboya Chacon

Dr. José Maria Castán farrero

Dr. M. A. Asenjo Sebastián

A Victor e José, por tudo.

AGRADECIMIENTOS

Este presente trabajo de tesis ha sido únicamente posible gracias a la colaboración incisiva y decisiva de diversas personas, entidades e instituciones, a las cuales, ante todo, la autora expresa su más sincera gratitud.

Primeramente quería agradecer a mi director de tesis Dr. José M^a Farrero Castán y mi codirector Dr. Miguel Ángel Asenjo Sebastián por la paciencia y atención prestada durante todo el proceso de elaboración de la tesis.

El Hospital Clinic Barcelona en nombre del Dr. Antoni Trilla García, jefe de la Sección Epidemiología Hospitalaria, que siempre me dedicó su precioso tiempo con mucho buen humor y educación en todas mis citas junto a él; Alejandro de la Sierra, jefe de Consultas Externas (medicina interna) del Hospital Clinic Barcelona.

El Hospital Universitario Walter Cantídio (HUWC) en nombre del Dr. Eugenio L. Campos Maia, gerente del hospital, Dr. Frota Bezerra, director del Enseñanza e Investigación del HUWC; Jocélia M^a Cavalcante Paiva, Directora de Enfermería del HUWC; Dra. Rosalice, coordinadora de calidad del HUWC; Raquel Libório Feitosa, Recursos Humanos del HUWC; Maria Doralice Nobre Magalhães, sala de pericia médica del HUWC; Liduína Fernandes, Albaniza Sales Feitosa, y Derlane Feijó, secretarias del gerente del HUWC; M^a Odalea de Souza Maia, escritorio de calidad del HUWC; José Gomes Becerra Filho, jefe del departamento de estadística del HUWC; Beatriz Moreta, departamento de estadística del HUWC; Dra. Regina Batista Vasconcelos, jefía médica SPA del HUWC

El Hospital Geral de Fortaleza (HGF), en nombre del Dr. Silvio Paulo da Costa A. Rocha Furtado, gerente del HGF; Regina Célia Gomes, Directora Administrativa del HGF; Annatália Meneses de Amorim Gomes, Directora de la División de Calidad del HGF; Rose, Secretaria de Enfermería del HGF.

El Hospital Instituto Dr. José Frota (IJF), en nombre del Dr. Aprígio Mendes Filho, superintendente do IJF; Dr. Grijalva, jefe sector emergencia IJF; Dra. Teresa Carvalho, Dr. Luciano Aguiar.

El Hospital Creu Roja - L'Hospitalet de Llobregat, en nombre del Director Médico Dr. Amat Palou i Sanromà, la Sra. Lena Ferrús Estopa, Directora de Enfermería, la Sra. Palmira Tejero Cabello, Jefe del Trabajo Social y Unidad de Atención al Usuario.

El Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva – NESC / UFC, por el apoyo e incentivo, en nombre de Silvia Bomfim.

A los compañeros de clase del curso de doctorado, en especial a Valentina Noyola y Alfons Fernández, por la amistad, el apoyo dado y las buenas charlas en el Café Zurich en la Plaza de Catalunya.

A los profesores del Curso de doctorado, en especial a Dr. Gil Aluja por la disponibilidad y ayuda constante, mi mayor respeto y agradecimiento.

A todos los funcionarios administrativos de la Facultat de Ciències Econòmiques i Empresariales del Departament d'Economia i Organització d'Empreses, en especial la secretaria Carmina.

Especial agradecimiento al Dr. Luis Parente Maia, profesor del Departamento de Geología de la Universidad Federal de Ceará, y a la Dra. Verônica Morais Ximenes por la acogida y ayuda constante en Barcelona. Muchas gracias por todo.

A los amigos post-graduandos, doctorandos y post-doctorandos, contemporáneos en algún momento en Barcelona (extensivo a sus respectivas familias), Dr. Eugênio Marcos Soares Cunha, Dr. Antônio Jeovah de Andrade Meireles, Dra. Elza Braga, Xico Aragão, Beatriz Furtado, Raquel Liebmann, Dra. Selma Lessa de Castro, Márcia Skibick, Dra. Teresa Gláucia Matos, Cleudene Aragão, Dr. Ricardo Sánchez, Dra. Luciana Amaral de Lima, Rute Maria Rodrigues Pinheiro, Graco ACM Viana, Dr. Virgínio Henrique Neumann, por el incentivo constante y por las provechosas discusiones, presento mi más cariñoso agradecimiento.

A los amigos antiguos y nuevos de Fortaleza, por la preocupación, el incentivo y la cariñosa “presión”, Alexandre Barbalho, José Moacir Pamplona Bedê Filho, Rachel Barroso Cavalcante Bedê, Maria de Nazaré da Rocha Penna, Geovana Cartaxo, Eduardo Freire.

A los profesores del Curso de Comunicación Social de la *Universidade Federal do Ceará* (UFC), en especial a Dr. Silas de Paula, Ms. Silvia Belmino, Dr. Wellington Júnior, Dr. Gilmar de Carvalho, por todo el apoyo e incentivo.

A los profesores del Curso de Administración de Empresas de la *Universidade Estadual Vale do Acaraú* (UVA) - Sobral, en especial a Ms. Ariza Maria Rocha Lima, Ms. Adriana Teixeira Bastos, Ms. José Alberto de Souza Bezerra, Ms. Eduardo Dias, Ms. João

Wagner Mourão e Silva Filho, Ms. Benedita Marta Gomes Costa, Hélio da Silveira Reis Júnior, Ms. Robert de Paula, Heráclio Antonio Bastos da Silva, por todo el apoyo.

A mi madre, Rita Maria Saboya Jorge de Sousa, por la ayuda dada en el periodo de conclusión de la tesis y las idas y venidas de Sobral, y a mi padre J. S. Chacon, su esposa Rosaura Gomes Chacon, mis hermanas, Fernanda Gomes Chacon, Fabrícia Gomes Chacon y Roberta Gomes Chacon por el apoyo desde lejos, pero imprescindible.

A mi eterno y estimado cuñado, Luis Carlos Beltrão Sabadia, por toda la apreciada atención y paciencia prestada desde Brasil.

A profesora Encarna, del C.P. “Pau Esteve” en L’Hospitalet de Llobregat (hoy extinguido), por su profesionalismo docente dedicado al seguimiento para la perfecta adaptación escolar de mi hijo Víctor, a lo largo de todo su primer año aquí en Barcelona.

A mi profesor de castellano Adolfo, fundamental para mi integración en el curso de doctorado y en la vida cotidiana en el nuevo país.

Al LEMA (*Laboratório de Estatística e Matemática Aplicada*) de la *Universidade Federal do Ceará* (UFC) en nombre del profesor Dr. André Jalles, por la orientación estadística.

A Don Alfonso Ballesteros y a Doña María Pilar, nuestros amables arrendadores del piso en San Josep (L’Hospitalet de Llobregat), por toda la atención dada y por llenarnos la casa de turrónes siempre por Navidad.

A Dr. Eduardo Almeida, mi terapeuta, siempre oyente y “paciente” con mis lamentaciones, mi sincero agradecimiento.

Un agradecimiento especial a todos los usuarios, ya que fueron muy “pacientes” en contestar las preguntas de los cuestionarios con buena voluntad y humor.

A la persona que más amo, Victor Chacon Sabadia, mi hijo, razón por la cual he conseguido por al cabo este trabajo, por su cariño y comprensión admirables desde sus 13 años.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

INTRODUCCIÓN	i
CAPÍTULO 1: ANÁLISIS PROSPECTIVO DEL SISTEMA DE SALUD	1
1.1. MODELOS BÁSICOS DE SISTEMAS DE SALUD.....	3
1.1.1. Modelo del sistema nacional de salud o <i>Beveridge</i>	3
1.1.2. Modelo de seguridad social o <i>Bismark</i>	4
1.1.3. Modelo del seguro privado o americano	5
1.1.4. Situación actual en los países europeos.....	6
1.2. EL SISTEMA SANITARIO ESPAÑOL	7
1.2.1. Las cifras más significativas de la sanidad en España	7
1.2.2. La gestión hospitalaria por autonomías	9
1.2.3. El sistema sanitario de Cataluña	11
1.3. EL SISTEMA SANITARIO EN BRASIL	20
1.3.1. Breve histórico del sistema sanitario en Brasil	20
1.3.2. El sistema sanitario del Estado de Ceará.....	28
CAPÍTULO 2: LA GESTIÓN HOSPITALARIA	33
2.1. EL HOSPITAL COMO EMPRESA DE SERVICIOS.....	35
2.1.1. Clasificación de los hospitales.....	37
2.1.2. La asistencia hospitalaria	38
2.1.2.1. La asistencia pública.....	38
2.1.2.2. La asistencia privada	39
2.2. SISTEMAS DE CLASIFICACIÓN DE PACIENTES (SCP)	40
2.2.1. Los grupos relacionados con el diagnóstico (GRD).....	40
2.2.2. Categorías de pacientes (PMC)	42
2.2.3. Índice de severidad de los pacientes (PSI)	44
2.2.4. Estadio del enfermedad (<i>Deasing Staging</i>)	46
2.2.5. <i>As- Score</i>	46
2.3. EL MANAGED CARE.....	48
2.3.1. Protocolos clínicos	49

2.3.2. Gestión de las listas de espera.....	51
2.3.2.1. Programación de visitas	54
2.3.2.2. Programación de altas.....	55
2.3.2.3. Gestión de camas.....	56
2.3.2.4. El servicio de admisión de pacientes	57
2.4. ESTRUCTURAS ORGANIZATIVAS HOSPITALARIAS	60
2.4.1. El marco actual de la gestión organizativa	60
2.4.2. Organización funcional.....	65
2.4.3. Burocracia profesional	70
2.4.4. Organización multidivisional geográfica	71
2.4.5. Organización por procesos	73
CAPÍTULO 3: CALIDAD TOTAL EN LOS HOSPITALES	93
3.1. CONCEPTOS CLAVE DE CALIDAD	96
3.2. GESTIÓN DE LA CALIDAD TOTAL	100
3.2.1. Mejora continua y gestión de la calidad total	100
3.2.2. Calidad y calidad total.....	102
3.2.3. Calidad total y productividad.....	103
3.2.4. Calidad total, creatividad e innovación	105
3.3. ENFOQUES DE LA EVALUACIÓN DE LA CALIDAD EN LOS HOSPITALES.....	105
3.3.1. Enfoque de estructura	108
3.3.2. Enfoque de procesos	109
3.3.3. Enfoque de resultados	109
3.4. LA EVALUACIÓN DE LA CALIDAD EN BASE A LA SATISFACCIÓN DEL CONSUMIDOR.....	111
3.5. HACIA LA CALIDAD TOTAL EN LOS HOSPITALES	117
3.5.1. Consideraciones preliminares	117
3.5.2. Calidad en la asistencia hospitalaria	121
3.5.3. Planificación de la calidad	124
3.5.4. Control de la calidad.....	129
3.5.5. Mejora de la calidad	133
3.5.6. El manual de la calidad en los hospitales: un instrumento esencial	143
3.5.7. Propuesta de un servicio de atención al paciente	144
3.5.8. Propuesta de un departamento o servicio de calidad	147

CAPÍTULO 4: MARKETING DE SERVICIOS HOSPITALARIOS.....	149
4.1. LA EVOLUCIÓN DEL MARKETING	153
4.2. CONCEPTOS DE MARKETING	154
4.3. EL PRODUCTO HOSPITALARIO.....	156
4.4. MERCADO	161
4.4.1. La demanda y la oferta.....	163
4.4.2. Características del mercado sanitario	164
4.4.3. Segmentación de mercado.....	164
4.5. DIMENSIONES PSICOLÓGICAS Y SOCIALES DEL CONSUMIDOR.....	165
4.5.1. Las motivaciones del consumidor.....	166
4.5.2. Las actitudes del consumidor	171
4.5.2.1. Actitudes x motivaciones.....	171
4.5.2.2. Escalas de actitud	173
4.5.3. La percepción del consumidor	173
4.5.4. El aprendizaje del consumidor	175
4.5.5. Técnicas de investigación del comportamiento del consumidor.....	176
4.5.6. El proceso de compra	179
4.6. EL MARKETING MIX DIRIGIDO HACIA EL SERVICIO HOSPITALARIO	180
4.7. EL MARKETING INTERNO	183
4.7.1. El marketing mix del mercado interno	185
CAPÍTULO 5: LOS RECURSOS HUMANOS EN LA SALUD.....	188
5.1. BREVE HISTÓRICO DE LOS RECURSOS HUMANOS.....	192
5.2. EL FACTOR HUMANO	195
5.3. LA FORMACIÓN EN LA EMPRESA.....	196
5.3.1. Algunos conceptos de formación	197
5.3.2. Objetivos y necesidades en la formación	201
5.3.3. Marco legal.....	208
5.4. LA ORGANIZACIÓN INTELIGENTE Y LA FORMACIÓN	211
5.5. LA FORMACIÓN DEL PERSONAL SANITARIO	213
5.5.1. Formación médica continuada	217
5.6. LA TECNOLOGÍA COMO APOYO A FORMACIÓN EN EL ÁREA DE SALUD	219
5.7. GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS HACIA LA CALIDAD HOSPITALARIA	223

CAPÍTULO 6: SISTEMA DE INFORMACIÓN HOSPITALARIA	242
6.1. CONCEPTO E INTRODUCCIÓN A UN SISTEMA DE INFORMACIÓN	245
6.2. SISTEMA DE INFORMACIÓN INTEGRADO DEL <i>SERVEI</i>	251
6.3. LA NECESIDAD DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN EFICIENTES EN LOS HOSPITALES.....	258
CAPÍTULO 7: PANORÁMICA HACIA EL FUTURO.....	263
7.1. ALGUNAS CONSIDERACIONES DE POLÍTICA ECONÓMICA	265
7.2. EL PRIMER PASO DE LA REFORMA: INCORPORAR A LOS PROFESIONALES	274
7.3. LAS OPINIONES DE ALGUNOS EXPERTOS SOBRE LA PROBLEMÁTICA ACTUAL.....	276
7.4. EL EJEMPLO DE LA REFORMA DEL REINO UNIDO.....	279
7.4.1. El sector farmacéutico: el otro gran implicado.....	282
7.5. TENDENCIAS DE LOS CONSUMIDORES DEL FUTURO.....	291
CAPÍTULO 8: DISEÑO Y METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	293
8.1. INTRODUCCIÓN	295
8.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA A ANALIZAR.....	297
8.2.1. Definición del universo objeto estudiado.....	297
8.2.2. Objetivos e hipótesis	297
8.2.2.1. Objetivo General	297
8.2.2.2. Objetivo Específicos.....	297
8.2.2.2. Hipótesis	297
8.3. TÉCNICAS ESTADÍSTICAS DE LA INVESTIGACIÓN	298
8.3.1. Fuentes de información	299
8.3.2. Elaboración del cuestionario.....	300
8.4. TIPO DE INVESTIGACIÓN UTILIZADA.....	301
8.4. DISEÑO MUESTRAL O TAMAÑO DE LA MUESTRA.....	308
8.4. OBTENCIÓN DE INFORMACIÓN.....	308
8.4. PROCESO DE OBTENCIÓN DE INFORMACIÓN	309

CAPÍTULO 9: ANÁLISIS DE LA AREA DE INVESTIGACIÓN	311
9.1. EL HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA (HGF)	313
9.1.1. Un breve histórico	313
9.1.2. Datos y cifras de la actividad del HGF	315
9.1.3. Entrevista	316
9.2. EL INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA (IJF).....	321
9.2.1. Un breve histórico	321
9.2.2. Datos y cifras de la actividad del IJF	321
9.3. EL HOSPITAL UNIVERSITARIO WALTER CANTÍDIO (HUWC).....	324
9.3.1. Un breve histórico	324
9.3.2. Datos y cifras de la actividad del HUWC	325
9.3.3. Entrevista	326
9.4. HOSPITAL CLINIC BARCELONA (HCB).....	328
9.4.1. Un breve histórico	328
9.4.2. Datos y cifras de la actividad del HCB	333
9.4.3. El Proyecto Prisma	336
9.4.4. Entrevista	339
9.5. HOSPITAL CREU ROJA (HCR).....	342
9.5.1. Datos y cifras de la actividad del HCR	342
9.5.2. Calidad Asistencial.....	344
9.5.3. Unidad de Atención al Usuario.....	345
9.5.4. Entrevista	346
9.6. HOSPITAL HVDH.....	350
9.6.1. Un breve histórico	350
9.6.2. El proceso de cambio organizacional en el HVDH	350
9.6.3. Datos y cifras de la actividad de los Hospitales de VDH.....	357
CAPÍTULO 10: ANALISIS Y RESULTADOS	361
INTRODUÇÃO	363
10.1. NÚMERO DE VISITAS ANTERIORES	364
10.2. TIEMPO QUE PASÓ DESDE QUE CONCERTÓ LA VISITA	365
10.3. CÓMO CONCERTÓ LA VISITA	366
10.4. OPINIÓN SOBRE EL TRATO QUE RECIBIÓ DE LA PERSONA QUE LE ATENDIÓ.....	368
10.5. COMO ES LA ATENCIÓN QUE RECIBE DE LA ENFERMERA.....	369

ÍNDICE DE CUADROS

CAPÍTULO 1: ANÁLISIS PROSPECTIVO DEL SISTEMA DE SALUD	1
Cuadro 1.1.1.1.: Modelo Beveridge.....	4
Cuadro 1.1.2.1.: Modelo Bismarck.....	5
Cuadro 1.1.3.1.: Modelo de Seguro Privado o Americano	6
Cuadro 1.2.3.1.: Distribución del presupuesto por categoría de operaciones y entidades	13
Cuadro 1.2.3.2.: Presupuesto destinado a sanidad en Cataluña.....	14
Cuadro 1.3.1.1.: Resumen Histórico del Sistema Sanitario Brasileño	20
CAPÍTULO 2: LA GESTIÓN HOSPITALARIA	33
Cuadro 2.1.1.: Características de las Empresas Clásicas y las Empresas de Salud	36
Cuadro 2.2.3.1.: Las Siete Variables	45
Cuadro 2.2.5.1.: Clasificación "AS-SCORE"	47
Cuadro 2.4.1.1.: Configuración Estructural	63
Cuadro 2.4.1.2.: Formas Organizativas Empresariales	64
Cuadro 2.4.5.1.: Principales Diferencias entre Mejora Continua y Reingeniería	74
Cuadro 2.4.5.2.: Principios Fundamentales de la Innovación Radical de Procesos	76
Cuadro 2.4.5.3.: Los 25 Procesos más Importantes de un Hospital (Hospital de Txagorritxu).....	84
Cuadro 2.4.5.4.: Los Procesos más Importantes de Doce Hospitales del País Vasco	84
Cuadro 2.4.5.5.: Datos Diferenciales entre Hospitales Públicos y Privados.....	85
Cuadro 2.4.5.6.: Tecnologías Innovadoras	88
Cuadro 2.4.5.7.: Comparación entre Estructuras Organizativas de Shortell.....	91
CAPÍTULO 3: CALIDAD TOTAL EN LOS HOSPITALES	93
Cuadro 3.2.1.1.: Principales Parámetros de un Sistema de Calidad	101
Cuadro 3.2.2.1.: Principales Diferencias entre Calidad y Calidad Total	102
Cuadro 3.4.1.: Vínculos de Comunicación con los Pacientes.....	115
Cuadro 3.5.3.1.: Programa Específico del Servicio "A"	128
Cuadro 3.5.4.1.: Programa de Formación Continua de Accidentes de Tráfico.....	131
Cuadro 3.5.5.1.: Factores Clave de la Calidad Hospitalaria.....	134

CAPÍTULO 4: MARKETING DE SERVICIOS HOSPITALARIOS.....	149
Cuadro 4.2.1.: Definiciones del Marketing	155
Cuadro 4.5.1.1.: Motivación.....	167
Cuadro 4.5.5.1.: Técnicas Cualitativas y Cuantitativas	176
CAPÍTULO 5: LOS RECURSOS HUMANOS EN LA SALUD	188
Cuadro 5.3.1.1.: Distinciones entre Educación y Formación	199
Cuadro 5.5.1.: Actividades Realizadas por los Hospitales de VDH	214
Cuadro 5.5.2.: Número Total de personal en Establecimientos Sanitarios públicos y no públicos, según la categoría, año 1993, en España	216
Cuadro 5.7.1.: Insatisfacción X Motivación	228
Cuadro 5.7.2.: Medidas que Generen Motivación	228
CAPÍTULO 7: PANORÁMICA HACIA EL FUTURO	263
Cuadro 7.4.1.1.: Índice de Precios de los Medicamentos en los Países Europeos	284
CAPÍTULO 8: DISEÑO Y METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	293
Cuadro 8.2.1.1.: Resumen de los Números de los Hospitales	296
Cuadro 8.4.1.: Metodología de Investigación.....	303
Cuadro 8.4.2.: Clasificación de los Casos de estudio según su Objetivo.....	305
Cuadro 8.4.3.: Metodología y Técnicas de Recogidas de Datos	306
CAPÍTULO 9: ANÁLISIS DE LA AREA DE INVESTIGACIÓN	311
Cuadro 9.2.2.1.: Total de Atendimento Consultas Externas IJF (1995-1998).....	322
Cuadro 9.2.2.2.: Total de ingresos (SIH/SUS) en IJF (1995 – 1998)	322
Cuadro 9.2.2.3.: Tasa de ocupación e infección hospitalaria, media de permanencia e índice rotatorio del IJF (1997-1998).....	323
Cuadro 9.4.1.1.: Sistema de Subvenciones Proporcionales del HCB	328
Cuadro 9.4.2.1.: Estructura de Personal del HCB	334
Cuadro 9.4.2.2.: Actividad Consulta Externa del HCB	334
Cuadro 9.4.2.3.: Actividad de Hospitalización del HCB.....	335
Cuadro 9.4.3.1.: Actividad Asistencial del Servicio de Cardiología del HCB.....	338

ÍNDICE DE FIGURAS

CAPÍTULO 1: ANÁLISIS PROSPECTIVO DEL SISTEMA DE SALUD	1
Figura 1.2.3.1.: Distribución del presupuesto de la Generalitat para 1994	13
Figura 1.2.3.2.: Distribución del presupuesto de Sanidad de 1994.....	14
Figura 1.2.3.3.: Sectores Estratégicos de Cataluña.....	15
Figura 1.2.3.4.: El Diamante de la Competitividad del Sector de la Salud en Cataluña	17
Figura 1.3.2.1.: Red de Salud Pública	29
CAPÍTULO 2: LA GESTIÓN HOSPITALARIA	33
Figura 2.1.1.: El Producto del Hospital	37
Figura 2.2.2.1.: Algoritmo del Sistema P.M.C.....	44
Figura 2.3.2.1.: La Duplicidad de Listas de Espera en el Hospital.....	52
Figura 2.3.2.2.: Las Puertas de Entrada al Hospital	52
Figura 2.3.2.4.1.: Servicio de Admisión de Pacientes.....	59
Figura 2.4.2.1. : Organización Funcional	67
Figura 2.4.2.2: Esquema Organizativo Funcional Establecido por el INSALUD	69
Figura 2.4.4.1.: Estructura Organizativa del Sistema Hospitalario de Cataluña	72
Figura 2.4.5.1: Implantación de la Calidad Total Hospitalaria	81
Figura 2.4.5.2.: Ejemplo de Hospital Organizado por Procesos.....	83
Figura 2.4.5.3: Organización Convencional.....	86
Figura 2.4.5.4.: Organización por Processos.....	87
Figura 2.4.5.5.: El Paso de un Hospital Organizado por Funciones a uno Organizado por Procesos.....	87
CAPÍTULO 3: CALIDAD TOTAL EN LOS HOSPITALES	93
Figura 3.1.1.: Áreas Implicadas en la Calidad Total.....	100
Figura 3.5.2.1.: Puntos Determinantes de la Calidad Hospitalaria	123
Figura 3.5.3.1.: Estructuración de un Programa de Salud	129
Figura 3.5.5.1.: Diagrama causa-efecto	136
Figura 3.5.5.2.: Factores Determinantes de la Calidad.....	138
Figura 3.5.8.1.: Dirección de Calidad en los Hospitales.....	148

CAPÍTULO 4: MARKETING DE SERVICIOS HOSPITALARIOS	149
Figura 4.3.1.: Cadena de Producción Hospitalaria	160
Figura 4.3.2.: Sistema de Producción Hospitalario.....	161
Figura 4.5.1.1.: Necesidades, Deseos y Demandas.	166
Figura 4.5.1.2.: Jerarquía de Necesidades de Maslow.....	168
CAPÍTULO 5: LOS RECURSOS HUMANOS EN LA SALUD	188
Figura 5.3.1.1: La Formación, la Educación y la Experiencia Planificada	201
Figura 5.3.2.1: Detección de las Necesidades de Formación.	202
Figura 5.3.2.2: Las Cuatro Etapas del Proceso de Aprendizaje	203
Figura 5.3.2.3.: Evaluación de las Necesidades.....	206
Figura 5.4.1.: Ciclo de Aprendizaje Profundo	212
CAPÍTULO 6: SISTEMA DE INFORMACIÓN HOSPITALARIA (SIH)	243
Figura 6.1.1.: El Sistema de Información dentro de la Cadena de Valor de Porter	249
Figura 6.2.1.: Proceso Lógico del Sistema de Información del SCS	251
Figura 6.2.2.: Demanda de Servicios Sanitarios al SCS	252
Figura 6.2.3: Oferta y Contratación de Servicios	254
Figura 6.2.4.: Actividad Sanitaria.....	256
CAPÍTULO 7: PANORÁMICA HACIA EL FUTURO	263
Figura 7.3.1.: Composición de la Plantilla de los Hospitales Vall de Hebrón	278
Figura 7.4.1.: Proceso de Contratación	280
CAPÍTULO 8: DISEÑO Y METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	293
Figura 8.3.2.1.: Uso del cuestionario	300
CAPÍTULO 9: AREA DE INVESTIGACIÓN	311
Figura 9.1.1.1.: Distribución de los Transplantes en el Período de 1983 a 1997	315
Figura 9.4.1.1.: Estructura Organizativa del Consorci Corporació Sanitaria Clínic.....	329

10.6. FRECUENCIA DE RETRASOS RESPECTO A LA HORA PREVISTA DE LA VISITA.....	371
10.7. APROXIMADAMENTE CUANTO TIEMPO HA PASADO RESPECTO DE LA HORA PREVISTA DE LA VISITA.....	372
10.8. FRECUENCIA DE ESPERA DE PIE	374
10.9. CALIDAD DE LA SALA DE ESPERA.....	375
10.10. FRECUENCIA DE LA EXPLICACIÓN COMPLETA AL MÉDICO	377
10.11. COMPRENSIÓN DE LAS PREGUNTAS DEL MÉDICO	378
10.12. DEDICACIÓN DEL TIEMPO SUFICIENTE POR PARTE DEL MÉDICO.....	379
10.13. COMPRENSIÓN DE LAS INDICACIONES DEL MÉDICO SOBRE EL TRATAMIENTO A SEGUIR..	381
10.14. CALIDAD DE LAS INFORMACIONES DEL MÉDICO SOBRE LA ENFERMEDAD X HOSPITAL	383
10.15. CALIDAD GENERAL DEL ATENDIMIENTO DEL MÉDICO	384
10.16. SEXO DE LOS ENTREVISTADOS.....	386
10.17. EDAD X HOSPITAL.....	387
10.18. NIVEL DE ESTUDIOS	389
10.19. OCUPACIÓN.....	391
10.20. CALIDAD GENERAL DE LAS VISITAS	392
10.21. CRUCES POR VARIABLES DE CABECERA.....	394

CAPÍTULO 11: CONCLUSIONES, IMPLICACIONES, LIMITACIONES Y LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN FUTURAS..... 399

11.1. CONCLUSIONES.....	401
11.1.1. Conclusiones de la revisión teórica y formulación de un enfoque de la gestión de calidad y del marketing en los servicios hospitalarios	401
11.1.2. Conclusiones del estudio empírico.....	405
11.2. IMPLICACIONES ACADÉMICAS Y PRÁCTICAS.....	408
11.3. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN	409
11.4. LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN FUTURAS	410

BIBLIOGRAFIA 413

ANEXOS

Figura 9.4.1.2.: Estructura Organizativa Inicial del HCB.....	330
Figura 9.4.1.3.: Estructura Organizativa del HCB	331
Figura 9.4.1.4.: Modelo Organizativo del HCB.....	333
Figura 9.4.3.1: Esquema General Prisma.....	337
Figura 9.6.2.1: Estructura funcional de los Hospitales de VDH	352
Figura 9.6.2.2.: Organigrama General de los Hospitales VDH.....	353
Figura 9.6.2.3.: Enfoque de Rediseño de las Líneas de Servicio.....	355
Figura 9.6.2.4.: Visión Funcional de la Reestructuración de los Servicios.....	356

ÍNDICE DE GRÁFICOS

CAPÍTULO 3: CALIDAD TOTAL EN LOS HOSPITALES	93
Gráfico 3.3.3.1.: Influencia de los Factores Determinantes del Estado de Salud y su Contribución al Gasto Sanitario	111
Gráfico 3.5.5.3.: Gráfico de Pareto	140
Gráfico 3.5.5.4.: Histograma	141
Gráfico 3.5.5.5.: Frecuencia Relativa y Acumulada de la Variable	141
Gráfico 3.5.5.6.: Diagrama de Puntos	142
CAPÍTULO 5: LOS RECURSOS HUMANOS EN LA SALUD	188
Gráfico 5.3.2.1: Paradigmas de la Formación.....	206
Gráfico 5.3.2.2: Tipos de Formación	207
Gráfico 5.3.3.1: Gasto (ptas.) por trabajador en función del tamaño empresarial (media nacional) en 1996.	210
CAPÍTULO 9: ANÁLISIS DE LA AREA DE INVESTIGACIÓN	311
Gráfico 9.5.1.1.: Visitas de Consultas Externas do HCR	344
Gráfico 9.6.3.1.: Influencia Geográfica de los Hospitales de VDH	357
Gráfico 9.6.3.2.: Área de Iinfluencia de los Hospitales de VDH en Barcelona Ciudad	358
Gráfico 9.6.3.3.: Gastos de los Hospitales de VDH	358
CAPÍTULO 10: ANALISIS Y RESULTADOS	361
Gráfico 10.1.1.: Número de visitas anteriores	364
Gráfico 10.2.1.: Tiempo que pasó desde que concertó la visita	365
Gráfico 10.3.1.: Cómo concertó la visita.....	366
Gráfico 10.4.1.: Opinión sobre el trato que recibió de la persona que le atendió	368
Gráfico 10.5.1.: Como es el atendimiento que recibe de la enfermera.....	369
Gráfico 10.6.1.: Frecuencia de retrasos respecto a la hora prevista de la visita.....	371
Gráfico 10.7.1.: Aproximadamente cuanto tiempo ha pasado respecto de la hora prevista de la visita	373

Gráfico 10.8.1.: Frecuencia de espera de pie.....	374
Gráfico 10.9.1.: Calidad de la sala de espera.....	375
Gráfico 10.10.1.: Frecuencia de la explicación completa al médico	377
Gráfico 10.11.1.: Comprensión de las preguntas del médico	378
Gráfico 10.12.1.: Dedicación del tiempo suficiente por parte del médico	380
Gráfico 10.13.1.: Comprensión de las indicaciones del médico sobre el tratamiento a seguir.....	381
Gráfico 10.14.1.: Calidad de las informaciones del médico sobre la enfermedad x hospital	383
Gráfico 10.15.1.: Calidad general del atendimento del médico.....	384
Gráfico 10.16.1.: Sexo de los entrevistados.....	386
Gráfico 10.17.1.: Edad x hospital	387
Gráfico 10.18.1.: Nivel de estudios	389
Gráfico 10.19.1.: Ocupación	391
Gráfico 10.20.1.: Calidad general de las visitas.....	392
Gráfico 10.21.1.: Calidad Informaciones del Médico x Calidad General Visitas x Hospital	396
Gráfico 10.21.2.: Calidad General Atendimento x Calidad General Visitas x Hospital	398

SIGLAS

AAR - Área d'Activitats Radiològiques

ABRASCO - Asociación Brasileña de Especialización en Salud Colectiva

AMA - American Marketing Association

ANFC - Acuerdo Nacional sobre Formación Continua

ANS - Agencia Nacional de Salud

CAPs – *Caixas de Aposentadoria e Pensões* (Cajas de Jubilación y Pensiones)

C.I.E.-9-MC - Clasificación Internacional de Enfermedades

CC.EE – Comunidades Europeas

CDM - Categorías Diagnósticas Mayores

CEBES - Centro Brasileño de Estudios en Salud

CIP - Código de Identificación Personal

CMA - Cirugía Mayor Ambulatoria

CMBD - Conjunto Mínimo Básico de Datos

CNS – *VIII Conferência Nacional de Saúde* (VIII Conferencia Nacional de Salud)

CONASP – *Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária* (Consejo Consultivo de la Administración de Salud de Seguridad)

CONASEMS – *Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde* (Consejo Nacional de Secretários Municipales de Salud)

CONASS – *Conselho Nacional de Secretários de Saúde* (Consejo Nacional de Secretarios de Salud)

COOPEC - Cooperación de Pediatras de Ceará.

CSC - Consorcio de la Corporació Sanitaria Clínic

CSMIJ - Centre de Salut Mental Infanto i Juvenil

DATAPREV – *Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social* (Empresa de Procesamiento de Datos de la Seguridad Social)

ESF - Equipos de Salud de la Familia

FAS - Fundo de Apoyo al Desarrollo Social

FORCEM - Fundación para la Formación Continua

FP - Formación Profesional

GRD - Grupos Relacionados con el Diagnóstico

HCPB – Hospital Clínic i Provincial de Barcelona

HGF - Hospital Geral de Fortaleza

HMO - Health Maintenance Organizations

HUWC – Hospital Universitario Walter Cantídio

IAPs - *Institutos de Aposentadoria e Pensões* (Institutos de Jubilación y Pensiones)

IAPAS – *Instituto de Arrecadação da Previdência Social* (Instituto de Recogimiento de la Seguridad Social)

ICS - Institut Català de la Salut

IDI - Institut de Diagnòstic per la Imatge

IJF – Instituto Dr. José Frota

INAMPS – *Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social* (Instituto Nacional de Asistencia Médica de la Seguridad Social)

INE – Instituto Nacional de Estadística

INEM - Ministerio del Trabajo y Asuntos Sociales

INPS – *Instituto Nacional de Previdência Social* (Instituto Nacional de Seguridad Social)

INSALUD – Instituto Nacional de Salud

JCAH - Joint Commission on Accreditation of Hospitals

LOPS - *Lei Orgânica da Previdência Social* (Ley Orgánica de la Seguridad Social)

MAIS - Modelo de Atención Integral a la Salud

MIR - Médicos Internados y Residentes

MPAS - Ministério da Previdência e Assistência Social (Ministerio de la Seguridad y Asistencia Social)

NHS - National Health Service

NOBs – *Normas Operacionais Básicas* (Normas Operacionales Básicas)

NOAS - *Norma Operacional da Assistência à Saúde* (Norma Operacional de la Asistencia a la Salud)

O. I – Organización Inteligente

OMS - Organización Mundial de la Salud

PIB - Producto Interno Bruto

PIASS - Plan de Interiorización de las Acciones de Salud y Saneamiento

PMC - Patient Management Categories

PPA - Plan de Pronta Acción

PSI - Patient Severity Index

PSE - Programa de Atención a la Salud del Escolar

PSF – Programa de Salud de la Familia

PYME – Pequeñas y Medias Empresas

RD – Real Decreto

RR. HH – Recursos Humanos

SAMS - Sistema de Atención Médica Suplementaria

SAP - Servicio de Atención de Pacientes

SCP - Sistemas de Clasificación de Pacientes

SDD - El Sistema de Desembolso Directo

SCS - Servei Català de la Salut

SI - Sistemas de Información

SIH - Sistema de Información hospitalario

SINPAS - Sistema Nacional de Previdencia Social

SESP - Servicio Especial de Salud Pública

SNS – Sistema Nacional de Salud

SPA - Servicio de Pronto Atendimento

SUS – Sistema Único de Salud

TI - Tecnología de Información

TQM - Total Quality Management

TSI - Tarjeta Individual Sanitaria

UBA - Unidad Básica Asistencial

UCA - Unidad de Coordinación Asistencial

UFA - Unidades Funcionales de Atención

UFC – Universidad Federal de Ceará

UPE - Unidades Productivas Especializadas

UPEP- Unidades Productivas Especializadas Primarias

UPES - Unidades Productivas Especializadas Secundarias

USF- Unidad de Salud de la familia

UTI - Unidad de Tratamiento Intensivo

XHUP - .Xarxa Hospitalaria d'Utilització Pública

INTRODUCCIÓN

INTRODUCCIÓN

El desarrollo del mercado de servicios se traduce en el creciente interés por el cliente, con la forma en que éste debe ser atendido, con su opinión y con el grado de satisfacción con los productos o los servicios prestados. En un hospital cada grupo de clientes, según el tipo de enfermedad que padece, es un “producto intermedio” que tiene como objetivo final la prevención de la salud¹.

Existe la creencia común en tener una imagen negativa de los hospitales públicos, principalmente en Brasil, vistos como instituciones totalmente abandonadas, con funcionarios en huelga continua reivindicando mejoras laborales y de los sueldos, con aumentos de demandantes continuos y escasa oferta de asistencia ambulatoria así como falta de camas para internos.

Ante un panorama tan poco alentador como éste, cómo, entonces, hablar de calidad y marketing de servicios hospitalarios, dónde el acceso al sector sanitario es mayoritariamente público y se tiene la impresión que las reglas de mercado intervienen poco. Parece que el administrador necesita realizar un esfuerzo para disminuir la demanda en cambio de conseguir más clientes².

Como una organización con características propias³, el hospital no puede ser tratado como el resto de las instituciones, teniendo en cuenta que su actividad final afecta al tratamiento y cura de personas. En este sentido existe una necesidad de eficacia de funcionamiento mucho mayor de todos sus componentes de una manera global y no como una suma de partes desarticuladas. El administrador hospitalario cuando tiene que gestionar un hospital siempre debe tener en cuenta que su principal misión es la curación del paciente.

A especificidad de trato con seres humanos remete a la necesidad que en la organización hospitalaria la calidad sea fundamental, ya que su ausencia podría acarrear en muchos casos, unos prejuicios irreparables. Si la industria, de manera general, puede reparar los posibles desperfectos que sufren sus productos, en el hospital no siempre se cuenta con

¹ ERRASTI, F.. Principios de Gestión Sanitaria?. Madrid, Díaz de Santos, 1997.

² LAMATA, F. ; Conde, J. ; Martinez, B. & Horno, M.. “Marketing Sanitario”. Madrid, 1994.

³ HALAL, I. S.. et al.. Avaliação da Qualidade de Assistência Primária à Saúde em Localidade Urbana da Região Sul do Brasil. Revista de Saúde Pública, vol. 28, n.º 2, abril, 1994. p. 131-136.

esa misma oportunidad. En una organización hospitalaria un error puede suponer muchos sufrimientos y hasta la misma vida de personas que creyeron en la presencia de una calidad que en realidad nunca existió.

El hospital contemporáneo⁴ es una institución que no sólo evolucionó, sino que es completamente nueva. Su administración, sus características, sus objetivos, su personal, sus instrumentos y su metodología de trabajo han cambiado. Además del tradicional tratamiento curativo su estructura actual refleja la preocupación por los servicios de prevención y rehabilitación, los programas especiales como las donaciones de sangre, las campañas contra el tabaquismo, las residencias médica y la investigación.

El marketing que hasta hace poco estaba generalmente asociado a las actividades de promoción de ventas y a la publicidad⁵ empieza a utilizarse como un instrumento de gestión con métodos propios. La definición más actual de marketing incluye un ámbito responsable para el juicio creativo en la dirección de los recursos de una organización con el objeto de alcanzar las metas establecidas para satisfacer las necesidades del consumidor.

La diferencia que existe entre el marketing de servicios y el marketing de los demás sectores económicos se encuentra más en la actividad final que en su definición como un ámbito de actuación particular. En ese caso de los servicios, algunos factores poseen características exclusivas, como son la producción y el consumo simultáneos, la ausencia de transferencia de la propiedad y la de un producto efímero.

A pesar de que para algunos especialistas el factor cultural convierte la diseminación del marketing de servicios, en Brasil es una tarea casi imposible⁶, la adopción de las técnicas de marketing en los hospitales públicos podrían colaborar con la misión y el objetivo de satisfacer al cliente - consumidor, en su papel de paciente (población). El objeto de una institución es de establecer un vínculo permanente con sus clientes. “Si su finalidad es crear un consumidor, la empresa posee dos y sólo dos funciones básicas: el marketing y la innovación de los productos que ofrece. Cualquier organización donde el marketing es accidental o está ausente no es una empresa y no debe ser administrada como tal”⁷.

⁴ MACHLINE, C. et al.. *O Hospital e a Visão Administrativa Contemporânea*, coordenador Ernesto Lima Gonçalves. São Paulo, Pioneira, 1989.

⁵ LAMATA, F.. op.cit..

⁶ PENTEADO, J. R. W.. *Marketing no Brasil não é Fácil*. Rio de Janeiro, LTC, 1990.

⁷ DRUCKER, P. in RIBEIRO, H. P.. *O Hospital: história e crise*. Cortez, São Paulo, 1993.

Aunque resulte evidente que el empleo de los conocimientos de marketing y de la comunicación son indispensables en la estructuración de toda institución, pocos son los administradores de hospital, que han incorporado las contribuciones de estos campos a sus organizaciones. La comprensión de la naturaleza y de la compleja dimensión del trabajo hospitalario presupone la utilización de determinados principios de marketing y de comunicación. Antes de recurrir a las tradicionales campañas en que se presenta al hospital como un local limpio, organizado con material suficiente para suplir las necesidades y un equipo multiprofesional, una política institucional de comunicación debería esclarecer su función social, recordando siempre que el usuario es la persona más importante de aquel local.

Este trabajo de tesis aborda el estudio de la gestión hospitalaria con un enfoque en la calidad y a la luz del marketing de servicios en organizaciones hospitalarias publicas, a través de una investigación comparativa entre tres hospitales de Fortaleza, en Brasil y tres hospitales de Barcelona, en España. El servicio público de salud en España experimenta en la actualidad un desarrollo acentuado, como consecuencia de las inversiones del Fondo de Cohesión Europeo, dentro de las expectativas del ingreso de España en la Unión Europea. En Brasil las investigaciones en el sector del marketing de servicios hospitalarios se encuentran aún en estadio embrionario.

Se puede observar una interesante semejanza entre las dos ciudades en termos de población y localización. La ciudad de Fortaleza, capital del Estado de Ceará ubicada en la Región Noreste de Brasil con 336 km², es la quinta capital de estado brasileña en número de habitantes, registrándose en el censo de la población del año 1996⁸, un total de 1.965.513 ciudadanos en su término municipal. Datos del censo demográfico más reciente, adelantados por la fundación IBGE⁹, confirman ya un total de 2.138.234 habitantes para Fortaleza. De acuerdo con las Naciones Unidas¹⁰, en su compendio de las estadísticas de la población humana, Fortaleza figura como la 100ª ciudad en población del mundo. Ya la ciudad de

⁸ IBGE (1996). Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 1996. Brasília, D.F.

⁹ IBGE (2000). Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico de 2000. Brasília, D.F.

¹⁰ NACIONES UNIDAS (1995). Compendium of Human Settlements Statistics. New York, United Nations. U.S.A.

Barcelona¹¹, capital de la Comunidad Autónoma de Cataluña ubicada en la Región Noreste de España con 101 km², posee una población de 1.505.325 hab/km², números muy próximos de la ciudad de Fortaleza. Cabe decir que la Región Noreste de Brasil es económicamente más pobre que las Regiones Sur y Sudeste, donde se encuentran ciudades como São Paulo, Rio de Janeiro y Porto Alegre, no obstante, la Región Noreste de España es económicamente más rica en relación con el Sur y Sudeste del país.

La tesis está dividida en once capítulos: análisis prospectivo del sistema de salud; la gestión hospitalaria; calidad total en los hospitales; marketing de servicios hospitalarios; los recursos humanos en la salud; sistema de información hospitalaria; panorámica hacia el futuro; diseño y metodología de la investigación; análisis de la área de investigación; análisis y resultados y consideraciones finales.

El primero capítulo trata de situar al lector a respecto de los modelos básicos del Sistema de Salud de una forma general, para después comentar sobre los Sistemas Sanitarios de España y de Brasil.

Ya en el segundo capítulo, se aborda el tema de la gestión hospitalaria con una exploración del hospital, sus estructuras organizativas y sus sistemas de clasificación, tratándole como una empresa de servicio.

Como ya fue dicho anteriormente, la tesis aborda el estudio de la gestión hospitalaria con un enfoque en la calidad y a la luz del marketing de servicios en organizaciones hospitalarias públicas, temas los cuales son discutidos en el tercero y cuarto capítulos, donde en el tercero se habla sobre la gestión de la calidad total, su importancia y su posible aplicación en los hospitales. La calidad total conlleva a un cambio en la cultura hospitalaria, y como modelo de gestión y dirección representa una vía significativa para reestructurar el papel de los trabajadores e integrarlos en las políticas de gestión que afectan a su trabajo. Facilita las líneas de comunicación entre la Dirección y los trabajadores. Significa también un cambio en el estilo de dirección y para eso la Dirección del hospital debe considerar en su gestión las sugerencias de los trabajadores y responder rápidamente a ellas.

Muchas personas mezclan el marketing con la publicidad, pero es más profundo que todo eso. A pesar de que un hospital es una empresa distinta de las otras, el marketing es más o menos lo mismo en todas las partes. Es en la comunicación, que es una variable del

¹¹ Instituto Nacional de Estadística. Departament d'Estadística. Ajuntament de Barcelona. 2001.

marketing mix o compuesto de marketing, que está la publicidad, la propaganda. Pero esta es apenas una parte del marketing y en este lo que debe prevalecer es la atención tanto para los consumidores internos como también para los externos. Esto supone conocer tanto el mercado interno como el externo, sin olvidar que el mercado son las personas. En el cuarto capítulo se destaca la importancia del marketing mix (producto, precio, distribución y comunicación), el comportamiento del consumidor y el marketing interno en los hospitales, que ven de encuentro con los recursos humanos que es tema del capítulo siguiente. Petrick y Furr¹² consideran que las empresas tienen tres tipos de recursos principales (financieros, materiales y humanos), donde “el recurso humano es el único que los competidores no pueden copiar y el único que puede dar lugar a una sinergia; es decir, producir un *output* cuyo valor total sea mayor que la suma de sus partes”¹³. Para Jaime Varo¹⁴, la importancia de la participación de los empleados, su integración en todos los niveles de actividad es fundamental para que se alcance una “cultura empresarial orientada al mercado”. Sin la colaboración de los trabajadores no es posible desarrollar un proyecto en una empresa.

No olvidando la significativa importancia del sistema de información hospitalaria, dedicamos el sexto capítulo para tratar sobre su concepto y su necesidad.

Fue dedicado un capítulo sobre la panorámica hacia el futuro con tendencias de los consumidores del futuro y el ejemplo de la reforma del Reino Unido.

La metodología está explanada en el capítulo ocho como también los objetivos e hipótesis de la investigación.

En los capítulos nueve y diez, el análisis de cada hospital investigado y el análisis de los resultados de la investigación fueron realizadas respectivamente.

Y para finalizar, el último capítulo trata de las consideraciones finales basada en el estudio teórico y empírico de la investigación con sus respectivas conclusiones.

¹² Petrick, J. A. & Furr, D. S.. (1997). Calidad Total en la Dirección de Recursos Humanos. Gestión 2000. Barcelona.

¹³ Evans, J. R. Y Lindsay, W. M. (1995). The Management Control of Quality. In Petrick, J. A. , op. cit.

¹⁴ VARO, J.. (1994). Gestión Estratégica de la Calidad en los Servicios Sanitarios. Un modelo de gestión hospitalaria. Diaz de Santos. Madrid.

OBJETIVOS DE LA TESIS

OBJETIVO GENERAL

Estudio comparativo de la gestión de los servicios hospitalarios públicos de Barcelona (España) y Fortaleza (Brasil), con un enfoque del marketing y de la calidad de la atención a los usuarios de las consultas externas.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Realizar un histórico de los sistemas de salud en los dos países investigados.
- b) Definir el papel del marketing y de la calidad de la atención en los hospitales públicos.
- c) Analizar la importancia de la calidad total como técnica de marketing en los resultados obtenidos en la pesquisa.
- d) Identificar el nivel de satisfacción y el perfil de los usuarios de los hospitales de Fortaleza y Barcelona.
- e) Investigar procesos de introducción de la calidad y del marketing en los hospitales estudiados a través de entrevistas.

CAPÍTULO 1: ANÁLISIS PROSPECTIVO DEL SISTEMA DE SALUD

CAPÍTULO 1: ANÁLISIS PROSPECTIVO DEL SISTEMA DE SALUD

1.1. MODELOS BÁSICOS DE SISTEMAS DE SALUD

El grado de intervención del Estado en los sistemas sanitarios, la cultura y el desarrollo social de los países han determinado diferencias considerables en la estructura y las políticas sanitarias.

Los procesos generales sobre los que se asientan los sistemas sanitarios son tres:

➤ *Proceso 1*

Un tercer pagador (compañía aseguradora, fondo social, Estado) asume los riesgos financieros de enfermedad de los pacientes, a cambio de contribuciones dinerarias (impuestos, primas).

➤ *Proceso 2*

El tercer pagador transfiere dinero a los proveedores de servicios asistenciales bajo diferentes formas de reembolso (por acto médico, contratos-programas, asignación de presupuestos globales).

➤ *Proceso 3*

Los proveedores de servicios asistenciales proveen estos servicios a los pacientes. En función de la situación de asegurado del paciente, la prestación de servicios podría generar un pago directo de los servicios.

A partir de ellos es clásica la división de los sistemas sanitarios en tres modelos básicos, aunque obviamente, no puede hablarse de sistemas puros.

1.1.1. Modelo del sistema nacional de salud o *Beveridge*

Este modelo se inspira en el informe “Seguridad social y servicios conexos” coordinado por Lord W.H. Beveridge en 1942, que recogía las experiencias organizativas realizadas en Suecia desde los años treinta.

Las primeras elecciones de post guerra, con victoria de los laboristas, iniciaron la implantación del Welfare State. Con él nacen en el Reino Unido los servicios sanitarios

globales a escala nacional a través del Servicio Nacional de Salud (*National Health Service - NHS*).

Cuadro 1.1.1.1: Modelo Beveridge

Modelo "Beveridge"
Reino Unido, Países nórdicos, Irlanda, España, Portugal, Grecia, Italia, Canadá
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Financiación por impuestos ✓ Control Gubernamental ✓ Presupuesto del Estado ✓ Libertad de acceso para todos ✓ Profunda implicación administrativa ✓ Identificación entre financiación y provisión

Fuente: Ernst Young Consultores. (1997). Tendencias estratégicas y herramientas de gestión sanitaria. Madrid.

En la actualidad es el modelo mayoritario (cuadro 3.1.1.1.) en los países avanzados, si bien se tiende a separar lo que es la provisión de lo que se entiende pro provisión. Su cobertura es Universal y su financiación es Pública, a través de impuestos generales. El control de medios y proveedores es Público. Las relaciones del sistema se articulan por regulaciones legales que especifican los deberes y derechos de los ciudadanos -contribuyentes y pacientes- y de los proveedores de servicios asistenciales -normalmente bajo control público-.

1.1.2. Modelo de seguridad social o *Bismark*

Su origen está en la Alemania del Canciller Bismarck, que promueve la legislación social en 1883. Estos sistemas se basan en los Principios del Seguro. La financiación es mediante cuotas obligatorias pagadas por empresas y trabajadores a unos Fondos o Cajas de Seguro Obligatorio Público *sin ánimo de lucro*. Estas cotizaciones permiten, en el futuro, beneficiarse de las prestaciones.

Sus fondos frecuentemente se organizan por categorías profesionales (cuadro 3.1.2.1.). Francia, por ejemplo, tiene tres Fondos principales: asalariados, autónomos y agricultores, además de una veintena de Fondos secundarios. Alemania cuenta con alrededor de 10 Fondos y unas 1200 estructuras descentralizadas. La gestión corre a cargo de representantes de los asegurados.

Los ciudadanos que no tienen acceso a ese tipo de Fondos, son cubiertos mediante

un sistema impositivo o se acogen a un seguro voluntario.

Cuadro 1.1.2.1.: Modelo Bismarck

Modelo “Bismarck”
Alemania, Bélgica Francia, Países Bajos, Austria, Japón
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Financiación por cuotas al trabajo -trabajadores y empresarios- ✓ Recursos financieros gestionados a través de Fondos no gubernamentales ✓ Contratos con médicos y hospitales son la herramienta básica de los Fondos para conseguir la asistencia de sus asegurados

Fuente: Ernst Young Consultores. (1997). Tendencias estratégicas y herramientas de gestión sanitaria. Madrid.

La relación entre financiadores -Fondos- y proveedores -red de asistencia- se establece mediante acuerdos contractuales fijados en negociaciones colectivas bilaterales, que incluyen el nivel de compensación por los servicios prestados y la extensión de las prestaciones. El nivel de intervención estatal es variable.

Los cuidados médicos son provistos por médicos autónomos, retribuidos por los hospitales según acto médico. La propiedad de la infraestructura y del equipamiento médico es mayoritariamente privada.

1.1.3. Modelo del seguro privado o americano

La opción del Seguro privado (cuadro 3.1.3.1.) tiene como principal exponente a los Estados Unidos de América¹.

La cobertura sanitaria se realiza a través de las compañías de seguros *con ánimo de lucro, y estructuras especializadas en la gestión actuarial de riesgo*².

La financiación se realiza de forma voluntaria por los individuos y/o cuotas de las empresas. Pacientes y proveedores de servicios sanitarios acuerdan, mediante contrato individual, la clase, extensión y precio de la asistencia sanitaria que recibirán...

No se permiten relaciones contractuales entre proveedores de servicios sanitarios - médicos y hospitales- y pagadores -compañías de seguros- para proteger los intereses del paciente.

¹ Este modelo cae fuera del consenso europeo y de la Organización Mundial de la Salud sobre principios básicos para el establecimiento de una política sanitaria.

² Como podrá imaginarse, el sistema excluye a una porción importante de la población, en torno al 18% de ella (!).

Cuadro 1.1.3.1: Modelo de Seguro Privado o Americano

Modelo “Americano”
Estados Unidos de América
<ul style="list-style-type: none"> ✓Financiación individual a través de primas de seguros privadas ✓Estructura sanitaria integrada en un a economía de libre mercado. Problemas de cobertura y equidad por exclusión de una parte de la población. ✓Sistema sanitario con enorme cualificación y equipamiento técnicos y abundantes recursos

Fuente: Ernst Young Consultores. (1997). Tendencias estratégicas y herramientas de gestión sanitaria. Madrid.

Los servicios sanitarios son prestados por médicos y hospitales privados. Los grupos de población desfavorecidos económica y socialmente reciben apoyos -insuficientes- por parte del Estado a través de planes para ancianos -Medicare- o del Plan público de ciudadanos médicos para pobres e indigentes -*Medicaid*-.

1.1.4. Situación actual en los países europeos

Los sistemas sanitarios de los países europeos tienen una problemática común que se resume en un incremento progresivo de los costes, paralelo a un incremento de la demanda de servicios sanitarios. La esperanza de vida de la población es cada vez mayor y la tasa de natalidad descende cada vez más.

La tercera edad realiza una mayor consumo de servicios sanitarios y su aportación a la financiación de los mismos es mínima. El porcentaje de cotizantes a la Seguridad social también disminuye y el resultado es la reducción de fuentes importantes de la financiación sanitaria pública.

La aparición de nuevas enfermedades requiere grandes inversiones en investigación y desarrollo de nuevos fármacos y métodos diagnósticos y de prevención.

El gasto farmacéutico alcanza proporciones e incrementos alarmantes y su control es objetivo prioritario de los gobiernos europeos. Diversas medidas se han ensayado con tal de contener el gasto. De varias maneras se ha incidido sobre la cadena de valor en la forma de introducir medicamentos genéricos, reducir los márgenes comerciales o los beneficios de los laboratorios farmacéuticos.

Esto se está complementando con una formación a profesionales y ciudadanos para un uso más racional del medicamento. También se baraja el copago de los medicamentos por parte de los usuarios.

Como agravante de esta situación, las nuevas tecnologías son muy caras y la aceleración del conocimiento tecnológico produce la obsolescencia de los equipos médicos antes de su amortización.

El gran reto en Europa consiste en frenar -al menos desacelerar- el crecimiento de costes sin afectar la cantidad o calidad objetiva y percibida de los servicios y sin afectar la equidad y universalidad de los sistemas de servicios sanitarios.

Muchos son los países europeos que, en mayor o menor medida, están inmersos en procesos de reforma cuyo objetivo es conseguir un sistema que equilibre oferta y demanda con una relación coste-calidad que contribuya a la contención del gasto sanitario.

A pesar de las grandes diferencias entre los sistemas europeos, todos se orientan a estrategias similares: la gestión sanitaria realizada con criterios empresariales, dejando atrás aquello de que “la salud no tiene precio”... Estas estrategias se traducen en la implantación de técnicas englobadas bajo la denominación de *Managed Care*³.

1.2. EL SISTEMA SANITARIO EN ESPAÑA

1.2.1. Las cifras más significativas de la sanidad en España⁴

El gasto sanitario tiene una importancia creciente en el conjunto de la economía de los países desarrollados. En España alcanza al 6,5% del PIB⁵ mientras que en los países europeos de mayor desarrollo, alcanza al 8% y en los Estados Unidos representa alrededor del 13%.

Existe actualmente un amplio consenso a nivel sectorial y de opinión pública, en la necesidad de realizar reformas en el sector, aunque exista más de un punto de vista en relación al diagnóstico y a las soluciones. Dicho consenso tiene origen en la constatación de que el gasto sanitario de ha disparado en los últimos años, pasando del 2,3% del PIB en 1970, al 3,6% en 1978, al 4,3 en 1980 y superando el 5% a inicios de los años 90. En el mismo

³ Ernst Young Consultores. (1997). Tendencias estratégicas y herramientas de gestión sanitaria. Madrid.. En los Estados Unidos las están aplicando las Health Maintenance Organizations -HMO- cuya función es dar asistencia sanitaria a sus asegurados. En Europa su aplicación comprende a las compañías de seguros privadas, que complementan la asistencia sanitaria pública.

⁴ Las siguientes apreciaciones, adoptadas por este equipo de trabajo, son realizadas por: Arthur Andersen. “La Calidad en España”. Volumen 6, Capítulo 4.

⁵ Año 1995.

período, se alcanzó la práctica universalización de la asistencia, que alcanza al 98% de la población total.

La red hospitalaria pública de España constituye probablemente el sector de servicios públicos de mayor importancia en nuestro país⁶. Según datos del INE de 1995⁷, en 1991 existía un total de 813 hospitales, 164.451 camas, con un promedio de 202,3 camas por hospital, de los que 345 hospitales (67%) y 111.201 camas (42,4%) pertenecen al Sistema Nacional de Salud u otros organismos públicos.

En relación con los países del entorno europeo, según datos de OCDE⁸ -1996-, el número de camas por habitante, 4,3, es significativamente inferior al de algunos países⁹ y sólo superior a Portugal¹⁰.

Dentro de las comunidades autónomas, las mejor situadas respecto a la cantidad de camas cada mil habitantes, son Navarra -5,6-, Cantabria -5,1- y Canarias -5,0-. Por el contrario Ceuta, Melilla y País Vasco son las más deficitarias de todo el Estado español.

El gasto en atención especializada y hospitalaria del Sistema Nacional de Salud para el conjunto del Estado en 1995 fue, según datos del Insalud, de 786.611.027 millones de pesetas, *sin contar* los gastos correspondientes a las comunidades autónomas. Esa cifra representó sólo el 60,7% del presupuesto total de 1995. En 1996 el presupuesto correspondiente a Atención Especializada significó el 23,23% del total del gasto del SNS y el 59,84% del presupuesto total del Insalud.

Según datos del INE -1995- trabajan en hospitales públicos 362.200 personas, en su mayoría personal sanitario: 60.837 médicos especialistas, 187.119 enfermeros y más de 100.000 en funciones no sanitarias (!). Aunque el incremento de plantillas entre 1980 y 1991 fue del 33%, puede decirse que, en términos generales, el crecimiento ha sido “0”, en los últimos 5 años¹¹.

⁶ Debe considerarse el número de hospitales y de camas administradas por entidades públicas, ya sean de la Administración Central, del Insalud, de las comunidades autónomas, de la Administración local o adscritos a las diputaciones provinciales.

⁷ (!)

⁸ Chew 1995. Página 131. OCDE, 1996.

⁹ Holanda: 11,4 en 1991; Alemania: 10,4 en 1990; Francia: 9,7 en 1990; Italia: 7,2 en 1990; Reino Unido: 5,3 en 1991.

¹⁰ Ernst Young Consultores. Página 213 y sgtes. “Los nuevos retos del sector público ante la unión monetaria europea” Madrid, 1997

¹¹ ERNST and YOUNG CONSULTORES, Op. Cit.,

Esta situación tiene un fuerte impacto sobre los gastos del Estado, ya que aproximadamente el 80% del gasto sanitario en España está financiado con fondos Públicos, al igual que en otros países europeos¹².

Por otra parte, el crecimiento descontrolado del gasto sanitario público también tiene su origen en factores ajenos al sector, puesto que está sometido a la presión y a los acuerdos o alianzas entre agentes sociales y/o políticos. El sistema de financiación actual sufre serias carencias.

Los importantes desfases presupuestarios y financieros que los diferentes servicios de salud vienen padeciendo en los últimos años, están dando lugar a un proceso de negociación de la deuda sanitaria entre el gobierno central y las diferentes comunidades autónomas.

Por si esto fuera poco, a pesar del creciente gasto sanitario, el nivel de satisfacción de los ciudadanos -clientes- es bajo.

1.2.2. Gestión hospitalaria por autonomías

Galicia, Navarra, País Vasco, Cataluña, Andalucía, Valencia y Canarias tienen competencias sanitarias transferidas.

En algunas de estas Comunidades autónomas ya se han empezado a aplicar algunas técnicas de la nueva gestión hospitalaria, basadas en el modelo *Managed Care*.

En Cataluña y País Vasco se han introducido modelos que separan las funciones de financiación y provisión de los servicios hospitalarios. Esta medida tiende a generalizarse en toda España, al igual que ocurrió en la mayoría de los países europeos.

Las nuevas técnicas de gestión hospitalaria incluyen: autonomía para contratar los proveedores de servicios y autonomía para determinar la retribución del personal¹³.

Se ha implantado la gestión por contratos, mediante modelos mixtos donde las alianzas entre proveedores y compradores, con objetivos comunes, comparten riesgos y resultados.

Estos contratos programas incluyen un plan de gestión en el que se establecen los objetivos a cumplir dentro de una determinada asignación presupuestaria. Incluyen también la negociación, en los distintos niveles de la organización, de los objetivos asistenciales a

¹² La presión sobre fondos público es mucho menos en los Estados Unidos, donde sólo alcanza al 40% del gasto sanitario.

¹³ Estas medidas tienen algunos detractores, que consideran que queda desprotegido el personal sanitario, puesto que aparecen los contratos temporales y la flexibilización de los vínculos laborales presiona las retribuciones a la baja.

cumplir y la gestión de los recursos que se les han asignado¹⁴. Por último, debe asumirse el efectivo cumplimiento de los compromisos establecidos.

En general se ha conseguido mejorar el servicio a los pacientes y utilizar mejor los recursos identificando un presupuesto para cada actividad.

El principal avance que suponen estos contratos-programas es el control del gasto y el proporcionar una oferta sanitaria más equilibrada, cumpliendo, a la vez, con los compromisos asumidos.

A nivel estatal, podemos también una breve reseña de la regulación actual. La Ley General de Sanidad de 1986 y el Real Decreto 521/87 constituían hasta hace muy poco tiempo, el marco legal en el que se desarrollaba la actividad asistencial y la gestión de los hospitales públicos en España¹⁵.

Más recientemente, la definición de un área de salud en la que se incluye cada núcleo poblacional y la asignación de un hospital general de referencia, ha sido el hecho más diferencial de los últimos tiempos.

La organización divisional de hospitales establecida en el RD 521/87 -que estableció la figura del gerente de hospital- otorgó gran protagonismo a las direcciones de Enfermería y de Gestión y a las direcciones clínicas. Por lo mismo, generó cierta inquietud en el colectivo médico, que vio reducida su participación en la toma de decisiones en los hospitales.

La introducción de nuevas herramientas de gestión en los hospitales, la necesidad de adoptar el concepto de eficiencia sin afectar la calidad del servicio, contribuyó a aceptar la necesidad de realizar esos cambios modificados recientemente, en la gestión: profesionalización de los gestores hospitalarios, evaluación en función de resultados, concienciación del coste de la asistencia, participación en la toma de decisiones. Se ha pasado de un modelo “administrado” a un modelo “gestionado”.

El marco legal se ha visto modificado recientemente mediante el RD-Ley 10/96, aprobado por mayoría casi absoluta como Ley 15/97. Este posibilita nuevas fórmulas organizativas y de gestión en los hospitales públicos -manteniendo su titularidad- profundizando en la adopción de fórmulas y técnicas procedentes del sector empresarial privado. De esta manera se pretende afrontar con mayor éxito las principales e históricas rigideces del sistema sanitario español en diversos aspectos: contratación de equipamientos,

¹⁴ En esta negociación intervienen la Dirección General del Insalud, las direcciones provinciales y los centros de gerencia de atención primaria y especializada.

¹⁵ Debe decirse que el progresivo desarrollo de las competencias autonómicas condujo a transferencias sanitarias a Catalunya, Andalucía, País vasco, Navarra, Galicia y Valencia, lo que propició la aparición de normativas propias de cada comunidad, tales como leyes de ordenación hospitalaria y de acreditación de hospitales, como es el caso catalán.

personal “funcionarizado”, inexistencia de incentivos ligados a resultados, inexistencia de carrera profesional, etcétera.

1.2.3. El actual sistema de salud en Cataluña

Para comprender el cambio de filosofía que se está imponiendo actualmente en la gestión hospitalaria tenemos que comprender antes cuál es la estructura organizativa y demás aspectos de la sanidad en el ámbito en que nos movemos. Por mucho que nos empeñemos, no podemos todavía tratar a los hospitales como el resto de las empresas. El conjunto de hospitales de Cataluña, incluso siendo privados, está en muchos casos ligados a contratos de cesión con el Servei Català de la Salut, que es en definitiva un organismo público. Por tanto, al hablar de hospitales, no podemos dejar de reconocer la esfera pública sobre la cual se mueven.

Para comprender el ámbito hospitalario, tenemos que explicar brevemente cuál es el marco en que se encuadra.

El actual sistema sanitario catalán tiene su origen en 1981 con la transferencia de la gestión sanitaria a Cataluña. Esta región fue la primera en toda España en adquirir la competencia en materia de sanidad. Seguidamente, se creó en 1983 l’Institut Català de la Salut (ICS) como entidad gestora del sistema sanitario de Cataluña. Los años siguientes se pone en marcha lo que se conoce actualmente como la Xarxa Hospitalaria d’Utilització Pública (XHUP). Paralelamente se inició el proceso de reforma de la atención primaria. En 1986, la Ley general de sanidad reconoce el derecho universal de acceso a la sanidad pública en Cataluña, acabando el proceso del modelo sanitario definitivamente en 1990 con la creación del Servei Català de la Salut¹⁶.

En diciembre de 1994, se firmó entre la Generalitat de Catalunya y la Administración del Estado un acuerdo vigente para el período 1994-1997. Este acuerdo permite participar a las Comunidades autónomas en los presupuestos del Insalud en la proporción de la cobertura ofrecida por los respectivos sistemas sanitarios. No obstante, no cabe confundir este acuerdo con un nuevo sistema de financiación sanitaria¹⁷.

En este sentido, el objetivo fijado para el período 1994-1997 es el de mantener la proporción de los gastos sanitarios en el PIB. Está claro el cambio de cultura que ello supone,

¹⁶ MEMORIA DEL DEPARTAMENT DE SANITAT I SEGURETAT SOCIAL 1994, Generalitat de Catalunya, 1996.

¹⁷ MEMORIA DE L DEPARTAMENT DE SANITAT I SEGURETAT SOCIAL 1994, op. cit..

ya que en los años anteriores se habían establecido aumentos sistemáticos de esta proporción entre uno y dos puntos. Esto nos hace pensar en los grandes retos que supone un objetivo como el citado, teniendo en cuenta factores como el envejecimiento de la población, aparición de nuevas tecnologías, aparición de nuevas enfermedades, etc¹⁸.

Hemos hecho referencia de forma sintética a la evolución histórica del sistema de la sanidad en Cataluña desde que se produjo el traspaso de la competencia en dicho ámbito. Sin embargo, resulta también interesante poder aclarar cuál es la estructura organizativa del sistema sanitario, los entes que lo gestionan y sus presupuestos.

El actual sistema de salud en Cataluña tiene su baza principal en el Departament de Sanitat i Seguretat Social. Este departamento, se divide en tres entes públicos esenciales para comprender el sistema sanitario¹⁹:

- Institut Català de la Salut.
- Servei Català de la Salut.
- Institut d'Estudis de la Salut.

El presupuesto consolidado para el conjunto de todo el departamento y los tres entes que lo componen fue en 1994 de 535.853.672.360 según la Memòria Anual del Departament de Sanitat i Seguretat Social de 1994 y publicada en 1996. El anexo 3.2.3.1 muestra el presupuesto destinado a sanidad y su distribución. Dado que existen transferencias internas, las tenemos que deducir para hallar el citado presupuesto consolidado²⁰.

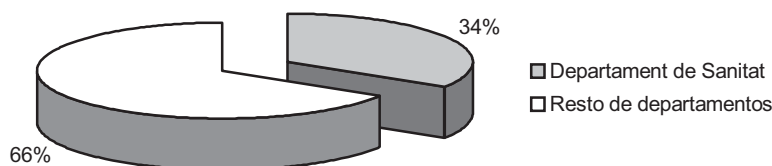
Estas cifras quizás no resulten significativas por sí solas si no son comparadas con los presupuestos de otros departamentos. La figura siguiente muestra la distribución total del presupuesto entre el Departament de Sanitat i Seguretat Social y el resto de departamentos, donde se observa en la figura 3.2.3.1. la capacidad de absorción de recursos por el ámbito de la sanidad (34%).

¹⁸ VARO, JOAQUÍN, op.cit.

¹⁹ MEMORIA DEL DEPARTAMENT DE SANITAT I SEGURETAT SOCIAL 1994, Op. Cit..

²⁰ MEMORIA ANUAL DEL DEPARTAMENT DE SANITAT I SEGURETAT SOCIAL 1994, Op. Cit.

Figura 1.2.3.1.: Distribución del presupuesto de la Generalitat para 1994



Fuente: Memòria del Departament de Sanitat i Seguretat Social.

Además, destacamos la preponderancia de los gastos corrientes sobre los gastos de capital y de índole financiera, como se indica en el cuadro 1.2.3.1.

Cuadro 1.2.3.1.: Distribución del presupuesto por categoría de operaciones y entidades

	Departament de Sanitat	Institut d'Estudis de la Salut	Servei Català de la Salut	Institut Català de la Salut	Total consolidado
Operaciones corrientes	7.210.076.228	565.875.534	307.536.656.000	197.465.574.000	512.778.181.762
Operaciones de capital	1.362.504.248	29.590.350	18.818.142.000	2.000.000.000	22.210.236.598
Operaciones financieras	7.001.000	2.250.000	671.003.000	185.000.000	865.254.000
Total general	8.579.581.476	597.715.884	327.025.801.000	199.650.574.000	535.853.672.360

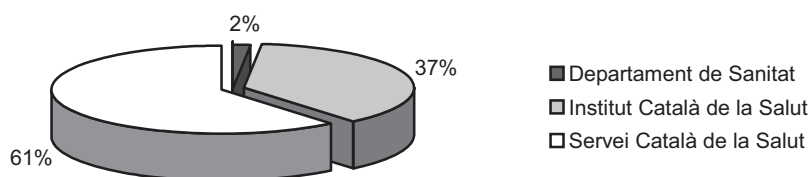
Fuente: Memòria del Departament de Sanitat i Seguretat Social²¹.

Los gastos corrientes consolidados suponen un 95,69%, los gastos de capital el 4,14% y los gastos por operaciones financieras el 0,16%.

En cuanto la distribución porcentual entre los diferentes entes sanitarios, podemos expresar los resultados en la siguiente figura 1.2.3.2.

²¹ MEMORIA ANUAL DEL DEPARTAMENT DE SANITAT I SEGURETAT SOCIAL 1994, Op. Cit..

Figura 1.2.3.2.: Distribución del presupuesto de Sanidad de 1994



Fuente: Memòria del Departament de Sanitat i Seguretat Social²².

Como resultado de todo eso, los costes de la asistencia sanitaria, como porcentaje del PIB, pasaron del 3% (final de los años 60) al 9 ó 10% (final de los años 80) en varios países de Europa occidental²³. En este sentido, también Gasòliba²⁴ nos ofrece datos interesantes. Establece que el sector sanitario es el sector público más importante de Europa, representando más de un 7% del Producto Nacional Bruto. Además, la demanda de los europeos y sus expectativas aumentan año tras año.

Como ya se comentó en líneas anteriores, el objetivo del presupuesto en el período 1994-1997 supone un cambio de tendencia, en el sentido de que se pretende mantener una proporción constante sobre el PIB. Sin embargo, los gastos totales de sanidad experimentan un continuo crecimiento, lo cual se refleja en el cuadro 1.2.3.2.

Cuadro 1.2.3.2.: Presupuesto destinado a sanidad en Cataluña

Año	Presupuesto (miles de MPTA)	Tasa de crecimiento	Índice base 1991
1991	391,3	-	100
1992	446,6	14,13%	114,13
1993	500,6	10,09%	127,77
1994	535,8	7,03%	136,92

Fuente: Memòria Anual del Departament de Sanitat i Seguretat Social.

²² MEMORIA ANUAL DEL DEPARTAMENT DE SANITAT I SEGURETAT SOCIAL 1994, Op. Cit..

²³ DE GOOJIER, Winfried. (1995). ¿De dónde venimos?, ¿A dónde vamos?, ¿Qué tenemos?, ¿Qué necesitamos?. Revista Gestión Hospitalaria, nº3.

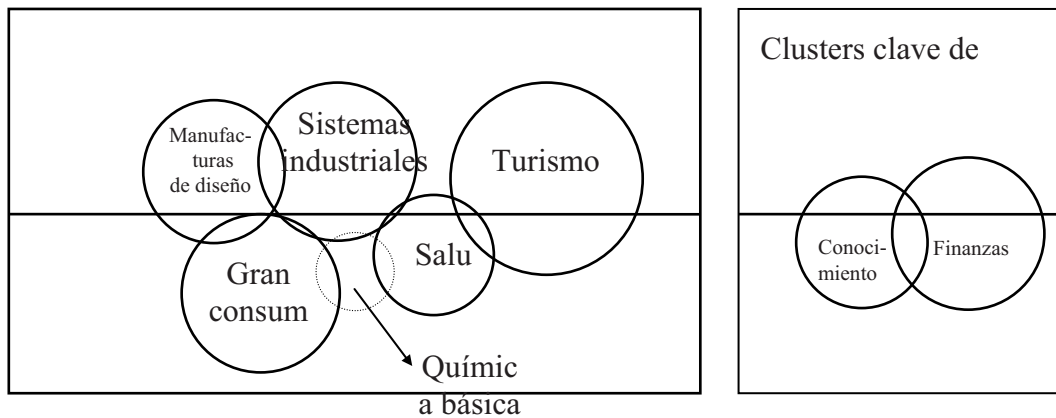
²⁴ GASÓLIBA i BÖHM, C. A.. (1992). Qüestió de Fons. Fulls Economics 14, abril/juny, p. 8-14.

A partir de las cifras absolutas que nos ofrecía la memoria del departamento, hemos calculado las tasas de crecimiento y el índice con base 100 en 1991. Esto nos ha permitido contrastar que si bien el crecimiento interanual es obvio, se refleja una clara tendencia a la baja de la tasa de crecimiento. Si comparamos el índice de 1994 con el del 1991, vemos que en cuestión de tres años, el presupuesto ha aumentado un 36,92%. Esta cifra, lejos de ser insignificante, deberíamos corregirla por la inflación, puesto que la fuente consultada nos proporciona los valores económicos en términos nominales.

En vistas de los datos anteriores se puede deducir la importancia que tiene el sector de la sanidad respecto a otros sectores a efectos de reparto del presupuesto. Sin embargo no es la única prueba evidente que tenemos para mostrar la importancia de este sector. Podemos exponer algún estudio que demuestre la importancia del sector hospitalario, y que sirva de apoyo justificativo de la elección de este tema como objeto de estudio.

En este sentido, podemos citar un estudio que fue realizado por la firma consultora Monitor Company, y que contó con la colaboración de profesores de IESE. El objetivo del estudio era identificar los sectores estratégicos de Cataluña de cara al futuro. Los sectores estratégicos que se pudieron identificar son los que vienen reflejados en la figura 1.2.3.3.²⁵.

Figura 1.2.3.3.: Sectores Estratégicos de Cataluña



Fuente: Fulls Econòmics, nº23, julio/septiembre de 1994

En la figura 1.2.3.3. (izquierda) se observan los sectores que conforman los denominados *sectores estratégicos*, y que hemos representado mediante círculos. Podemos hacer en este sentido una descripción de los resultados obtenidos. El tamaño del círculo viene a determinar la importancia relativa de cada uno de estos sectores estratégicos. Así, observamos que el sector con mayor potencial competitivo de futuro es el turismo, seguido

²⁵ FUULS ECONÒMICS, nº 23, Julio/septiembre de 1994, p. 15.

del sector de gran consumo y de los sistemas industriales, ambos con una importancia relativa muy parecida. Lo que más nos interesa destacar es que el sector de la salud es identificado por sí solo como un sector estratégico de futuro para Cataluña²⁶.

Esta consideración debemos tenerla en cuenta para resaltar que nuestro estudio versa sobre uno de los cinco sectores estratégicos. En este sentido, cabe destacar también que el sector de la química básica tiene tendencia a desaparecer como sector estratégico, tal y como lo hemos intentado señalar en la figura 1.2.3.3..

Por otra parte, tenemos a la derecha los denominados *sectores de soporte*, que son concretamente dos: conocimiento y finanzas. Estos sectores servirán de apoyo a los sectores estratégicos antes definidos y entre los cuales se haya el sector de la salud²⁷.

En este sentido, también Gasòliba²⁸ nos ofrece datos interesantes. Establece que el sector sanitario es el sector público más importante de Europa, representando más de un 7% del Producto Nacional Bruto. Además, la demanda de los europeos y sus expectativas aumentan año tras año.

Este estudio puso énfasis también en el análisis de la estructura de este sector, su estrategia, demanda, oferta e industrias relacionadas y de soporte. Para ello se utilizó lo que se conoce como esquema de diamante (figura 1.2.3.4.), y que reproducimos en la figura anterior. Para cada una de estas rúbricas el estudio establece los puntos fuertes y los puntos débiles como se observan en la citada figura. Por tanto, las medidas o recomendaciones que resultaron del estudio fue la mejora de los puntos débiles, con el fin de aprovechar los máximos beneficios que se pueden derivar de un sector tan importante como el sanitario²⁹.

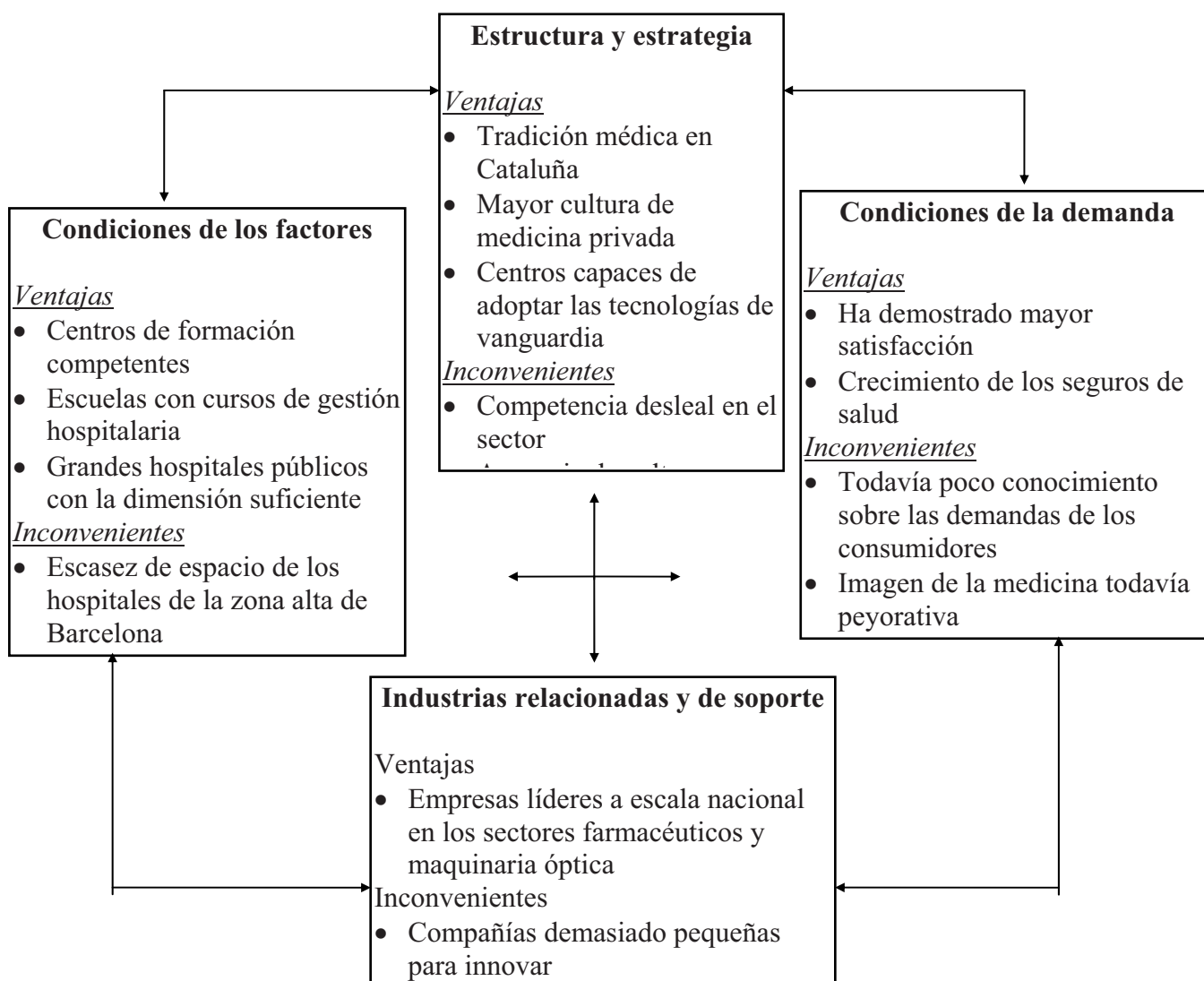
²⁶ FULLS ECONÒMICS, n°23, Op. Cit., p. 15.

²⁷ FULLS ECONÒMICS, n° 23, julio/septiembre de 1994, p. 15.

²⁸ GASÒLIBA, CARLES A., El sector de la sanitat i Maastricht, Fulls econòmics, n° 14, abril/junio de 1992.

²⁹ FULLS ECONÒMICS, n°23, julio/septiembre de 1994, p. 13.

Figura 1.2.3.4.: El Diamante de la Competitividad del Sector de la Salud en Cataluña



Fuente: Fulls Econòmics, nº 23, julio/septiembre de 1994

Entrevista a Eduard Rius, Conseller de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat de Catalunya

1. ¿Cuales son los planes para la legislación que empieza?

Revitalizar al máximo los recursos disponibles. Tenemos en cartera un buen número de proyectos que incidirán de pleno en la calidad y diversidad de la atención sanitaria que reciban los ciudadanos de Cataluña. Concretamente destaca lo siguiente:

- Transformación del Institut Cántala de Salut (ISC).
- Creación de la Agencia de Salud Pública de Cataluña.

- Nueva edición del Plan de Salud de Cataluña.

Se pretende que el ICS se dote de los instrumentos que le hagan más ágil, eficiente y competitivo, con respecto al resto de proveedores de salud pública.

La nueva Agencia de Salud Pública significará la reordenación del ámbito de la protección de la salud y la vigilancia epidemiológica, integrando médicos, veterinarios y farmacéuticos titulares en el cometido común de velar por la salud de los ciudadanos.

En cuanto el Plan de Salud de Cataluña, se incorporarán aspectos de calidad de vida, conceptos de bioética y la aportación decisiva de los profesionales de la sanidad, a partir de una encuesta específica.

2. ¿Qué políticas ministeriales son las más urgentes para facilitar la gestión autonómica de la sanidad?

En primer lugar: la aceptación de que la cifra oficialmente admitida como escenario de partida está infravalorada en unos 100-150 mil millones de pesetas.

En segundo lugar: Las medidas de ajuste y racionalización del gasto sanitario no se corresponden con la realidad.

En definitiva, es necesario repartir presupuestos reales que cubran el gasto actual y se deben abrir nuevas fórmulas de financiación que se basen en el estudio de nuevas vías de ingresos, en la no penalización de coberturas alternativas y en la potenciación complementarias.

3. ¿Cuáles son los puntos fuertes y los débiles de la sanidad pública en Cataluña?

Gozamos de un modelo sanitario con financiación pública, gratuito, de acceso universal y equitativo, y con muchas prestaciones.

Las entidades privadas y benéfico-privadas, que coexisten con las públicas, han aportado una de las características más definitorias: su diversidad y su gran capacidad de adaptación.

Entre los puntos débiles que hay que mejorar se encuentran básicamente:

- El problema de la financiación.
- Encontrar mejores soluciones para temas asistenciales de gran importancia, como el

colapso de las urgencias hospitalarias y las listas de espera.

- Es necesario motivar e incentivar a los profesionales sanitarios para incrementar su participación en la toma de decisiones y en la gestión.

4. ¿Cuál es el futuro previsible del sistema sanitario catalán?

La prioridad del sistema debe continuar siendo garantizar las prestaciones sanitarias básicas a la población, sin renunciar lo más mínimo a los logros obtenidos en materia de universalización y equidad de la asistencia.

Ahora el reto se sitúa en el grado de satisfacción de los usuarios, lo cual significa que a la vez que ofrecemos un alto nivel técnico y médico, debemos también mejorar los aspectos de confortabilidad, individualizar el trato y la acogida y simplificar los trámites arduos y burocráticos.

5. ¿Cuáles son las principales diferencias entre el modelo sanitario catalán y el propugnado por el Partido Popular?

Nuestro modelo funciona con ciertas dificultades, y el modelo propugnado por el Partido Popular, sin haberse solucionado actualmente el problema de la financiación, no es viable.

También es necesario impulsar la transformación de las estructuras más burocratizadas, para adaptarlas al nuevo entorno.

Todos los países de nuestro entorno han evolucionado hacia la separación de las funciones de financiación y de la provisión de servicios.

Teniendo en cuenta que estamos obligados a reducir el déficit público por requisitos de la Unión Europea, ello nos obliga a todas las fuerzas políticas y económicas, a encontrar nuevas formas y modelos creativos que sean viables.

1.3. EL SISTEMA SANITARIO EN BRASIL

1.3.1. Breve histórico del sistema sanitario en Brasil

El Sistema Sanitario en Brasil sufrió diversas mudanzas durante todos estos años, en el cuadro 1.3.1.1. enseñamos algunas etapas que fueron fundamentales para todo ese proceso hasta llegar al proceso histórico que fue la construcción del SUS (Sistema Único de Salud).

Cuadro 1.3.1.1.: Resumen Histórico del Sistema Sanitario Brasileño

Periodo	Acontecimiento
1923 – 1930: nacimiento de la Previdencia Social en Brasil	<ul style="list-style-type: none"> - Preocupación con las cuestiones trabajadoras - Ley Eloy Chaves - CAPs (Caixas de Aposentadoria e Pensões) – Organizadas por empresas; beneficios pecuniarios y servicios de salud para su empleados. - Atribución fundamental del sistema: asistencia médica. Elevado padrón de despido. - Modelo Sanitarista camañista – Reforma Carlos Chagas; con inspiración militar, concentración de decisiones y estilo represor de intervenciones sobre los cuerpos individuales y sociales.
1930 – 1945: las propuestas de contención de gastos y el surgimiento de las acciones centralizadas en la Salud Pública	<ul style="list-style-type: none"> - Era “Vargas” – Presidente Getúlio Vargas. - Periodo populista – preocupación con el nuevo operario urbano y acción sindical corporativa. - Creación del Ministerio del Trabajo. - Creación de los Institutos de Jubilación y Pensiones (<i>Institutos de Aposentadoria e Pensões</i>) – IAPs – organizados por categorías profesionales, con administración indicada por el Presidente de la República (Getúlio Vargas). - Participación del Gobierno en la financiación y la administración de los Institutos, pero con una preocupación mayor con las reserva financieras que con la ampliación de la prestación de servicios. - Auge del sanitarismo campanista: Servicio Nacional de Fiebre Amarilla, Servicio de Malaria del Nordeste, Servicio de Malaria de la <i>Baixada Fulminense</i> (Rio de Janeiro), Servicio Especial de Salud Pública (SESP).
1945 – 1966: la crisis del régimen de capitalización y el nacimiento del sanitarismo desarrollista	<ul style="list-style-type: none"> - Fin del Estado Nuevo (Era Vargas) y redemocratización del País. - Periodo desarrollista – Presidente Juscelino Kubitchek* ; solución de los problemas sociales, pero más en los desarrollos que en las políticas sociales; entrada de dinero extranjero. - Golpe de Estado de 1964: autoritarismo; cerramiento de los canales de participación a los trabajadores; crecimiento de los gastos, disminución de los saldos, escasez de las reservas y déficit presupuestario con relación a la previdencia; fusión de los IAPs y creación del INPS (Instituto Nacional de Seguridad Social), pérdida de la representatividad de los trabajadores en la

* Presidente que creó la Capital de Brasil (Brasilia)

	<p>gestión del sistema; aumento de la demanda de por los servicios de salud; convivencia de los servicios propios de INPS con el sector privado y consorciado.</p> <ul style="list-style-type: none"> - LOPS (Ley Orgánica de la Seguridad Social) - Creación de la Comisión de Planteamiento y Controle de las actividades médico-sanitarias. - II Conferencia Nacional de Salud: propuesta de descentralización y municipalización de la salud.
1966 – 1973: estimulación de la crisis y la privatización de la Asistencia Médica	<ul style="list-style-type: none"> - Énfasis a la atención individual, asistencialista y especializada en detrimento a las medidas de salud pública. - El INPS da prioridad la contratación de servicios de terceros, la porcentaje de estos servicios llega a 90% de los gastos; construcción/reforma de innumerables clínicas y hospitales privados financiados por la Previdencia Social; organización y complementación de la política de los consorcios entre el INPS y los hospitales, clínicas y empresas de prestación de servicios médicos, mientras que se destinaban muy pocos recursos a los servicios públicos; creación de una nueva modalidad de atendimento, la medicina de grupo. - Surgimiento y rápido crecimiento de un sector empresarial de servicios médicos: valoración del lucro y no de la salud y cura. - Ministerio de Salud vaciado en sus competencias e las actividades dispersas en varios ministerios.
1974 – 1979: crisis, reforma y consolidación de la red privada en salud	<ul style="list-style-type: none"> - Creación del Ministerio de la Seguridad y Asistencia Social (MPAS) y el Fondo de Apoyo al Desarrollo Social (FAS). - II Plan Nacional de Desarrollo: separación de las acciones de salud colectiva y atención médica; institucionalización del modelo médico asistencial privatista. - Creación del DATAPREV (Empresa de Procesamiento de Datos de la Seguridad Social). - Plan de Pronta Acción (PPA). - SINPAS (Sistema Nacional de Previdencia Social). - Creación del INAMPS (Instituto Nacional de Asistencia Médica de la Seguridad Social) y IAPAS (Instituto de Recogimiento de la Seguridad Social). - Conferencia de Alma Ata - PIASS (Plan de Interiorización de las acciones de Salud y Saneamiento). - CEBES (Centro Brasileño de Estudios en Salud). - ABRASCO (Asociación Brasileña de Especialización en salud Colectiva).
Década de 1980: eclosión de la crisis estructural y la consolidación de las propuestas reformadoras	<ul style="list-style-type: none"> - Periodo de eclosión de las tres crisis: ideológica, financiera y político-administrativa. - PREV-SAÚDE (seguridad y salud) - CONASP (Consejo Consultivo de la Administración de Salud de Seguridad) - AIS - VIII Conferencia Nacional de Salud: discusión de la reforma sanitaria brasileña. - Instalación de la Asamblea Nacional Constituyente. - Creación en el año 1987 del SUDS (Sistema Unificado y Descentralizado de Salud): unificación institucional de los servicios de salud. - Sancionada la Constitución Brasileña (1988). - Creación del SUS (Sistema Único de Salud).

Fuente: Cunha, J. P. P. & Cunha, R. E. *Sistema Único de Saúde: princípios*. Cadernos de Saúde. Cooperativa Editora e de Cultura Médica Ltda: Belo Horizonte, 1988, p. 12-26.

El período de 23 a 30 fue marcado por el nacimiento de la seguridad social en Brasil, donde hubo un proceso de postura liberal del Estado frente a la problemática trabajadora y social, por lo tanto, en un contexto político y social más amplio. Este cambio ocurrió con la contradicción entre la posición liberal del Estado frente a las cuestiones trabajadoras y sociales y un movimiento operario sindical que asumía una creciente importancia y se posicionaba contra tal postura. La década de 20 esta caracterizada por la organización de servicios propios de salud y el elevado padrón de gastos, donde surgen las Cajas de Jubilación y Pensiones (CAP's), entidades organizadas por empresas, que después fueron sustituidas en la década 30 por los Institutos de Jubilación y Pensiones (IAP's), este ultimo organizados por categorías profesionales³⁰.

Este periodo viene marcado también por el surgimiento de las 'campañas sanitarias', que era basada en el combate a las enfermedades de masa con fuerte concentración de decisiones y con estilo represivo.

Ya el periodo 30/45 se destacan las propuestas de contención de gastos y el surgimiento de las acciones centralizadas de salud pública. Es una época marcada por una profunda crisis con huelgas y manifestaciones, con la preocupación por parte del gobierno de buscar aliados, donde intentaba ampliar su base de apoyo, incluyendo las clases trabajadoras urbanas, y colocaba en evidencia el tema de la Seguridad Social. En el mismo periodo fue creado el Ministerio del Trabajo. Hubo profundas mudanzas con relación a la Seguridad Social en lo que se refiere a la organización, o sea, la creación de los IAP's que eran bastante dependientes del gobierno, no obstante había una ampliación de la Seguridad con la incorporación de nuevas categorías que no estaban incluidas en los CAP's. Como también mudanzas en su concepción, donde la Seguridad es claramente definida como seguro, privilegiando los beneficios y reduciendo la prestación de servicios de salud. Con relación a las acciones de salud colectiva es una época del auge de las campañas sanitarias, donde en el año de 1937 fue creado el primero órgano de salud de dimensión nacional, el Servicio Nacional de Fiebre Amarilla, el año 39, el Servicio de Malaria del Nordeste y el 40 el Servicio de Malaria de la Baixada Fulmínense.

Los años de 1945 a 1966 se nota la crisis del Régimen de Capitalización y el nacimiento del Desarrollo Sanitario. Este momento se divide en dos fases desde el punto de vista de la conjuntura política: la primera con el fin del Estado Nuevo, del Presidente de Brasil en la época, Getulio Vargas, surgiendo la redemocratización del País y con el gobierno

³⁰ ANDRADE, L. O. M., Pontes, R. J. S. y Martins Junior, T.. *A descentralização no marco da Reforma Sanitária no Brasil*. Revista Panamericana de Salud Publica, vol. 8 nº ½, julio agosto, 2000, p. 85-91.

del Presidente Juscelino la visión que la solución de los problemas sociales pasaba más por el desarrollo del país que por las políticas sociales; y la segunda, inaugurada con el golpe de estado de 1964, donde se establece la ruptura con los gobiernos democráticos anteriores. El régimen instalado tiene como característica el autoritarismo, sin la participación de los trabajadores y un discurso de racionalidad técnica y administrativa que repercutió en las acciones de la seguridad y salud. La Ley Orgánica de la Seguridad Social (LOPS), creada en el año de 1960, uniformiza los derechos de los asegurados de distintos institutos, agravando las crecientes dificultades financieras de la seguridad en este periodo. Esta Ley es un marco de la derrota del modelo contencioso de gastos, característica del período anterior. En el año de 1966 se creó el Instituto Nacional de Seguridad Social (INPS) con la fusión de los IAP's, el cual marca la pérdida de representatividad de los trabajadores en la gestión del sistema.

En el periodo de 1966 hasta 1973 ocurrió la incitación de la crisis y la privatización de la asistencia médica. Marcado por el creciente papel del Estado como regulador de la sociedad y por el alejamiento de los trabajadores del proceso político junto a una política de compresión salarial consecuencia del modelo de acumulación adoptado. En nombre de la racionalidad administrativa, el INPS da prioridad a la contratación de servicios de terceros, en detrimento de los servicios propios, desde el 1969 hasta el 1975 el porcentaje de los servicios comprados de terceros representó casi de 90% de las despesas del INPS. Esto posibilitó el sobregano por parte de los servicios contratados, con perjuicio del atendimento médico prestado y arriesgando el sistema financiero de la institución. Estos servicios utilizaban los expedientes de multiplicación y desdoblamiento de los actos médicos, preferencia por ingresos en hospitales más caros, énfasis en los servicios de cirugía, además de la baja calidad del personal técnico y de los equipamientos utilizados. Surgió entonces la medicina de grupo, que era responsable por la atención médica de sus empleados.

La crisis, la reforma y la consolidación de la red privada en salud fueron marcos del periodo de 1974 hasta 1979. El Ministerio de la Seguridad y Asistencia Social (MPAS) surge en el año de 1974, significando el fortalecimiento de las acciones de seguridad en el interior del aparato estatal. Fue creado también el Fondo de Apoyo al Desarrollo Social (FAS), donde proporcionó la remodelación y la ampliación de los hospitales de la red privada, a través de préstamos con juros subsidiados, con consecuencia de un aumento de 500% del número de camas hospitalarias privadas en el periodo de 69/84. La falta de control sobre los servicios contratados creó condiciones para que la corrupción alcanzara en 1974 niveles que

amenazaban el equilibrio financiero de la seguridad. Para combatir la crisis fueron criados mecanismos de control tales como la DATAPREV (Empresa de Procesamiento de Datos de la Seguridad Social), ampliación de los consorcios (sindicatos, universidades, ayuntamiento, gobiernos estatales, y otros), y la normalización y creación de nuevos mecanismos institucionales de relación público-privado y entre las esferas de gobierno (el PPA - Plano de Pronta Acción, con objetivo de desburocratizar el atendimento de los casos de emergencia, iniciando su universalización con el objetivo de distorsiones del modelo vigente; y el Sistema Nacional de Seguridad Social – SINPAS, con el objetivo de disciplinar la concesión y manutención de beneficios y prestación de servicios, los costos de las actividades y programas, la gestión administrativa, financiera y patrimonial de la seguridad). Se nota una influencia de las propuestas internacionales de cuidados primarios en salud resultante de la Conferencia de Alma-Ata (con la meta: salud para todos en el año 2000) en las acciones de salud colectiva brasileña. Fueron criados también el Instituto Nacional de la Asistencia Médica de la Seguridad Social (INAMPS) y el Instituto de Recogimiento de la Seguridad Social (IAPAS). Mientras, en todo el país surgen movimientos de profesionales de salud, donde fueron criados el Centro Brasileño de Estudios en Salud (CEBES) y la Asociación Brasileña de Pos-Grado en Salud Colectiva (ABRASCO), y ocurren los primeros encuentros de secretarios municipales de salud, que pueden ser definido como el inicio del movimiento contra-hegemónico que en la década de 80 iba a configurarse como el proyecto de la Reforma Sanitaria Brasileña.

La década de 80 esta marcada con la eclosión de la crisis estructural y la consolidación de las propuestas reformadoras. Oliveira y Teixeira³¹ definen los años 80/83 como el período de eclosión de tres crisis: la ideológica, la financiera, y la político-institucional. La primera se refiere a la necesidad de reestructuración y ampliación de los servicios de salud, la segunda por cuenta del creciente déficit desde 1980, y la última estaba marcada por la creación del Consejo Consultivo de la Administración de salud de Seguridad (CONASP), que estaba compuesto por representantes de diferentes ministerios, por la sociedad civil y prestadores de servicios de salud contratados/conveniados con propuestas de jerárquicas, regionalización, descentralización, integración de los servicios, etc..

En el año 1986 se realizó en Brasilia (Distrito Federal de Brasil) la VIII Conferencia Nacional de Salud (CNS), que contó con amplia participación de trabajadores, gobierno, usuarios y parte de los prestadores de servicios de salud, donde hubo un consenso de que para

³¹ TEIXEIRA, S. M. F. & Oliveira, J. A. A.. *Previdência Social: 60 anos de história da Previdência no Brasil*. Petrópolis: Vozes/ABRASCO, 1976.. 24

el sector de la salud en Brasil no era suficiente una simple reforma administrativa y financiera, pero sí un cambio en toda la estructura jurídica-institucional vigente, que contemplara la ampliación del concepto de salud según los preceptos de la reforma sanitaria. El documento producido en esta Conferencia sirvió de referencia para los constituyentes que elaboraron la Constitución Federal de 1988³². Durante el proceso de elaboración de la Constitución Federal, otra iniciativa de reformulación de sistema fue implementada, el Sistema Unificado y Descentralizado de Salud (SUDS), idealizado en cuanto a estrategia de transición hacia el Sistema Único de Salud (SUS), puesto que proponía la transferencia de los servicios del INAMPS para los estados y municipios. En el año 1988, la Constitución Federal aprobó la creación del SUS, reconociendo la salud como un derecho a ser garantizado por el Estado y pautado por los principios de la universalidad, equidad, integridad y organizado de manera descentralizada, jerárquica y con participación popular.

En el inicio de la década de 90 se observa que todo el proceso de reglamentación del SUS ya pasa a contar no apenas con los actores del movimiento sanitario, como también con los Secretarios Municipales de Salud y los Secretarios Estaduales de Salud, liderados respectivamente por el Consejo Nacional de Secretarios Municipales de Salud (CONASEMS) y el Consejo Nacional de Secretarios de Salud (CONASS). Con la continuidad de este movimiento tuvo inicio el proceso de pacto infraconstitucional, donde fue publicada la llamada Ley Orgánica de la Salud Brasileña, compuesta de dos Leyes complementares a la Constitución Federal: la Ley 8080/90, que disciplina la descentralización político-administrativa del SUS con énfasis en sus aspectos de gestión y financiamiento, reglamentando las condiciones para su promoción, protección y funcionamiento; y la Ley 8142/90, que reglamenta la participación de la comunidad, así como las transferencias Inter gubernativa de recursos financieros.

Con el dinamismo y la complejidad de la descentralización en la área de salud brasileña y para la consolidación del SUS se requiere la existencia de mecanismos de reglamentación, por parte del Ministerio de Salud, que son las Normas Operacionales Básicas del SUS (NOBs): NOB-SUS 91, NOB-SUS 93 y NOB-SUS 96; y más recientemente la NOAS-SUS 01/2001. Estas Normas Operacionales son un producto de la necesidad de un proceso político de pacto inter gestores, que amplía las responsabilidades de los municipios en la Atención Básica; define el proceso de regionalización de la asistencia; crea mecanismos para el fortalecimiento de la capacidad de la gestión del SUS y procede a la actualización de

³² ANDRADE, L. O. M., Ponte, R. J. S. y Martins Junior, T. (2000). Op. Cit.

los criterios de habilitación de los estados y municipios, de antes concentradas en el ámbito federal. A partir de estas normas se expandió la salud de Familia que se destaca como estrategia de reorganización de atención básica representando una nueva concepción de salud centrada en la promoción de la calidad de vida. A partir de 1996 a través de las normas, ya comentadas, fue implantado el Programa de Salud de la Familia* (PSF) en los municipios para la creación de la Unidad de Salud de la familia (USF) el cual cuenta con Equipos de Salud de la Familia (ESF) compuestos por un médico, un enfermero, un auxiliar de enfermería y entre cuatro a seis Agentes Comunitarios de Salud. Se recomienda que, de una manera general, cada ESF asista de 600 a 1000 familias, con el límite máximo de 4.500 habitantes.

El Sistema de Servicios de Salud Brasileño, actualmente está organizado por intermedio de un sistema segmentado, compuesto así: SUS (público); SAMS y SDD (privado).

- SUS → El Sistema Único de Salud está compuesto por el conjunto de todas las acciones y servicios de salud prestados por los órganos e instituciones públicas federales; estatales y municipales de la administración directa e indirecta, y de las fundaciones mantenidas por el Poder Público. A la iniciativa privada está permitido participar de este Sistema de manera complementaria.

El SUS es una de las mayores conquistas sociales consagradas en la Constitución Brasileña de 1988 y tiene principios doctrinarios y organizativos:

- Doctrinarios: **Universalización** (acceso), donde la salud es un derecho de ciudadanía de todas las personas y cabe al Estado asegurar este derecho. El acceso a las acciones y servicios debe ser garantizado a todas las personas, independiente de raza, sexo, renta, ocupación o otras características sociales o personales. **Equidad** (asistencia), teniendo como objetivo disminuir desigualdades. A pesar de todos tenerme derechos a los servicios, las personas no son iguales y, por eso, tienen necesidades diferentes. Equidad significa tratar desigualmente los desiguales. La equidad es un principio de justicia social. Tiene como objetivo reducir disparidades regionales y sociales en búsqueda de un mayor equilibrio. **Integridad** (asistencia), significa considerar la persona como un todo, atendiendo a todas las necesidades suyas. Es importante, para eso, la integración de las acciones, incluyendo la promoción de la salud, la prevención de las enfermedades, y el tratamiento y la rehabilitación. Una de las preocupaciones

* Programa basado en el programa de Cuba.

centrales está en la necesidad de la humanización de los servicios prestados y acciones realizadas en el SUS.

- Organizativos: son formas de concretizar el SUS en la práctica. **Regionalizar y Jerarquizar** (organización, unión y pacería), significa que los servicios deben ser organizados en niveles crecientes de complejidad, circunscritos en una determinada area geográfica, planeados a partir de criterios epidemiológicos, y con definición y conocimiento de la clientela a ser atendida. La regionalización es un proceso de articulación entre los servicios que ya existen, busca el comando unificado de ellos. La posibilidad de la formación de consorcios entre los municipios y hasta entre los estados da la efectividad a la regionalización. La Jerarquización debe, además de proceder la división de niveles de atención, garantizar formas de acceso a servicios que compongan toda la complejidad requerida para el caso. Debe incorporarse también a rutina del acompañamiento de los servicios, con flujos de encaminamiento (referencia) y de retorno de informaciones al nivel básico del servicio (contra-referencia). **Descentralización (o municipalización) y Comando Único**, descentralizar es redistribuir poder y responsabilidades entre los tres niveles de gobierno. Tiene como objetivo prestarservicios con mayor calidad y garantizar el controle y la fiscalización por el ciudadano. La responsabilidad por la salud debe ser del municipio, se debe dar condiciones gerenciales, técnicas, administrativas y financieras para que el municipio pueda ejercer esta función. La decisión debe ser de quien ejecuta, quien está más cerca del problema. El mando único es que hace valer el principio de la descentralización. Cada esfera de gobierno es autónoma y soberana en sus decisiones y actividades, respetando los principios generales y la participación de la sociedad. **Participación popular**, el SUS fue fruto de un amplio debate democrático y esta democratización debe estar presente todos los días a través de los Consejos de Salud* y las Conferencias de Salud**.

● SAMS → El Sistema de Atención Médica Suplementaria, que a pesar de privada, recibe subsidios directos e indirectos del Estado, en la forma de renuncias fiscales y contributivas. El SAMS viene creciendo, pasando de 24 millones de usuarios en 1987, para 38,7 millones en 1988, significando que 24,5 % de la población está cubierta

* Deben existir en los tres niveles del gobierno, y deben estar compuestos con la representatividad de toda la sociedad. Deben ser criados por ley del respectivo ámbito del gobierno. Su formación y funcionamiento es obligatoria.

** Foros con representación de varios segmentos sociales que reúnen para proponer directrices, evaluar la situación de la salud y ayudar en la definición de la política de salud. Deben ser realizadas en todos los niveles de gobierno.

por el sector privado de salud³³. Donde se concentra la mayor parte de los usuarios del SAMS es el estado de São Paulo. Hasta recientemente no tenía regulación estatal. Actualmente está sobre el control de la ANS (Agencia Nacional de Salud), creada en 30/12/99.

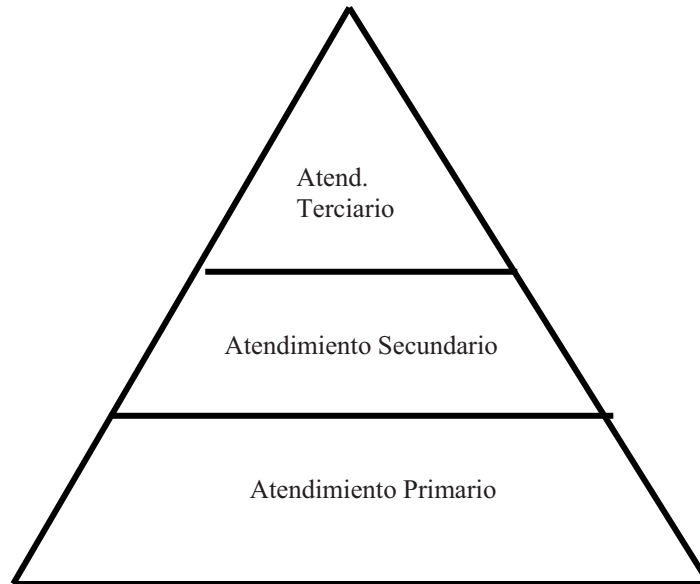
● SDD → El Sistema de Desembolso Directo o de medicina liberal, representado por los gastos directos del bolsillo de los individuos y familias con servicio de salud. Es poco considerado en los análisis de las políticas de servicios de salud en Brasil. Se puede decir, así, que funciona casi como un sistema oculto y con bajísima regulación estatal. Está fuertemente subsidiada por renuncias fiscales, como el SAMS.

1.3.2. El sistema sanitario del estado de Ceará y de la ciudad de Fortaleza

La red de salud pública en Brasil y en Ceará puede ser comparada a una pirámide, donde la base es el atendimento primario (atención básica), secundario y terciario (figura 1.3.2.1.). El primero con los puestos de salud de enfermedades crónicas o simple gripes, diarrea y problemas de piel. Ya el atendimento secundario hay un nivel de complejidad mayor, donde se encaja en el medio de la pirámide, donde es dada asistencia a las enfermedades medianas, en hospitales también de mediano porte, como infección urinaria, neumonía, y hasta cirugías de mediano porte como la apendicitis. Por último el terciario, que se encuentra en el alto de la pirámide, que es el atendimento de alta complejidad, con alta especialidad. Es la asistencia realizada en hospitales de referencia como el IJF, incluyendo atendimento de traumas, cardiologías, transplantes entre otros. En un caso de un portador de diabetes, el paciente sería acompañado por un médico en un puesto de salud, pero si el diabético tiene síntomas de complicaciones de su enfermedad sería atendido en el sector secundario, y en el caso de un cuadro de una complicación mayor en el sector terciario.

³³ IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia y Estadística), 2000.

Figura 1.3.2.1.: Rede de Salud Pública



La Salud de la Familia³⁴ ven destacándose como estrategia para la reorganización de la atención básica representando una concepción de salud centrada en la promoción de la calidad de vida. Su expansión tuvo un mayor impulso a partir del año de 1996, con la implementación de la NOBS-SUS 96. La estrategia del sector de salud esta representada por el PSF (Programa de Salud de la Familia) como forma de sustitución del modelo que era entonces vigente, y esta plenamente sintonizada con los principios de la universalidad y equidad de la atención y de la integridad de las acciones y hacia la permanente defensa de la vida del ciudadano. El programa tiene intención de establecer una relación entre los profesionales de salud y la comunidad traducida en termino de desarrollo de acciones humanizadas, técnicamente competentes, intersectorialmente articuladas e socialmente apropiadas. El objetivo general de la estrategia de Salud de la Familia es de contribuir para la reorientación del modelo asistencial a partir de la atención básica, en conformidad con los principios del SUS, imprimiendo una nueva dinámica de actuación en las unidades básicas, con definición de responsabilidades entre los servicios de salud y la población. Las Unidades de Salud de la Familia (USF) pueden esta compuestas de una o más Equipos de Salud de la Familia (ESF),

³⁴ COSTA NETO, M. M. da. *A Implantação da Unidade de Saúde da Família..* Brasília: Ministério da Saúde; Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica, 2000. 29

que no puede ser superior a tres para que se facilite la identificación de los equipos y organizando mejor el flujo de los usuarios. El EFS esta compuesto, en mínimo, un medico, un enfermero, un auxiliar de enfermería, y entre cuatro hasta seis Agentes Comunitarios de Salud*. Pueden ser añadidos otros profesionales, como psicólogos, dentistas, fisioterapeutas, al equipo básico de acuerdo con las demandas y características de la organización de los servicio de salud locales. Los profesionales deben residir en el municipio donde actúan (generalmente no ocurre), con dedicación integral, para que se garantice la vinculación e identidad cultural con las familias.

En Fortaleza, actualmente existe el Modelo de Atención Integral a la Salud (MAIS), que fue implantado en mayo de 2002 con el objetivo de crear una red que pueda reunir y atender de forma continua e integrada el público de tres proyectos del gobierno municipal. En su propuesta de acción humanizada, el MAIS visa el acompañamiento de la mujer desde el prenatal, pasando por el niño hasta un año de vida, con atención continua hasta los catorce años. El gobierno municipal invierte por año más de dos millones de dolares en el proyecto, que es realizado en parcialidad con la Cooperación de Pediatras de Ceará (COOPEC).

El MAIS consiste en tres proyectos:

- El Programa de Atención a la Salud de la Mujer, con la intención por parte del gobierno municipal de Fortaleza de proporcionalizar la atención continuada a las gestantes y a las mujeres que están dentro y fuera de la edad fértil. Para eso, se realiza el atendimento preventivo del cancer ginecológico, prenatal; atendimento pós-parto; y planeamiento familiar , control de natalidad, de las pacientes.
- El Programa de Atención a los Niños de hasta Un Año, que tiene como objetivo atender 100% de los niños hasta un año de vida. El atendimento se realiza en la misma maternidad donde nacieron, para que se pueda organizar la demanda, disminuyendose el número de enfermedades y agravos a la tasa de mortalidad infantil.
- El Programa de Atención a la Salud del Escolar (PSE), tiene como objetivo aumentar la calidad de vida de los niños y adolescentes hasta 14 años de edad, por medio de vinculación de los alumnos de la red pública al atendimento en las unidades de salud del gobierno municipal. Los estudiantes se visitan individualmente en los centros de salud de atención primaria y participan de conferencias y actividades colectivas en las escuelas. El

* Tienen como función: realizar nomina de los moradores de su pueblo; nominar las familias y actualízalo; identificar los individuos y familias expuestos a las situaciones de riesgo; orientar las familias para la utilización adecuada de los servicios de salud, encaminado a las visitas y exámenes cuando necesario.

PSE está focado en las acciones preventivas de salud bucal, vicios de postura, salud ocular y cuestiones relacionadas al uso de drogas y a la sexualidad. El programa también es importante en la formación moral y cultural de los alumnos, además del trabajo educativo que es implementado junto a los padres.

Además del MAIS, el gobierno municipal de Fortaleza está implementando el Programa de Vinculación de Clientela a las Unidades Básicas de Salud que viene a complementar el MAIS. La población de Fortaleza pasa a tener una Unidad Básica de Referencia próxima a su casa como puerta de entrada del sistema de salud. Son 77 Unidades Básicas de Salud integradas al programa, disponibilizando seis equipos médicas en cada una de ellas.

Cada equipo de salud pasa a tener sob su responsabilidad una clientela definida de 2.100 habitantes/año, para que se refuerce el vínculo de los profesionales con los pacientes, humanizando el atendimento. La vinculación de la clientela permitirá que los equipos médicos atuen principalmente en la vigilancia a la salud, previniendo las enfermedades. Para asegurar el total funcionamiento del programa, los trabajadores van a aderir al modelo, recibiendo bonus (gratificación adicional), al mismo tiempo van a comprometerse con la mejoría de los indicadores de salud, cumpliendo las metas de atendimento. Los coordinadores van a acompañar el trabajo, verificando la calidad del servicio y realizando los ajustes necesarios, siempre oyendo los profesionales y la comunidad.

La vinculación de la clientela a la Unidad de Salud ocurrirá por intermedio del encaminamiento del agente de salud de la área, que tiene conocimiento de las necesidades de las familias sob su responsabilidad. El programa está vinculado al Carnet de Salud del Ciudadano, que permite el agendamiento de visitas regulares de la población a ser beneficiada. La prioridad pasa a ser tratar de la salud y no de la enfermedad, asumiendo un postura pró-activa.

Con esto modelo, el usuario deverá dirigirse a una Unidad de Salud cerca de su casa en caso de necesidad de atendimento con el objetivo de desahogar el flujo del atendimento primario que es actualmente concentrado en los hospitales regionales (con atendimento secundario), hasta mismo en el IJF (Hospital Instituto Dr. José Frota) que tiene atendimento terciário y que es estudio de esta tesis. La responsabilidad total por la atención básica es del municipio de Fortaleza que posee la gestión plena de Sistema de

Salud.

Apesar del programa ser muy bien intencionado, el inicio de su implementación está siendo un poco confuso. La población reclama que no hay médicos en las Unidades de Salud de referencia, y colas muy grandes. Los carnets todavía no fueron distribuidos para toda la comunidad. Eso hace que la población sufra todavía más.

CAPÍTULO 2: LA GESTIÓN HOSPITALARIA

CAPÍTULO 2: LA GESTIÓN HOSPITALARIA

2.1. EL HOSPITAL COMO EMPRESA DE SERVICIOS

Lamata¹ define los productos sanitarios como “las actividades o procesos que realizan los profesionales o las instituciones sanitarias. Son productos que pretenden satisfacer las necesidades de cuidados y atención de un tipo especial de clientes, los pacientes.” El autor cree que no solamente los servicios sanitarios se relacionan con la salud, también la alimentación, la educación, el ocio pueden contribuir a mejorarla. Para ello el producto sanitario se articula en procedimientos, diagnósticos, terapéuticas, prevenciones, atenciones y cuidados especializados. El producto final supone así una correcta atención sanitaria ya sea preventiva, curativa o rehabilitadora al paciente o a un grupo de población. Y el producto intermediario lo constituyen las pruebas de laboratorio, las radiografías, etc..

De una forma más general podríamos destacar la definición de Kotler²: “Un producto es algo que se considera capaz de satisfacer una necesidad o un deseo. Un producto puede ser un objeto, un servicio, una actividad, una persona, un lugar, una organización o una idea. Si el término producto parece poco adecuado, en ocasiones, podemos sustituirlo por el de recurso, oferta o satisfactor.”

Siguiendo con la definición de Kotler, podemos decir que lo que el paciente necesita para satisfacer su necesidad es una buena atención y, sobretodo la curación de su enfermedad o del problema presentado durante la consulta. Entonces podríamos definir el producto final de un hospital como la satisfacción del paciente, ya sea de una forma preventiva, curativa o rehabilitadora.

Podemos con todo esto afirmar que desde el punto de vista de su funcionamiento, el hospital es una empresa parecida a la de otros sectores de la actividad económica, cuya gestión empresarial sin embargo, presenta algunas características, que lo hacen diferente a las empresas clásicas como muestra el cuadro 2.1.1.

¹ LAMATA, F. et al., Marketing Sanitario, Madrid, 1994.

² KOTLER, Philip, Dirección de Mercadotecnia, México, 1985.

Cuadro 2.1.1.: Características de las Empresas Clásicas y las Empresas de Salud

	Empresa Clásica	Empresa de Salud
Producto	Con frecuencia es un producto estandarizado	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 el producto	Con frecuencia paga el seguro de salud
Calidad	El cliente evalúa la calidad casi siempre	Difícilmente puede el cliente evaluar la calidad

Fuente : Errasti (1997)

Las características del paciente y del médico hacen que sean distintas de otros tipos de empresas. El médico define el producto final ; tiene el poder de las decisiones del paciente ; es proveedor de un servicio y cliente de otros (relación con los proveedores de medicamentos) ; genera demanda y oferta. El paciente no decide lo que compra (medicamento), generalmente tiene seguro de salud y difícilmente puede evaluar la calidad de la atención médica. A menudo estos ignoran muchos aspectos de las enfermedades que padecen y su tratamiento y la información que ellos necesitan no le es dada para que puedan tomar las decisiones por ellos mismos. Generalmente, las personas cuando utilizan los servicios de salud están enfermos y ello los hace vulnerables³.

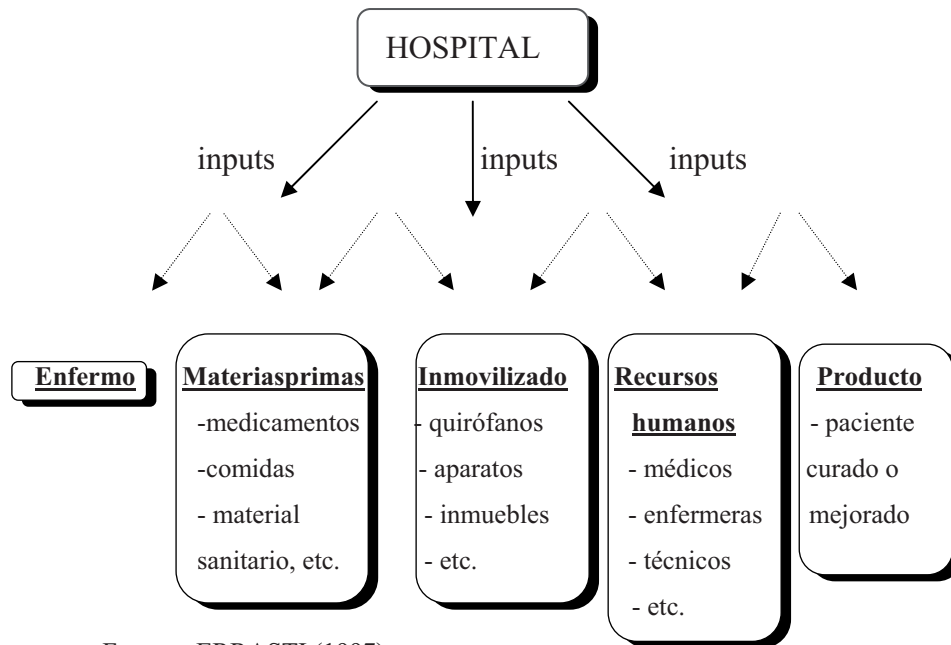
El hospital no tiene solamente la función del servicio asistencial. Puede desarrollar también funciones de promoción de salud, campañas de donación de órganos y prevención de enfermedades, como también tareas de investigación y docencia.

Según Errasti⁴ el enfermo es el producto de un hospital y los factores de producción son : las materias primas (medicamentos, material sanitario, comidas, etc.) ; el inmobilizado (aparato de radiología, ecografía, quirófanos, etc.) ; y los recursos humanos (médicos, enfermeras, sanitarios, etc.). Como podemos ver mejor en la figura 2.1.1..

³ DEAKING, N. & Wright, A.. Consuming Public Services. England,1990.

⁴ ERRASTI, F. Op.cit.

Figura 2.1.1.: El Producto del Hospital



Fuente : ERRASTI (1997).

2.1.1. Clasificación de los Hospitales

Aunque los hospitales tengan el mismo objetivo que es satisfacer las necesidades del paciente, no todos son iguales y existen diferencias entre ellos. Vamos a ver cuales son estas⁵. Por la dependencia patrimonial el hospital puede ser público o privado, este último con asumo de lucro y sin asumo de lucro; por su función puede ser general (atienden enfermos de distintas especialidades) y monográficos (más especializado: maternidad, psiquiatría, etc.); por la complejidad asistencial, que vienen a ser las instalaciones, tecnología, especialidades, etc., que le permite tener niveles de asistencia distintos (primario, secundario, y terciario); por el tipo de paciente : agudo (corta estancia) y crónicos (media y larga estancia) ; por su ámbito de influencia : locales, de distrito y regionales.

⁵ ERRASTI, F. Op. Cit.

2.1.2. La Asistencia Hospitalaria

2.1.2.1. La Asistencia Pública

En los últimos 15 años se ha producido un cambio significativo en las dimensiones de los hospitales de nueva construcción, abandonándose la construcción de hospitales de más de 1000 camas⁶, en favor de hospitales de dimensiones más reducidas y más “humanas”. Incorporan las nuevas tecnologías sanitarias u hosteleras y modernos sistemas de información y de gestión.

Se han producido diversos cambios en las formas de atención médica, tales como la cirugía mayor ambulatoria, la laparoscopia, el desarrollo de hospitales de día monográficos (oncológicos, psiquiátricos, sida) o técnicas no invasivas diagnósticas y terapéuticas. Indicadores han mejorado como la estancia media de cada paciente, el plazo pre-quirúrgico, el índice de ocupación de camas y de quirófanos. Estos cambios han permitido contener la necesidad de nuevas camas de agudos en muchas áreas de salud.

Se han introducido masivamente sistemas de información hospitalaria con aplicaciones informatizadas de gestión para casi todas las áreas de los hospitales y sistemas de clasificación de pacientes por casuística (*case mix*).

Programas de calidad globales o sectoriales se han introducido con el fin de mejorar la atención sanitaria y satisfacer mejor al cliente, con el menor gasto posible.

Los aspectos hosteleros (comidas, teléfono, televisión) y la información al paciente han mejorado considerablemente.

Se mantienen, sin embargo, las listas de espera quirúrgicas, las demoras para hospitalización, consulta y exploraciones complementarias, lo cual tiene considerable impacto sobre toda la población⁷. Actualmente se están estableciendo períodos “máximos” de demoras para resolver cada patología, lo cual ha anulado el incremento de las demoras.

⁶ Fue la tipología básica de los años 60 y 70, con la construcción de las “ciudades sanitarias”.

⁷ Diversas medidas se han ensayado en los últimos años con el fin de superar estas deficiencias: redefinición de criterios de intervención; depuración periódica de listas; programas extraordinarios de cirugía; mejora de la “productividad” quirúrgica; mejora de los procedimientos diagnósticos y más recientemente, programas de “choque” contra las listas de espera.

2.1.2.2. La Asistencia Privada⁸

Aproximadamente 6,3 millones de españoles poseen un seguro sanitario privado (17% de la población). De ellos, 4,2 millones poseen un seguro complementario de cobertura, mientras que alrededor de 2,1 millones son funcionarios que eligen cobertura privada como seguro sustitutorio de la pública, previo pago de una prima reducida.

El sector del seguro sanitario privado está sufriendo, desde hace algunos años, un proceso de concentración que ha dado como resultado que, de 300 entidades existentes en 1980, existan menos de 130 en la actualidad. Se estima que el proceso de concentración no ha terminado y continuará hasta reducirse a unas 40, el número de entidades. Casi la mitad de los asegurados contratan los servicios de tres entidades: ASISA (22%), SANITAS(14%) y ADELSAS (13%).

Las causas principales por las que un segmento de la población española decide contratar seguros sanitarios privados son: deficiencias en la infraestructura hotelera, masificación de los hospitales y las largas listas de espera que tienen la mayoría de los servicios públicos en las consultas y en los hospitales para realizar operaciones quirúrgicas.

Téngase presente que las listas de espera son típicas de los sistemas públicos⁹ de acceso universal. La asignación de bienes escasos puede regularse por dos vías: por precios o por colas. Como en el sistema público no existen “precios”, se generan colas. Existen listas de espera en prácticamente todos los países con sistemas públicos de libre acceso universal¹⁰, mientras que no existen en países como Estados Unidos o en aquellos en los que el copago actúa como un precio. Como nos dice la teoría económica, cuando el precio es cero la demanda se convierte en infinito.

No obstante, la mayoría de los seguros privados tienen limitaciones en los servicios que prestan, comparados con el sector público.

⁸ Ernst Young Consultores. Página 196 y sgtes. “Tendencias estratégicas y herramientas de gestión sanitaria” Madrid, 1997

⁹ Ernst Young Consultores. Página 200 y sgtes. “Los nuevos retos del sector público ante la unión monetaria europea” Madrid, 1997

¹⁰ Téngase en cuenta además, que se comprueba una mayor demanda de servicios sanitarios -que excede lo socialmente óptimo- en los casos en que los sistemas públicos funcionan con “precio 0”, respecto a la demanda en los sistemas privados o de copago -efecto del “moral hazard”-.

2.2. SISTEMAS DE CLASIFICACIÓN DE PACIENTES (SCP)

2.2.1. Los Grupos Relacionados con el Diagnóstico (GRD)

Esta es la técnica más aplicada de clasificación de pacientes actualmente existente en los hospitales tanto españoles como extranjeros¹¹.

Ya se comentó que el hospital, estrictamente hablando, tenía tantos productos como pacientes tenía, ya que mientras en una empresa industrial el número de productos diferentes es limitado, en un hospital cada paciente es diferente, no existen dos pacientes iguales. Un paciente con el mismo diagnóstico puede requerir procesos asistenciales diferentes en función de su gravedad, de su edad, de sus características naturales, etc¹².

Pero está igualmente claro, como afirma Errasti, que trabajar con tantos productos diferentes no es en absoluto operativo, razón por la cual se hace necesario clasificar a estos pacientes mediante un sistema o técnica determinada.

Esta técnica de GRD consiste en clasificar a los pacientes en función del diagnóstico parecido o idéntico de dos pacientes en el momento de darle el alta. Cuando los pacientes son dados de alta, el personal médico registra el diagnóstico definitivo con el que entró en el hospital, de manera que aquellos pacientes que tengan el mismo diagnóstico o muy parecido, serán incluidos en el mismo grupo¹³.

Debemos destacar que el diagnóstico que permite la inclusión de un paciente en uno u otro grupo es el diagnóstico en el momento del alta. Es normal que nos preguntemos entonces, por qué no se considera el diagnóstico cuando el paciente ingresa en el hospital. La razón es muy sencilla, y consiste en que en muchas ocasiones los médicos no saben con certeza cuál es el diagnóstico del paciente nada más ingresar, por eso emiten un diagnóstico que en muchas ocasiones no es el definitivo. Otra posible razón es que a veces el diagnóstico del paciente va variando desde el momento del ingreso hasta el momento del alta, de modo que se elige el diagnóstico en el momento del alta sin prestar atención al del momento del ingreso. Esto supone una limitación de este método, ya que se pierde una valiosa información que señale la evolución del paciente, y que intentará ser subsanada con el siguiente método o sistema que estudiemos (PMC)¹⁴.

¹¹ RIVERA y OSENDE, (1996) op. cit

¹² ERRASTI, F., (1997) op. Cit.,

¹³ RIVERA y OSENDE, (1996) op. cit.

¹⁴ ERRASTI, F., (1997) op. cit..

Esta técnica, como otras que después veremos, consiste en agrupar a los pacientes por isoconsumos: se entiende que pacientes con diagnósticos relacionados van a requerir idénticos o parecidos consumos¹⁵.

Pero de igual modo, ya hemos comentado que dos personas podían tener el mismo diagnóstico y sin embargo requerir consumos muy diferentes por circunstancias de la edad, naturaleza, etc¹⁶. En este caso, ambas personas (pacientes) pertenecerán a grupos diferentes puesto que los consumos requeridos también lo son. Ello significa que, para clasificar al paciente en uno u otro GRD, debemos conocer los siguientes factores según Rivera¹⁷:

1. Diagnóstico principal, que es el considerado como el causante del ingreso. Como se ha dicho, este se emitirá en el momento del alta.
2. Sexo.
3. Otros diagnósticos secundarios presentes.
4. Procedimientos requeridos.
5. Otras circunstancias.

Según otros estudios, clasificar a los pacientes en uno u otro grupo requiere conocer las siguientes variables¹⁸:

1. Diagnóstico principal.
2. Diagnóstico secundario.
3. Procedimiento quirúrgico primario.
4. Edad.
5. Presencia o no de patología psiquiátrica.

Como se observa existen algunas diferencias con los factores anteriores, como el hecho de que se considere de forma explícita la edad o la situación psíquica del paciente. Ello significa que dos pacientes con el mismo diagnóstico podrían ser clasificados en grupos diferentes si la condición psíquica de ambos difieren, ya que ello podría provocar diferentes consumos para ambos. Este estudio conocido como ICD-8, dio como resultado 383 GRD, pero

¹⁵ RIVERA y OSENDE, (1996) op. cit..

¹⁶ ESPERALBA, J. & BORRÀS, P. (1996). Anàlisi del paper del sistema d'informació en la gestió hospitalaria, Fulls Econòmics, nº 27, enero de 1996.

¹⁷ RIVERA y OSENDE, (1996). op. cit..

¹⁸ Estudio ICD-8, publicado en 1980, sobre una muestra de 700.000 historias clínicas de EEUU, dando como resultado 383 GRD.

fue complementado con un estudio posterior conocido como ICD-9. Entre ambos, los GRD que se identificaron fueron de 470¹⁹.

Los posteriores estudios pretendieron a su vez realizar agrupaciones de los 470 GRD detectados, obteniendo lo que se conocería como CDM (Categorías Diagnósticas Mayores), si bien no entraremos en este estudio por no ser de gran interés para nuestro estudio. Tan sólo podemos decir que se identificaron 23 CTM, los cuales se exponen en el anexo 2.3.1.1..

Es interesante decir que se debe intentar evitar tener un elevado número de GRD, para poder de este modo simplificar el proceso de clasificación. Por ejemplo, podemos citar en ejemplo real del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, que con 25 grupos de diagnóstico consigue clasificar el 42,4% de los pacientes. Estos son los 25 grupos esenciales, ya que el resto de pacientes se reparte entre un mayor número de GRD más reducidos. Esto es lo que se conoce como efecto Zoom, que permite analizar unos pocos GRD que agrupan a gran parte de los pacientes. A continuación ofrecemos estos 25 diagnósticos (anexo 2.3.1.2.), con el porcentaje acumulado y la estancia media de cada uno de ellos²⁰.

2.2.2. Categorías de Pacientes (PMC)

Esta técnica o sistema de clasificación de pacientes (Patient Management Categories) es también una de las más conocidas, si bien mucho menos difundido que el GRD. También los clasifica en base a los isoconsumos de recursos, pero no sólo en el momento del alta, sino a lo largo de todo el proceso asistencial. Es decir, clasifica al paciente desde que ingresa hasta que es dado de alta del hospital. Como se puede comprender, como afirma Rivera y Osende, se trata de un sistema poco utilizado debido la complejidad de los ajustes que hay que realizar en cada momento en la clasificación del paciente²¹.

En otras palabras, el PMC clasifica al paciente no sólo por el diagnóstico en el momento del alta, sino también por el diagnóstico que se le asignó en el momento de su ingreso, ya que esto permitirá analizar cuál ha sido la evolución del paciente. De este modo, intenta suplir la deficiencia del método de GRD, que tan solo se basaba como criterio de clasificación del paciente en el diagnóstico en el momento del alta²².

¹⁹ ICD-9 List A: hospital diagnosis groups, ICD-9 List B: hospital procedure groups. Commission of Professional and Hospital Activities, Michigan, Ann Arbor, 1978.

²⁰ ESPERALBA, J. & BORRÁS, P.,(1996). op. cit.

²¹ RIVERA y OSENDE (1996). op. cit..

²² ERRASTI, F., (1997). op. cit.

Este sistema desarrollado por W.W. Young²³, en Pensilvania, tiene además otras características importantes. Señala que este método se diferencia también del GRD en los criterios de clasificación de un paciente a uno u otro grupo. En el GRD se tenía en cuenta los isoconsumos que se tendrían que aplicar a cada uno de los pacientes. Si en el proceso asistencial, dos pacientes consumían los mismos recursos se consideraba que pertenecían al mismo grupo. Sin embargo, en el PMC, si bien se tiene en cuenta también los isoconsumos, estos no se refieren a los consumos reales que se van a aplicar, sino a los que se deberían aplicar idealmente, aunque el hospital no disponga de ellos²⁴.

Esto es importante, ya que un paciente puede no recibir los consumos que serían óptimos para su cura porque el hospital no dispone todavía de esos avances, en cuyo caso el GRD y el PMC darían también resultados diferentes. El camino óptimo de consumos de un paciente ha dado lugar al término anglosajón de *Patient Management Path*²⁵.

Para acabar, expongamos en la figura 14 el algoritmo que, según Guerrero, utiliza el método PMC. Este algoritmo parte, como se observa, del Conjunto Mínimo Básico de Datos que todo hospital debe tener con carácter obligatorio. Posteriormente, se procede a la clasificación de los pacientes según la Clasificación Internacional (C.I.E.-9-MC). Como se comentó anteriormente, la inoperancia des esta clasificación que tiene más de 12.000 códigos (enfermedades), provoca que se vuelva a realizar una reclasificación mediante el sistema P.M.C., acabando de este modo el algoritmo²⁶.

Obviamente, es posible agrupar a los pacientes directamente según el PMC, sin necesidad de clasificar a los pacientes antes por el método de la Clasificación Internacional (CIE-9-MC), si bien este algoritmo nos muestra el proceso lo más detallado posible y de forma muy clara, como podemos ver en la figura 2.2.2.1..

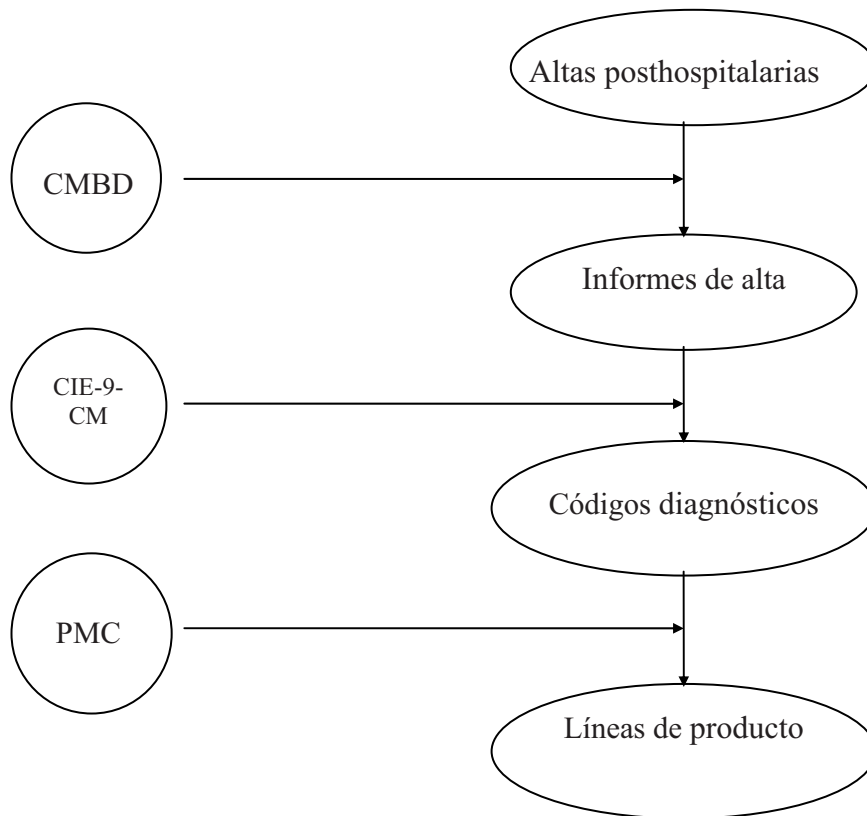
²³ YOUNG, W.W. (1982). *The mesasurement of hospital case mix*. Medical Care, nº20, p. 501-512.

²⁴ ERRASTI, F., (1997) op. cit.

²⁵ CASAS, M. (1994) op. cit.,.

²⁶ GUERRERO, G. & VENY (1996) op. cit..

Figura 2.2.2.1.: Algoritmo del Sistema P.M.C.



Fuente: Guerrero & Veny (1996).²⁷

2.2.3. Índice de severidad de los pacientes (PSI)

Este sistema (Patient Severity Index) viene a solucionar una grande limitación de los dos sistemas anteriores. Como hemos visto, ni el GRD ni el PMC tiene en cuenta como criterio de clasificación de los pacientes lo que se conoce como severidad del paciente, es decir, su grado de enfermedad. Con esto, es posible que dos pacientes que tengan la misma enfermedad sean clasificados en el mismo grupo con independencia de su gravedad. Como se puede comprender esto no sería del todo correcto, ya que el paciente más grave puede requerir unos consumos (proceso) muy diferentes al paciente de menor gravedad. El PSI define la severidad de la enfermedad en base a siete variables²⁸:

1. Estadio de diagnóstico principal
2. Concurrencias que afectan al curso hospitalario
3. Grado de respuesta a la terapéutica o grado de recuperación.

²⁷ GUERRERO & VENI (1996) op cit..

²⁸ ERRASTI, F. (1997) op. cit.

4. Afección residual después de la terapéutica aplicada.
5. Complicaciones.
6. Dependencia de enfermería.
7. Procedimientos no quirúrgicos.

Como se puede observar, todos y cada uno de estos factores en efecto son indicativos en mayor o menor medida de la gravedad de una misma enfermedad en los pacientes.

La limitación que cabe establecer a este sistema es que la severidad viene establecida de forma bastante subjetivo por el calificador que realice la puntuación. En todo caso ha servido esta técnica para realizar²⁹:

- Un análisis de las diferencias de cargas y costes entre hospitales.
- Seguimiento de los perfiles de severidad en el tiempo.

Cuadro 2.2.3.1.: Las Siete Variables

	Niveles			
Características	1	2	3	4
Estadio del diagnóstico principal	Asintomático	Manifestaciones moderadas	Grandes manifestaciones	Catastrófico
Interacciones	Ninguna	Poca	Moderada	Muchas
Respuesta a la terapia	Rápida	Moderadamente retardada	Seriamente retardada	Sin respuesta
	Ninguno	Escasa	Moderada	Grande
Complicaciones	Ninguna o pocas	Moderada (menos importante que diagnóstico principal)	Muchas (tanto o más importante que diagnóstico principal)	Catastróficas
Dependencia	Poca	Moderada	Mucha	Extrema
Procedimiento (no quirúrgicos)	Diagnóstico no invasivo	Terapéutico o diagnóstico invasivo	No urgencia vital	Urgencia vital
Nivel de severidad	1	2	3	4

Fuente: Errasti, (1997) Op. Cit.

²⁹ ERRASTI, F.(1997) op. cit..

El cuadro 2.2.3.1. refleja las siete variables que hemos identificado antes, dando como resultado un nivel de severidad de la enfermedad que va desde 1 a 4³⁰.

2.2.4. Estadio de la Enfermedad (*Deasing Staging*)

Este sistema de clasificación de pacientes fue diseñado por J. Connella³¹, quien consideró como criterio de clasificación el estadio de la enfermedad. Para este autor, el estadio de la enfermedad es el factor más discriminante entre pacientes con una misma enfermedad.

Consideró a tales efectos los siguientes estadios:

- Estadio 1: Sin complicaciones o con problemas de severidad mínima.
- Estadio 2: Problemas limitados a un órgano o sistema.
- Estadio 3: Afección múltiple de órganos o sistemas.
- Estadio 4: Grave riesgo de muerte.

2.2.5. *As- Score*

Este sistema de clasificación de pacientes fue desarrollado por Roveti³² en Baltimore, y viene a ser una especie de mezcla de los sistemas anteriores. Consiste en clasificar a los pacientes en cuatro niveles de severidad en función de variables ya vistas en modelos anteriores:

1. Edad del paciente.
2. Sistemas u órganos afectados.
3. Estadio de la enfermedad.
4. Complicaciones.
5. Respuesta a la terapéutica.

De este modo, obtiene como resultado cuatro grandes grupos de severidad, los cuales se obtienen en función de estas cinco variables, lo cual hemos reflejado en el cuadro 2.2.5.1..

³⁰ ERRASTI, F. (1997). op. cit..

³¹ CONNELLA, J.; Hornbrook, M.. & Louis, D. (1984). *Standig of disease: A case mix measurement*. Jama, nº251, p.637-64-

³² Citado por ERRASTI, (1997) op. cit..

Cuadro 2.2.5.1.: Clasificación AS-SCORE

Elementos	Clase I	Clase II	Clase III	Clase IV
Sistema	Un único sistema afectado	Un único sistema afectado	Un único sistema afectado	Un único sistema afectado
Estadio	Agudo, no progresivo, enfermedad crónica menor, única o múltiple estadio que no interfiere con la función normal	Agudo o crónico progresivo	Agudo o crónico, o crónico con exacerbación y/o progresivo	Avanzado
Complicaciones	Ninguna	Complicación tratable sin afección severa	Complicaciones severas con residuo	Complicaciones con afección
Grado de respuestas a la terapéutica	Recuperación completa	Recuperación completa o controlada	Recuperación incompleta	Mínima o ninguna
Nivel	Rápido	Rápido o retardado	Generalmente retardado	A menudo sin respuesta
Duración	Sostenida	Sostenida o intermitente	Temporal o intermitente	Breve

Fuente: Errasti (1997), Op. Cit

Para finalizar ya con las técnicas más conocidas en el ámbito de la clasificación de pacientes en aras a la identificación de productos, podemos decir como conclusión que el sistema que predomina con diferencia es el GRD a pesar de las limitaciones que entraña y que acabamos de ver en su análisis comparativo con las demás técnicas. En España, desde 1982, se han ido realizando sucesivas investigaciones sobre los GRD, consiguiéndose sucesivas mejoras, hasta llegar en 1992 a nueve versiones de esta técnica. Ello nos está indicando que cada hospital utiliza esta técnica de la forma que más conveniente cree, no es un sistema uniforme. Además, también presentan diferencias entre los diversos países.

El GRD presenta como mayor ventaja su facilidad de aplicación. Recordemos que tan sólo se clasifica al paciente teniendo en cuenta el diagnóstico en el momento del alta, suponiendo que los pacientes con el mismo diagnóstico habrán consumido los mismos o parecidos recursos hospitalarios. Para ello lo más importante es disponer de un adecuado registro de altas informatizado. Como su principal limitación, es que está sometido a continuas

variaciones cada año como se ha comentado antes. Como una de las críticas que se comentó en su momento fue que no tenía en cuenta el grado de severidad de la enfermedad, ha surgido los denominados GRD-R (Grupos Relacionados de Diagnóstico *Refinados*), que tienen en cuenta los diferentes grados de severidad dentro de un GRD tradicional³³.

2.3. EL *MANAGED CARE*³⁴

En Estados Unidos, en 1989, *The Institute of Medicine* definió *Managed Care* como unas técnicas de gestión aplicadas por los compradores de servicios, para lograr controlar y reducir los costes sanitarios, influyendo en el proceso de decisión para la atención del paciente, mediante la evaluación caso por caso de la adecuación del servicio prestado.

El concepto *Managed Care* es mucho más amplio en Europa, ya que contempla mayor cantidad de actividades. Se incluyen en el concepto, la prevención de enfermedades y el cuidado de la salud, afectando a distintos niveles.

En definitiva, *Managed Care* o medicina gestionada, consiste en todas las actividades de planificación sanitaria destinadas a mejorar la gestión sanitaria y sus resultados mediante la aplicación de técnicas empresariales.

Las empresas de servicios son las que han realizado una mayor aportación al sector sanitario, por su enfoque empresarial orientado al cliente y por sus herramientas de marketing de los servicios.

La planificación estratégica es un instrumento clave para la gestión sanitaria. Dentro de ella destaca la aplicación de programas para la gestión de los servicios de la asistencia sanitaria y los planes de empresa, como instrumentos de planificación plurianual³⁵. Los cambios en las estructuras de las organizaciones posibilitan la consecución de los objetivos fijados y hacen posibles las actuaciones planeadas.

Las técnicas de gestión de la información son un elemento fundamental como apoyo para la toma de decisiones. Los sistemas de información proporcionan la base para la elaboración de sistemas de costes, evaluación de efectividad, clasificación de pacientes o creación de protocolos.

³³ ERRASTI, F.,(1997) op. cit..

³⁴ Ernst Young Consultores.Tendencias estratégicas y herramientas de gestión sanitaria. Madrid, 1997

³⁵ Estos planes de empresa se han estado realizando principalmente en Cataluña.

El marketing de las empresas de servicios se traslada al sector sanitario en un enfoque hacia el paciente y de cara a su satisfacción. La competitividad entre los distintos centros hospitalarios obligará a la aplicación de técnicas de marketing para captar pacientes y recursos.

La gestión de los recursos humanos jugará un papel fundamental en la implementación de las reformas sanitarias que se avecinan. Los recursos humanos deberán ser gestionados con las técnicas de dirección empleadas en las empresas. La función de liderazgo del director jugará un papel fundamental como catalizador de la participación e implicación de todo el personal del centro sanitario.

2.3.1. Protocolos Clínicos

Según Varo³⁶, el protocolo clínico es una secuencia ordenada de conductas que se aplican a un enfermo con objeto de mejorar su curso clínico.

Según Ortún Rubio y Rodríguez Artalejo³⁷, constituyen una ayuda en el número de alternativas diagnósticas y terapéuticas.

Simplemente son un listado de determinados modos de conducta que se deben seguir en determinadas situaciones por el personal médico y de enfermería. Existe la creencia generalizada de que los protocolos suponen una limitación en la libertad de actuación en la conducta del médico. Sin embargo, autores como Rodríguez y Rubio³⁸ establecen que los protocolos simplemente lo que hacen es establecer una normalización totalmente genérica de la conducta de los profesionales de la salud. Aquellos aspectos más concretos, pueden y deben venir determinados por los profesionales con el fin de adecuarlos de la manera más idónea en cada uno de los casos.

En todo caso, una vez establecido se debe cumplir, ya que de lo contrario supondrá tan solo unos costes de tiempo. La manera más eficaz de conseguir que se cumplan estos protocolos es mediante la elaboración de los mismos por los propios médicos. Esto nos lleva a su vez a concluir que su incumplimiento provocará unos costes de calidad que serán imputados a quienes precisamente tienen la obligación de hacerlo³⁹.

³⁶ VARO, J. (1994). *Gestión Estratégica de la Calidad en los Servicios Sanitarios: un modelo de gestión hospitalaria*. Madrid: Diaz de Santos..

³⁷ RODRÍGUEZ ARTALEJO, F. & ORTÚN RUBIO, V.. Los protocolos clínicos, *Med Clin.*, nº 95, p. 309-316. Citados por Joaquín Varo (1994).

³⁸ RODRÍGUEZ, A. F.; ORTÚN RUBIO, V., *Op. Cit.*, nº 95, p. 309-316.

³⁹ LÓPEZ, PABLO. (1995). *La sanidad: un sector en cambio. Un nuevo compromiso entre la Administración, usuarios y proveedores*. Curso UIMP (Universidad Internacional Menéndez Pelayo), julio de 1995.

La actividad sanitaria debe seguir su camino hacia la protocolización científicamente válida, determinando un sistema de diagnóstico, tratamientos y fármacos idóneos para cada caso. Paralelamente, se ha de realizar una evaluación continua de la eficacia de las técnicas empleadas tanto con carácter médico, como farmacológico y técnico. Las prestaciones deben ser definidas claramente mediante estándares que se comunicarán a los clientes y usuarios, detallando los aspectos sanitarios y los sociales.

Para conseguir la ejecución de los protocolos clínicos, se requieren unos requisitos que apunta Joaquín Varo⁴⁰:

- Deben ser difundidos.
- Deben ser aceptados por los profesionales sanitarios.
- Deben recibirse los recursos necesarios para su ejecución.
- Deben ser evaluados.

Nosotros podemos añadir a la lista anterior que deben ser realistas y que la evaluación debería realizarse por personas no relacionadas con la obligación de su cumplimiento. En muchas ocasiones se establecen protocolos muy bien elaborados pero demasiado concretos y con una excesiva información. En nuestra opinión, esto no hace más que dificultar su ejecución, dado que escapan de todo realismo, y además son los típicos protocolos que efectivamente pueden restar autonomía de actuación a los profesionales de la salud. Por otra parte, creemos que la evaluación debe realizarse por personas independientes de aquellos que tienen la obligación de aplicarlos, al menos en la fase de cambio cultural. Una vez implantada la cultura de cambio, serán los propios médicos quienes con una actitud autocrítica deberán evaluar el cumplimiento de los protocolos y de los estándares de calidad prefijados⁴¹.

De las 18 ventajas que establece Varo⁴² en cuanto los protocolos clínicos, creemos necesarios resaltar los siguientes:

1. Consiguen un ahorro económico y de tiempo, ya que las pautas de los procesos rutinarios vienen predeterminados.
2. Los profesionales disponen de una cierta metodología que ha sido previamente definida por ellos mismos.
3. Permite diseñar un modelo asistencial acorde y realista con los medios técnicos, y susceptible de ser adaptado en función de las variaciones de los anteriores factores.

⁴⁰ VARO, J. (1994). Op. Cit.

⁴¹ LÓPEZ, PABLO, Curso UIMP (Universidad Internacional Menéndez Pelayo), Op. Cit

⁴² VARO, J. (1994). Op. Cit.

4. Aceleración del proceso de toma de decisiones.
5. Garantizar la calidad de todos los servicios prestados.
6. Adaptar mejor al personal de nueva incorporación.
7. Paliar tres hechos constatados: todos los médicos no prestan sus servicios con la misma calidad; los conocimientos pueden declinar con el aumento de la edad de los profesionales; los conocimientos médicos se quedan obsoletos con el paso del tiempo.

Podemos añadir la ventaja derivada de la reducción de la variabilidad de tratamiento a los pacientes con una misma enfermedad. Existen pacientes que tienen una misma enfermedad, pero su tratamiento es diferente según el médico que le trate. Es un fenómeno paradójico que los protocolos pueden solucionar⁴³.

2.3.2. Gestión de las Listas de Espera

Las listas de espera de pacientes surgen como consecuencia de un desajuste entre la demanda y la oferta hospitalaria. Las listas de espera se centran tanto en España como en otros países con sistemas nacionales de salud, como en el caso de Brasil que a veces una persona llega a esperar meses por una visita en una especialidad, en los siguientes ámbitos⁴⁴:

1. Cirugía general
2. Cirugía ortopédica.
3. Cirugía vascular.
4. Otorrinolaringología
5. Oftalmología.
6. Ginecología.

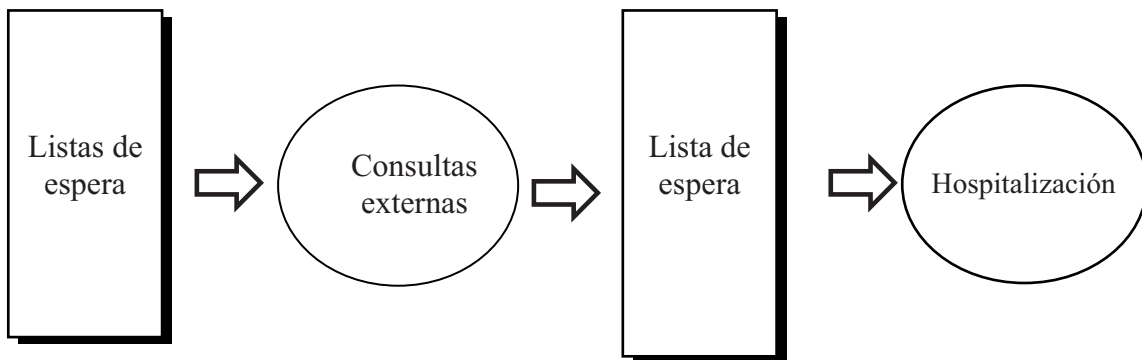
Las listas de espera se pueden dar en dos situaciones, que representan dos vías de entrada en el hospital⁴⁵: listas de espera para las consultas externas y listas de espera para hospitalización.

⁴³ Entrevista a SEDANO, EUGENI, Responsable de la Divisió d'Atenció Farmacèutica i Prestacions Complementàries.

⁴⁴ CUERVO, J. ; Varela, J. Y Belenes, R. (1994). Gestión de Hospitales: nuevos instrumentos y tendencias. Barcelona: Vicens Vives.

⁴⁵ CUERVO, J. ; Varela, J. Y Belenes, R. (1994). Op., Cit.

Figura 2.3.2.1.: La Duplicidad de Listas de Espera en el Hospital

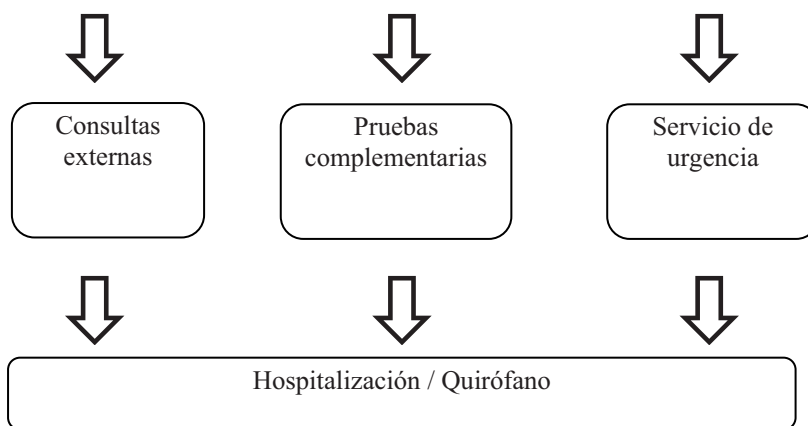


Fuente: CUERVO, J. ; Varela, J. Y Belenes, R. (1994). op. cit

La figura 2.3.2.1. resulta de las posibles vías de entrada a un hospital. En este sentido, Varela destaca tres vías mediante las cuales el paciente entra al hospital:

- Consulta externa: la consulta externa no es más que una visita al médico previamente concertada. Es decir, se trata de la asistencia primaria en los hospitales.
- Servicio de urgencia: es otra vía de entrada del paciente al hospital. En este caso el paciente no ha concertado ninguna hora de visita. Sin embargo, una vez sea solucionado su problema, es posible concertar una visita en consulta externa para llevar a cabo un seguimiento del problema de salud en cuestión.
- Pruebas complementarias: se trata de las pruebas específicas que a un paciente se le pueden realizar en un hospital, si bien se trata de una vía escasa.

Figura 2.3.2.2.: Las Puertas de Entrada al Hospital



Fuente: VARELA, J.. (1989). Modelos de gestión de las listas de espera de pacientes. Gestión sanitaria, EADA, 1989, nº11, p. 1-3.

La importancia de las listas de espera reside en el hecho que son uno de los aspectos más negativamente evaluados por los ciudadanos.

Debemos diferenciar entre listas de espera admisibles y las no admisibles, en función del tiempo de espera. Así, por ejemplo, una lista de dos semanas puede resultar objetivamente admisible, pero nunca lo sería una lista de espera de tres meses⁴⁶.

En este sentido, para medir la gravedad de las listas de espera no solo debemos fijarnos en el número de días de espera. En este sentido, establece Cuervo que debemos medir las listas de espera mediante dos indicadores⁴⁷:

1. Cantidad de personas existentes en la lista de espera.
2. El tiempo de espera o de demora.

Se deben tener en cuenta ambos indicadores, ya que ambos son indicativos para evaluar si la lista de espera es o no admisible. Por ejemplo, si el servicio de cirugía de un hospital tiene más de 1.200 personas en la lista de espera, ello no significa que la lista de espera sea inadmisibile, ya que puede tratarlos en menos de dos meses. Sin embargo, un servicio de 400 pacientes en la lista de espera puede resultar inadmisibile si para tratarlos tarda 5 meses⁴⁸.

Existen dos modelos de listas de espera: Modelo basado en la oferta de servicios y Modelo basado en la demanda de servicios.

El **Modelo basado en la oferta de servicios** tiene como finalidad la consecución de los máximos niveles de equidad posibles dentro del ambiente de desajustes sociosanitarios que provoca la existencia continuada de listas de espera. Consiste en que al paciente le avisarán de forma “objetiva”, así como el lugar y el día de visita. La supuesta ventaja de este modelo es la supuesta “justicia social”, ya que el orden con que los pacientes son elegidos se basa en un criterio más o menos objetivo⁴⁹. Entre las desventajas se encuentran sobre todo la burocratización y la desconfianza derivada de su falta de transparencia. Otra desventaja es que no se tiene en cuenta las preferencias del paciente, ya que es posible que el paciente prefiera esperar un poco más de tiempo a cambio de ser atendido en un determinado hospital y por un determinado médico⁵⁰.

⁴⁶ JATES, J. (1987). *Why are we waiting?. Analysis of hospital waiting list*. Oxford, University Press.

⁴⁷ CUERVO (1994). op. cit.

⁴⁸ CUERVO (1994). op. cit.

⁴⁹ CUERVO (1994). op. cit.

⁵⁰ CUERVO (1994). op. cit..

El modelo de la oferta puede bloquear o desbloquear las listas de espera según los objetivos marcados por el hospital, tal y como nos establece Inversen⁵¹. Es decir, si el hospital se marca como objetivo agilizar las visitas por encima de otros objetivos, será posible conseguir este objetivo.

El **Modelo basado en la demanda de servicios** tiene como objetivo la liberalización de los flujos de pacientes dentro de un ambiente de autorregulación de flujos. Es decir, se deja que el paciente elija centros, servicios y especialistas, pudiendo establecer o no limitaciones a esta libertad de los pacientes⁵². Era el modelo seguido por el sistema de salud en Fortaleza, hoy en día no es más utilizado por lo menos hasta las próximas elecciones.

El inconveniente es sin embargo, que pueden surgir distorsiones en la oferta, ya que algunos centros pueden estar sobrecargados por tener mejor reputación que otros menos eficientes⁵³.

Dentro de la problemática de las listas de espera se incluyen otras que, en realidad, suponen la causa de dichas listas de espera. En este sentido nos referimos a la programación de visitas, programación de altas y gestión de camas, entre otros factores. Sólo si se consigue una buena gestión en estos ámbitos, podremos garantizar una lista de espera que sea admisible.

2.3.2.1. Programación de visitas

Dentro de la programación de las visitas, los dos aspectos de mayor importancia son:

1. Descentralización de la programación de visitas⁵⁴: la informática permite hacer esto sin problemas, y además permite la interconexión de ficheros. Las posibilidades que permite la informática y otros medios de comunicación son:

- Programación telefónica de visitas: consiste en que el paciente concierta una visita por vía telefónica, sin personarse en el hospital.
- Programación de visitas desde el servicio de urgencias: consiste en que un paciente que es atendido en primer lugar por el servicio de urgencias, concierta automáticamente una visita posterior para seguir el desarrollo de su problema.

⁵¹ INVERSEN, T., *Waiting list generating incentives*, Ponencia 1, European Conference on Healths Economics, Barcelona, 1990.

⁵² CUERVO (1994). op. cit..

⁵³ VARELA, J. (1989). Modelos de gestión de las listas d espera de pacientes. Gestión sanitaria, EADA, nº11, p. 1-3.

⁵⁴ CUERVO (1994). op. cit.

- Programación de las visitas desde el Servicio de Atención de Pacientes (SAP): consiste en que el paciente, asiste personalmente al hospital, debiéndose poner en contacto con este servicio para poder concertar una entrevista. Es una modalidad diferente a la anterior, ya que en el caso de la programación desde en servicio de urgencias el paciente no se pone en contacto directo con el Servicio de Atención de Pacientes, aunque después sea efectivamente comunicado.

2. Programación de visitas sucesivas⁵⁵: en un hospital moderno, la programación de visitas sucesivas desde estar centralizada en el departamento de consultas externas. Las visitas sucesivas es un factor a tener muy en cuenta, ya que una gran número de pacientes acceden de forma periódica al hospital, de modo que en cada visita concierta la visita siguiente.

El Servicio de Atención al Paciente (SAP) necesita una lista codificada de todas las pruebas que se pueden realizar en el centro, siendo también útil que disponga de un protocolo de dichas pruebas. Todo ello vendrá facilitado por un soporte informático, que deberá conocer las posibles incompatibilidades que se puedan dar. Por ejemplo, debería tener en cuenta que a una misma persona no se puede programar el mismo día una radiografía de la columna lumbar después de un enema opaco.

Otro de los aspectos a tener en cuenta en relación a la programación de las visitas lo constituye el conocer los tiempos que se requiere para obtener los resultados, ya que de ello dependerá la programación de la visita siguiente.

2.3.2.2. Programación de altas⁵⁶

En cuanto la programación de las altas se deben tener en cuenta dos tipos de pacientes:

1. Aquellos ingresados y que tienen un protocolo muy definido, en cuyo caso se sabe con gran exactitud las fechas en que se realizará cada una de las pruebas, así como el día en que se le otorgará el alta.
2. Aquellos ingresados, que por sus características de salud, no son protocolizados en gran medida. No se sabe el día del alta con gran exactitud, pero el médico le visita cada día y hace las correspondientes estimaciones. (Por ejemplo, “si todo sigue igual, el viernes se le dará el alta”).

⁵⁵ CUERVO (1994). op. cit.

⁵⁶ CUERVO (1994). op. cit.

Si se conoce el alta con 24 horas de adelanto, se debe poner en marcha las siguientes pautas:

- a) Avisar a los familiares para que vengán a recoger al paciente.
- b) Listado de altas previstas en las siguientes 24 horas, que será de utilidad para el servicio de admisiones y el servicio de limpieza de las habitaciones.
- c) Redacción del informe de alta, para ser entregado en mano el día del alta.

Es importante tener una sala de espera para que los pacientes puedan esperar hasta que lleguen los familiares. Siempre es mejor que un paciente con el alta espere en una sala de espera a que tenga que esperar un nuevo paciente que debe ingresar.

En Brasil hay casos de personas que ingresan en un hospital público y la familia o acompañante le abandonan, en muchos casos, como el hospital no tiene para donde enviar una persona con una enfermedad grave, quedan en el hospital, a veces por casi un año, o hasta la muerte.

2.3.2.3. Gestión de camas

Las camas son bienes caros y escasos, lo que ha comportado que los hospitales sean conscientes de que no es posible mantener a los pacientes por más tiempo que el necesario⁵⁷.

Según Coile⁵⁸, los hospitales modernos se caracterizan por ingresos cortos, es decir, de baja estancia media, y también por un alto grado de ocupación de las camas.

Los tres ejes fundamentales de la gestión de camas son⁵⁹:

- Control central del movimiento de pacientes.
- Criterios para la asignación de camas.
- Equilibrio entre ingresos programadas y urgentes.

⁵⁷ CUER CUERVO (1994). op. cit.

⁵⁸ COILE, R.C. (1986). *The new hospital. Future strategies for a cahncing industry*. Maryland: Aspen Publishes.

⁵⁹ CUERVO (1994). op. cit.

Existen dos métodos para asignar las camas a los pacientes:

a) Procedimiento manual⁶⁰: consiste en asignar una cama al paciente (programador o urgente) según el censo de camas que posee el SAP (Servicio de Admisión de Pacientes). Pero al ser el método manual, el SAP no conoce exactamente qué camas están libres. El Problema se resuelve llamando continuamente a las enfermeras para que indiquen qué camas están efectivamente libres. Como se puede observar, se trata de un método monótono y que resulta actualmente arcaico. Además, la pérdida de tiempo es importante, ya que el SAP debe estar continuamente en contacto telefónico con las enfermeras de cada sección, para que de este modo se le puede asignar una cama a un paciente que deba ser ingresado de forma urgente.

b) Método informático⁶¹: consiste en el uso de ordenadores en el proceso de gestión de camas. El método es muy sencillo de entender, y a la vez resulta muy eficaz. Cuando una cama queda libre, existirá una persona de dicha sección que introducirá este dato por ordenador, que estará conectado con el ordenador del SAP, de modo que el SAP tendrá en tiempo real de las camas libres. Cuando un paciente deba ser hospitalizado, tan sólo deberá consultar por ordenador el número de camas libres, y la asignación será inmediata.

Como se observa, el tiempo que se ahorra el SAP es incalculable, ya que en realidad la información es introducida desde cada servicio, y no es el SAP que debe preocuparse directamente de preguntar continuamente de las camas libres en cada momento.

2.3.2.4. El servicio de admisión de pacientes

El Servicio de Admisión de Pacientes (SAP) es el que registra los principales movimientos de pacientes en el hospital: ingresos y altas. El SAP es el servicio del hospital que más contacto directo tiene con el paciente, razón por la cual debe ofrecer un buen trato hacia este, pues de él dependerá en gran medida la impresión que el paciente se lleve del hospital en su conjunto⁶².

Vamos a ver los resultados a los cuales han llegado tres estudios diferentes acerca del SAP y su función dentro del hospital. Estos tres estudios son: Estudio realizado en Londres, realizado por el King Edward's Hospital Fund, sobre una muestra de 60 hospitales⁶³; Estudio

⁶⁰ CUERVO (1994). op. cit.

⁶¹ CUERVO (1994). op. cit.

⁶² CUERVO (1994). op. cit. VARELA, J.. (1994). *Gestión de Hospitales: nuevos instrumentos y tendencias*. Barcelona: Vicens Vives,

⁶³ BADERMAN, H.; Corless, C.H. y Fairey, M.. (1973). *Admission of patients of hospital*. Londres: King Edward's Hospital Fund.

realizado en Estados Unidos (Chicago), por la American Hospital Association⁶⁴; Estudio realizado por el INSALUD⁶⁵; Estudio realizado por la Generalitat de Catalunya⁶⁶. Los resultados de estos estudios fueron los siguientes:

Primer estudio → Recomienda lo siguiente:

- Diseñar sistemas flexibles de asignación de camas sin barreras entre servicios médicos.
- Dar autoridad ejecutiva al personal del SAP para poder asignar camas a pacientes.
- Es necesario diseñar métodos de gestión de listas de espera, gestión de camas, circuitos de clientes, etc.

Segundo estudio → Recomienda lo siguiente:

- Ofrecer información oral y escrita a los pacientes acerca de las normas de funcionamiento del centro.
- Hacer el acompañamiento de paciente, hasta las unidades de hospitalización en el momento del ingreso.
- Custodia de objetos de valor.

Tercer estudio → Recomienda las cuatro funciones básicas de todo SAP, en las cuales coinciden los cuatro estudios:

- Registro de las preadmisiones y gestión de listas de espera de hospitalización.
- Recepción y registro de pacientes que ingresan.
- Gestión de camas y autorización de traslados internos.
- Formalización de altas.

Cuarto estudio → Recomienda asignar al SAP la función de mantener y gestionar las listas de programación de visitas e ingresos. Se subraya en este estudio que el Servicio de Admisión de Pacientes es el responsable de las estadísticas de ocupación y de actividad asistencial.

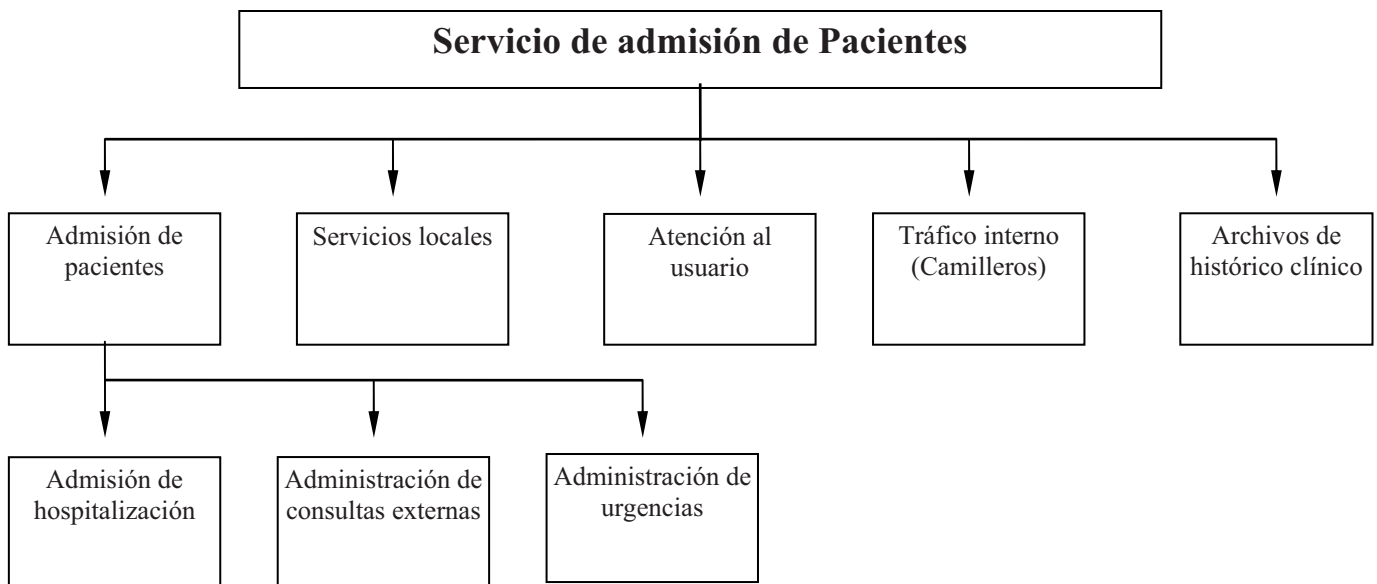
Una aproximación de la estructura que puede tener un SAP se establece en la figura 2.3.2.4.1..

⁶⁴ *The Hospital admitting department*, Chicago, American Hospital Association, 1977.

⁶⁵ GUTIERREZ, R.. (1984). Nuevo modelo de gestión hospitalaria. Madrid: INSALUD.

⁶⁶ GENERALITAT DE CATALUNYA (1982). Acreditación de centres assistencials, Col.lecció Informes i dictàmens 1. Barcelona.

Figura 2.3.2.4.1.: Servicio de Admisión de Pacientes



Fuente: CUERVO (1994), op. cit..

Las tareas asignadas al SAP, sería entonces las siguientes desde un punto de vista amplio⁶⁷:

1. Registro de las preadmisión, gestión de listas de espera de hospitalización y codificación de diagnóstico de los pacientes en lista de espera.
2. Recepción de los pacientes y registro de los ingresos.
3. Gestión de camas y autorización de traslados internos.
4. Formalización de altas.
5. Registro de las consultas urgentes.
6. Programación y registro de las consultas ordinarias.
7. Edición de la facturación de la actividad asistencial.
8. Custodia de objetos de valor.

⁶⁷ CUERVO (1994), op. cit..

2.4. ESTRUCTURAS ORGANIZATIVAS HOSPITALARIAS

2.4.1. El marco actual de la gestión organizativa

En los últimos años se ha desarrollado, en el entorno competitivo de las empresas y organizaciones, un proceso de cambio que ha conducido a un incremento incesante de la productividad de las personas en el trabajo.

Se observa también, un incremento progresivo de la subcontratación de actividades que, hasta hace poco años, parecía imposible llevar fuera del ámbito de la organización (*outsourcing*). En ciertos casos, incluso, la subcontratación adquiere el carácter de asociación estable entre empresas.

A su vez, el consumidor ha adquirido una mayor conciencia de sus derechos y ha desarrollado una capacidad crítica que obliga a las organizaciones a proporcionar productos de mejor relación calidad/ precio y, en general, a orientarse al cliente y a su satisfacción, de manera prioritaria.

Los mercados, entre tanto, evolucionan irremediamente hacia la globalización, lo que multiplica la competencia, que ya trasciende las fronteras entre países.

Semejantes cambios obligan a que, mientras la empresa u organización gestiona el día a día, deba también, si desea permanecer en el mercado, mirar al futuro e innovar drásticamente o mejorar de manera continua.

Un concepto básico del cual debemos partir antes de hablar de estructuras organizativas hospitalarias es lo que se conoce como Unidades Productivas Especializadas (UPE). Este concepto es importante con independencia del tipo de organización del cual estemos hablando. Según los autores Cuervo, Varela y Belenes una Unidad productiva Especializada es un conjunto de recursos (estructurales, tecnológicos y humanos) que se agrupan con una finalidad en concreto⁶⁸. Tenemos que decir que este concepto es denominado también por otros nombre, como puede ser el del clásico “servicio” o “departamento”, según el autor que se considere⁶⁹.

Las UPE puede clasificarse en dos grandes grupos⁷⁰: Primarias (UPEP) y Secundarias (UPES). En realidad esta clasificación deriva de la gran complejidad de los hospitales. Los hospitales son unas entidades que consumen una gran variedad de inputs, a la vez que generan

⁶⁸ CUERVO (1994), op. cit..

⁶⁹ RIVERA & OSENDE (1996). op. cit.

⁷⁰ CUERVO (1994), op. cit..

como resultado gran variedad de output⁷¹. Esto es lo que ha llevado a otros autores a calificar al hospital como una “empresa multiproducto”⁷².

Los autores Cuervo, Belenes y Varela⁷³ establecen que la diferencia existente entre una UPEP y una UPES reside precisamente en el grado de acabado en que se encuentra el producto hospitalario⁷⁴. De este modo consideran que una UPEP (es decir, primaria), genera como resultado un producto con un escaso grado de elaboración, de ahí que se las califique como unidades primarias. Un ejemplo sería en este caso la unidad de radiología, ya que su producto es como bien se sabe las radiografías y otro tipo de análisis que, serán después utilizados como input por otros servicios que generarán un producto más acabado. Estas unidades serán las UPES (es decir, secundarias), y un buen ejemplo lo constituye la unidad de medicina interna, cardiología, urología, etc.

Son muchos los factores que influyen en la estructura y organización de un hospital como establece Francisco Errasti⁷⁵. En este sentido, cabe diferenciar que estos factores (internos o externos), pueden venir tanto determinados por el propio hospital y sus dimensiones, como por el entorno. En cuanto al hospital, nos referimos a su personal, su motivación, la cantidad de recursos consumidos, la formación médica y de enfermería, etc.; mientras que al hacer referencia al entorno nos referimos a una gran variedad de factores: económicos, políticos, sociales, etc⁷⁶. En este sentido, el Consejo de Europa aconseja una serie de medidas en cuanto a la organización y estructura hospitalaria⁷⁷:

1. Integración de las prestaciones médicas a enfermos hospitalizados y no hospitalizados: se refiere fundamentalmente a la integración y coordinación de los servicios de consulta externa, urgencias y hospitalización.
2. Organización de los cuidados: por ejemplo, el establecimiento de cuidados psicológicos en los hospitales generales, tal y como establece Errasti⁷⁸. En este sentido, estamos también de acuerdo cuando Varela establece que el personal médico y de enfermería de los hospitales ha sido sometidos a un proceso de especialización profesional, basándose en la investigación y en

⁷¹ CUERVO (1994), op. cit..

⁷² RIVERA y OSENDE, (1996) op. Cit.

⁷³ CUERVO (1994), op. cit..

⁷⁴ Después definiremos lo que se entiende por producto hospitalario.

⁷⁵ ERRASTI, F.. (1997). Op. Cit.

⁷⁶ ERRASTI, F. (1997). Op. Cit.

⁷⁷ CONSEJO DE EUROPA, *Resolución 77 de 21 de febrero de 1977 sobre Organización y Estructura Interna de los Hospitales.*

⁷⁸ ERRASTI, F. (1997). Op. Cit.

la mejora o cura de los pacientes, pero sin embargo ha olvidado la dimensión psicológica del cliente (paciente)⁷⁹.

3. Dirección del hospital: en este caso señala Errasti⁸⁰ los siguientes puntos de interés:

- Establecer la distinción entre los titulares del hospital , que diseñan la política general del mismo, y la dirección, que diseña la administración diaria del hospital.
- Estructura de la organización, y especialmente, la coordinación entre los servicios médico y administrativo.
- Política global de dirección de personal.

4. Sistema de información: contribuye a la mejora de la calidad, directa o indirecta de la gestión hospitalaria y, en consecuencia, a la mejora del producto hospitalario.

5. Política de comunicación: es importante aquí hacer referencia tanto a la comunicación vertical como a la horizontal entre los diferentes servicios hospitalarios. Un instrumento esencial de comunicación lo constituyen los protocolos, que permiten la normalización de los procesos hospitalarios, aceptados consensualmente por el personal hospitalario⁸¹. Lo mismo podemos decir de los manuales de calidad⁸².

6. Estructura de los servicios de enfermería: en este caso se promulga la atención personalizada para el paciente o clientes. Existe un consenso entre los diferentes autores estudiados en que actualmente asistimos a una desmotivación del personal tanto de enfermería como médico, en gran parte debido al sistema público proteccionista y financiador que no hace más que fomentar el conformismo en su personal y un nivel de eficiencia por debajo del mínimo. Este factor también es achacado a la actual estructura por funciones, en lugar de procesos⁸³.

Defendemos también la visión de Varela, quien establece que la calidad de servicio hospitalario no sólo se encuentra en la calidad intrínseca del proceso técnico en cuestión, sino también en el trato que el paciente recibe⁸⁴.

7. Evaluación del trabajo médico: se propugna por diferentes autores que el objetivo sea lo que se conoce como “autoevaluación” del propio personal médico. Ellos deben ser los propios críticos con su trabajo, ya que nadie mejor que ellos saben si el trabajo ha sido correctamente realizado o no. De este modo, se consigue la reducción de unos recursos técnicos y humanos

⁷⁹ CUERVO (1994), op. cit..

⁸⁰ ERRASTI, F. (1997). Op. Cit.

⁸¹ VARO, J. (1994) Op. Cit.

⁸² VARO, J. (1994) Op. Cit.

⁸³ RIVERA y OSENDE. (1996). Op. Cit.

⁸⁴ CUERVO (1994), op. cit..

con la función específica de evaluar y controlar la función médica, lo que provocaría unos mayores costes de control y supervisión⁸⁵.

En esta misma línea se muestra Pablo López, que apela al concepto de “autoevaluación clínica”, que nace por primera vez en la década de los ochenta, que consiste en un análisis crítico de la calidad del servicio hospitalario⁸⁶. Una vez establecidos algunas de las principales recomendaciones del Consejo de Europa en su resolución de 1977, podemos pasar a considerar ya algunas de las estructuras organizativas válidas para hospitales y que nos establecen diferentes autores pioneros en esta materia.

Cuadro 2.4.1.1: Configuración Estructural

Configuración estructural	Mecanismo de coordinación	Parte fundamental de la organización	Tipo de descentralización
Organización Simple	Supervisión directa	Vértice estratégico	Centralización vertical y horizontal
Burocracia maquina	Normalización de procesos	Tecnoestructura	Descentralización
Burocracia profesional	Normalización de conocimientos	Núcleo técnico	Descentralización vertical y horizontal
Forma divisional	Normalización de resultados	Línea media	Descentralización limitada
Adhocrática	Adaptación mutua	Staff de apoyo	Descentralización selectiva
Organización misionera	Normalización de reglas	Ideología	Descentralización
Organización política	Ninguna	Ninguna	Varios

Fuente: Varo, J. (1994) Op. Cit.

⁸⁵ VARO, J. (1994) Op. Cit.

⁸⁶ LÓPEZ, PABLO, *La sanidad: un sector en cambio. Un nuevo compromiso entre la administración, usuarios y proveedores*, UIMP (Universidad Internacional Menéndez y Pelayo, Curso UIMP, Santander, 10-14 de julio de 1995.

Mintzberg⁸⁷ establece cinco formas o estructuras organizativas en los hospitales: estructura simple u organizacional empresarial; burocracia maquina; estructura multidivisional o diversificada; burocracia u organización innovadora; organización misionera; organización o actividad política. Las características de estas formas organizativas vienen establecidas en el cuadro 2.4.1.1.⁸⁸:

Otros autores^{89,90}, se basan en las formas organizativas puramente empresariales. Las características en este caso se exponen igualmente en el cuadro 2.4.1.2.

Cuadro 2.4.1.2.: Formas Organizativas Empresariales

Configuración estructural	Mecanismo de coordinación	Parte fundamental de la organización	Tipo de descentralización
Simple	Adaptación mútua	Vértice estratégico	Centralización vertical y horizontal
Funcional	Normalización	Vértice estratégico	Centralización
Multidivisional	Normalización de resultados	Línea media	Descentralización limitada vertical
Matricial	Normalización de resultados	Línea media	Descentralización vertical y horizontal.
Adhocrática	Adaptación mútua	Staff de apoyo	Descentralización selectiva

Fuente: Varo, J. (1994) Op. Cit.

Vamos a ver a continuación cuales son algunas de estas formas de organización hospitalaria, prestando atención especial a las que son más frecuentes actualmente, para acabar estableciendo la estructura organizativa que todos los autores estudiados parecen indicar como la estructura “panacea” a los problemas de ineficiencia de los hospitales: la organización por procesos. En este punto, analizaremos las aportaciones de varios autores, sus puntos de vista,

⁸⁷ MINTZBERG, H. (1979). *The structuring of organizations* (A synthesis of the research). Prentice Hall.

⁸⁸ VARO, J. (1994) Op. Cit.

⁸⁹ MENGUZZATO, M. & Renau, JJ. (1991). *La dirección estratégica de la empresa. Un enfoque innovador del management*. Barcelona: Ariel.

⁹⁰ KOONTZ, H. & O'Donell, C.. (1985). *Administración*. Madrid: Mc Graw-Hill.

las principales ventajas que imputan a la organización por procesos, así como las posibilidades y realidad aplicada de la misma en el ámbito español y brasileño.

2.4.2. Organización funcional

Cuando hablamos de una u otra forma de organización, estamos refiriéndonos en términos sintéticos a un organigrama. Un organigrama es “la expresión gráfica de la organización de los distintos servicios de un hospital con sus correspondientes líneas jerárquicas, relaciones, etc.”⁹¹ Esta definición nos va a servir para comprender la importancia de todas las estructuras organizativas que vamos a tratar. Cuando se analiza un organigrama no se está analizando tan solo un dibujo, sino que se está considerando toda una estructura, una forma en la que una entidad (sanitaria o no) se organiza.

Pero lo importante no es explicar cada estructura desde un punto de vista filosófico, sino indagar sobre las causas que explican que la estructura funcional sea la estructura más común en nuestros días, pero a la vez, la más condenada al fracaso según la literatura moderna de gestión hospitalaria. Con este propósito pretendemos aportar algo más que una literatura adicional, pretendemos determinar la consistencia, viabilidad y deficiencias de la estructura funcional hospitalaria.

En este sentido Joaquín Varo⁹² es claro: la estructura funcional en un hospital responde a la diversidad de funciones del mismo. Ciertamente la estructura funcional es la estructura predominante actualmente en las “empresas” hospitalarias, y se caracteriza por una neta separación de poderes como establece Cuervo. Vamos a ver diferentes organigramas que para un hospital representan varios autores. Para Cuervo y Varela⁹³, especialmente se deben distinguir dos grandes servicios en esta estructura: servicios asistenciales y servicios administrativos.

El servicio asistencial está formado por todas aquellas actividades que como se puede comprender están íntimamente relacionadas con la actividad médica o de enfermería. La otra gran parte sería la sección o servicio administrativo. A su vez, dentro de los servicios asistenciales tendríamos que distinguir entre dos servicios a su vez: servicio médico y servicio de enfermería.

⁹¹ ERRASTI, F. (1997) Op. Cit

⁹² VARO, J. (1994).. op. Cit.

⁹³ CUERVO, VARELA y BELENES (1994).. Op. Cit..

Y si nos adentramos un poco más, podremos distinguir también según estos autores entre: servicios tangibles y servicios intangibles, ambos, en cada uno de los servicios anteriores (médico, enfermería). Algunos ejemplos de servicios tangibles podrían ser las comidas, el arreglo de la habitación, etc. Como ejemplos de servicios intangibles tendríamos el diagnóstico emitido de un paciente, así como una intervención quirúrgica, etc.

Hasta aquí todo es sencillo y parece que nos existen razones que nos hagan pensar en posibles problemas de la estructura organizacional. Sin embargo, retomando a Varo, nos damos cuenta de que la realidad es mucho más complicada. Su clasificación de la estructura funcional no difiere en lo esencial de la proporcionada por Cuervo y Varela⁹⁴, pero va más allá y es capaz de establecer la problemática que comporta. Varo considera dos funciones básicas:

1. Función asistencial: desarrollada por el departamento médico y por el departamento de enfermería.
2. Función auxiliar: desarrollada por la Dirección del hospital⁹⁵.

Pero como hemos dicho, Varo⁹⁶ establece una problemática que surge de la propia estructura organizativa. Considera que la función asistencial realizada por dos departamentos paralelos como son el departamento médico y el departamento de enfermería comporta problemas irremediables entre ambos. Afirma que la teoría de la organización establece que el mejor mecanismo para conseguir eficacia es la separación de ambos departamentos, de forma que no estén situados en paralelo, sino que sea el departamento médico quien actúe como supervisor continuado de la actividad de Enfermería. Sólo de este modo es posible eliminar los problemas profesionales y la falta de comunicación y de colaboración que surge entre ambos departamentos asistenciales.

Ciertamente, el problema de compatibilidades entre ambos departamentos es algo que nos señalan otros autores, y que surge de la situación de ambos en el mismo nivel organizativo y sin la comunicación que se requeriría para un gestión asistencial eficiente. Por ejemplo, Cuervo establece la posibilidad de que las competencias no estén claramente definidas entre ambos, provocando problemas importantes. Pero es posible, señala, que todo se complique aún más si el director general no es médico, pues en tal caso no tendrá conocimientos para

⁹⁴ VARO, J. (1994).. op. Cit.

⁹⁵ Ambos autores coinciden en sus grandes dos divisiones, y en la separación del servicio asistencial en dos partes: la médica y la de enfermería.

⁹⁶ VARO, J. (1994).. op. Cit..

solucionar este problema atribuyendo la competencia al departamento médico o al de enfermería⁹⁷.

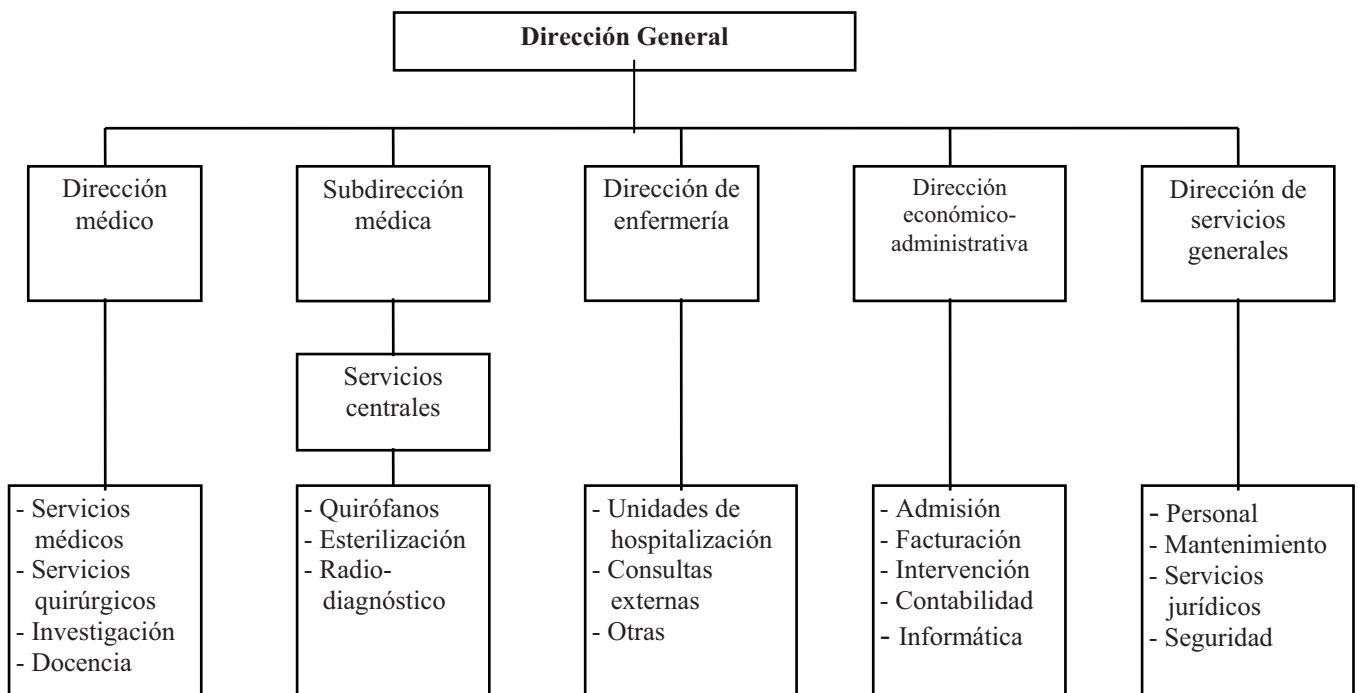
Todo esto provoca que, como se dijo anteriormente, esta forma organizativa sea la más vigente, pero que esté igualmente condenada al fracaso, por esta y otras razones que después veremos⁹⁸.

Errasti establece una estructura funcional donde distingue entre los siguientes servicios o departamentos:

1. Dirección médica: servicios médicos, servicios quirúrgicos, investigación, docencia, etc.
2. Subdirección médica: quirófanos, radio-diagnóstico, etc.
3. Dirección de enfermería: unidades de hospitalización, consultas externas, etc.
4. Dirección económico-administrativa: admisión, facturación, contabilidad, informática, etc.
5. Dirección de servicios generales: personal, mantenimiento, seguridad, etc.

Como se puede observar, las diferencias con respecto los autores anteriores son mínimas. Viene a resaltar la sección médica, enfermería, y la dirección administrativa, igual que los autores anteriores. En todo caso se puede comentar la inclusión en el organigrama y de forma explícita de los servicios generales (limpieza, seguridad, etc.), que en muchas ocasiones son subcontratados.

Figura 2.4.2.1. : Organización Funcional



Fuente: Errasti (1997), Op. cit

⁹⁷ CUERVO, VARELA y BELENES, Op. Cit.

⁹⁸ CUERVO, VARELA y BELENES, Op. Cit

Como dijimos antes, los problemas de esta organización por funciones son varias. Algunas de ellas serán más detenidamente estudiadas cuando la comparemos con la estructura por procesos. En todo caso, podemos remarcar todavía la problemática que deriva de la desmotivación del personal médico y de enfermería, su falta de implicación en el proceso asistencial, su descoordinación, y otras que veremos más adelante. Ciertamente, un proceso asistencial requiere la utilización de todos estos servicios (médico, enfermería, administrativo), pero al funcionar todos ellos de forma muy independiente, todo lleva a un caos, ningún departamento sigue detenidamente el proceso, lo que lleva a que nadie sepa exactamente en qué fase del proceso se encuentra el paciente⁹⁹.

De igual forma, el paciente recibe el tratamiento de una multiplicidad de médicos y enfermeras cuando pasa de un servicio a otro. Esto es desmotivador tanto para el personal, que no se siente parte del proceso asistencial, como para el paciente (cliente), que no recibe un trato personalizado ya que los médicos que empezaron el proceso nada tienen que ver con los que lo acaban¹⁰⁰.

Por otra parte, tenemos el problema adicional de la circulación física de los pacientes, que viene dificultada por la lejanía entre los diferentes servicios por los que tiene que pasar el paciente. Ello origina en muchas ocasiones un caos, hasta el punto que el paciente se pueda ver psicológicamente dañado por la pésima calidad de servicio obtenida¹⁰¹.

En este sentido, la organización por procesos debe ordenar físicamente estos servicios para que el curso del proceso sea cómodo en lugar de molesto para el paciente. Dicho en otras palabras, en cada proceso debe encontrarse los servicios que son necesarios desde el principio al final de dicho proceso¹⁰².

Hay que considerar, por último, que los centros del INSALUD están sometidos a una normativa que establece la estructura funcional obligatoria de todo hospital que pertenezca al INSALUD. Esta estructura, viene establecida en la figura 2.4.2.2.¹⁰³

⁹⁹ CUERVO, VARELA y BELENES, Op. Cit.,

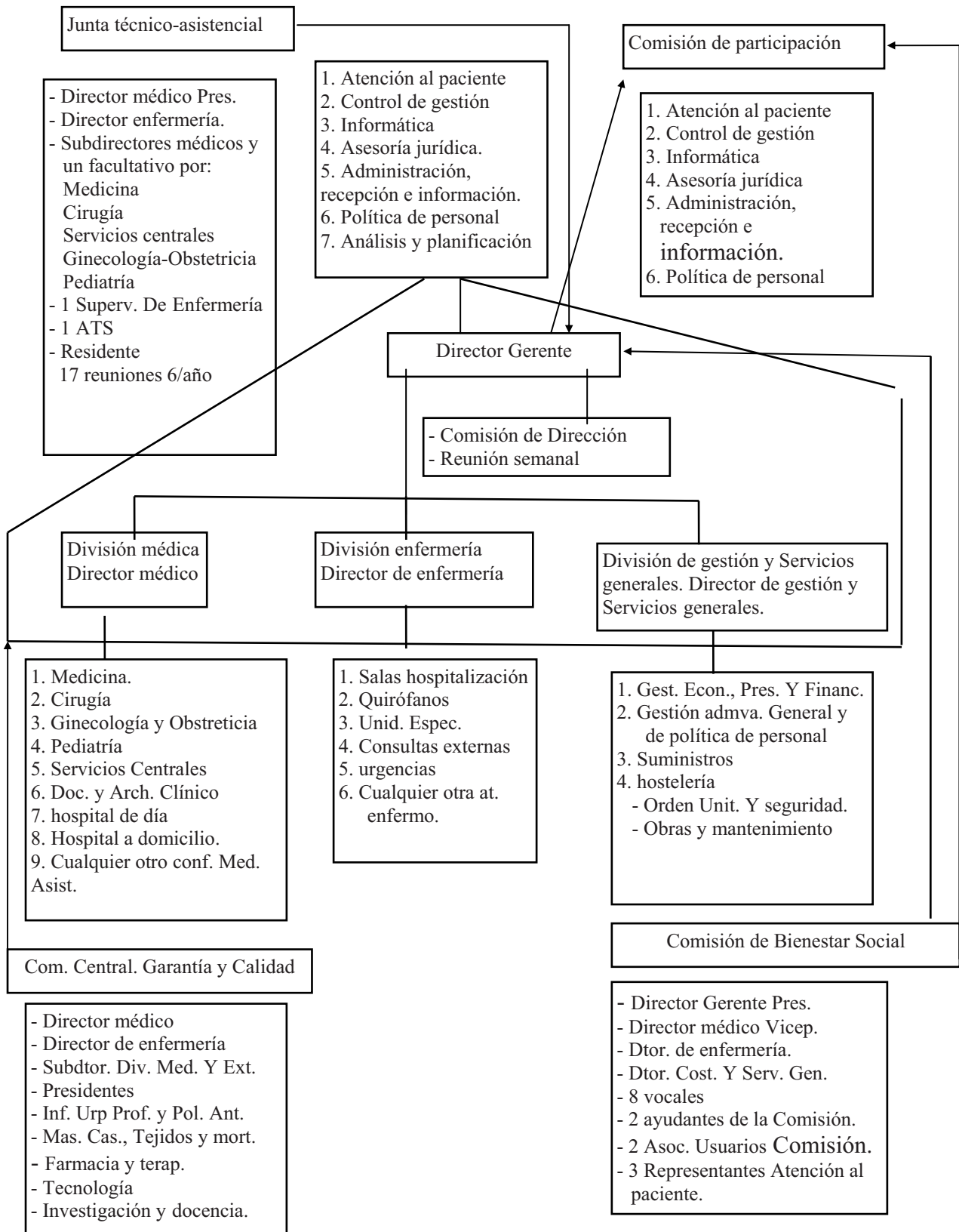
¹⁰⁰ RIVERA y OSENDE (1996). Op. Cit.

¹⁰¹ RIVERA y OSENDE (1996). Op. Cit.

¹⁰² CUERVO, VARELA y BELENES, Op. Cit.

¹⁰³ REAL DECRETO 521/1987 de 15-4.

Figura 2.4.2.2: Esquema Organizativo Funcional Establecido por el INSALUD



Fuente: Errasti (1997) op. Cit.

Como se puede observar, ratifica los modelos de estructuras de los anteriores autores, diferenciándose claramente la división médica, división de enfermería, y división de gestión, todo ello dependiendo de la dirección general o gerencia.

En todo caso, para acabar, quisiéramos hacer mención a la afirmación oportuna de Errasti: “un organigrama no garantiza una buena gestión, aunque sin duda favorece un mejor funcionamiento y, por tanto, la eficacia del hospital”¹⁰⁴.

2.4.3. Burocracia profesional

Esta organización definida por Mintzberg¹⁰⁵, tiene su justificación en el alto grado de calificación que tiene lugar en una organización hospitalaria. Esta es la esencia de la burocracia profesional como muy bien define el nombre.

El núcleo principal de poder viene determinado por el cuerpo técnico, no por los directivos. Se caracteriza porque cada profesional pretende maximizar su esfera de poder. Cada profesional tiene su celda, su ámbito que parece intocable por el resto del personal hospitalario, de modo que todos se respetan, y a su vez, intentan abarcar más actividades, ya que estas determinan el poder.

En esta estructura, el profesional no sólo desea abarcar poder en cuestiones técnicas en calidad de médico, sino que pretende tener autonomía suficiente para fijar retribuciones, sistemas de incentivos, selección de personal en su ámbito, etc., que se caracteriza por lo siguiente¹⁰⁶:

1. El mecanismo de coordinación consiste en la normalización de conocimientos: esto significa que cuanto más cercanos y comunes sean los conocimientos de los profesionales, mejor será la coordinación.
2. La parte principal de la organización es el núcleo técnico, como acabamos de exponer anteriormente. Su poder es muy elevado en su correspondiente especialización¹⁰⁷.
3. Descentralización vertical y horizontal, con la supervisión de los jefes de los servicios que acaparan el máximo poder posible.

Efectivamente, los autores Cuervo, Belenes y Valera también proponen esta forma organizativa como vigente en algunos casos, juntamente con la estructura funcional u la

¹⁰⁴ ERRASTI, F. (1997) Op. Cit.

¹⁰⁵ MINTZBERG, H.. (1984). La Estructuración de las Organizaciones. Ariel.

¹⁰⁶ VARO, J., (1994) Op. Cit..

¹⁰⁷ CUERVO (1994). Op. Cit.,.

estructura por productos. Establecen que el núcleo operativo es la parte más importante de esta organización, formada por: personal médico y personal de enfermería. Aconseja que estos sean auténticos profesionales, dada la gran autonomía y recelo con que guardan su área de poder. Destaca por último la importancia que tiene un buen protocolo de los procesos asistenciales hospitalarios, ya que sólo de este modo se puede conseguir la uniformidad de los resultados, que es como dijimos, el principal mecanismo de coordinación¹⁰⁸.

También otros autores estudiados como J.Valor y J.Ribera¹⁰⁹ establecen una aproximación crítica a esta forma organizativa, citando textualmente: “Esta función múltiple del médico en un hospital, apoderado de las decisiones del clientes, asalariado del hospital, cliente de otros servicios, proveedor de otros servicios, etc., es una de las características del proceso de producción de un centro hospitalario que más dificultades entrañarán en el análisis de la empresa sanitaria”.

2.4.4. Organización multidivisional geográfica

Las divisiones de las estructuras organizativas hospitalarias pueden ser de muy diversa naturaleza: productos, grupos de clientes, productos, zonas geográficas, etc. Varo se refiere aquí a una división geográfica, que es un de las comunes cuando estamos hablando de organizaciones de gran tamaño. Sin embargo hay que hacer mención a que no se refiere a un hospital individualmente considerado, sino a la estructura hospitalaria pública. Dicho de otro modo, considera que cada hospital es una división que se diferencia fundamentalmente de las restantes por estar situadas en diferentes localizaciones geográficas. Esta visión nos permite la analogía con la empresa transnacional o multinacional, que dispone de diferentes filiales repartidas por ámbitos territoriales diferentes¹¹⁰. Esto le lleva a concluir que la estructura funcional en que se organiza cada división (hospital) no es más que una subestructura organizativa, ya que la verdadera organización la constituyen las divisiones geográficas¹¹¹.

Podemos sacar las siguientes conclusiones:

- El mecanismo de coordinación en la estructura multidivisional es la normalización de los resultados.
- El mecanismo de coordinación de la estructura funcional es la mera normalización.
- La parte principal de la organización en una estructura multidivisional es la línea media.

¹⁰⁸ CUERVO, BELENES y VALERA, Op. Cit

¹⁰⁹ VALOR, J.; RIBERA, J. (1996) op. Cit..

¹¹⁰ VARO (1994) Op. Cit.

¹¹¹ VARO (1994) Op. Cit.

- La parte principal de la organización en la estructura funcional es el vértice estratégico.

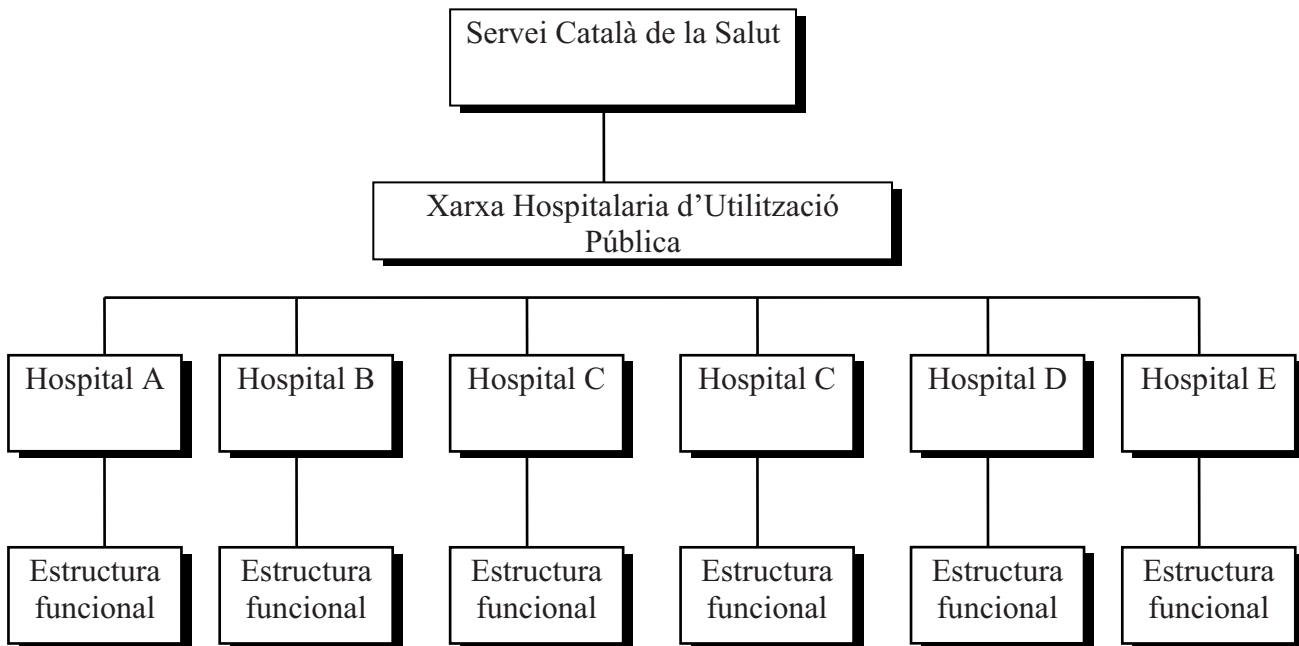
Las anteriores consideraciones nos permiten entonces distinguir la superestructura en la que se encuentran el conjunto de entidades hospitalarias que pertenecen a la XHUP, con independencia de su titularidad (pública o privada), y por otra parte la estructura hospitalaria de cada una de las divisiones (hospitales). En base al conocimiento de estas estructuras ya podemos elaborar nuestro propio esquema organizacional del actual sistema de salud del Servei Català de la Salut reflejado en la figura 2.4.4.1.

Las dos características básicas son:

- El mecanismo de coordinación es la normalización de resultados: esto significa que las divisiones (hospitales) estarán coordinadas cuando se consiga una uniformidad entre las mismas.
- La parte principal de la organización son los directores de cada división, o sea, de cada hospital.

Mintzberg¹¹² establece una crítica a esta forma organizativa, cuál es que las divisiones, y más concretamente los directores de cada una de ellas, no goza de la autonomía que sería necesaria para una correcta gestión hospitalaria. Considera que cada división es un sistema cerrado, ya que el poder queda concentrado en la sede central, lo que puede provocar que estas divisiones u hospitales deriven en lo que se denomina como “organizaciones instrumentales”.

Figura 2.4.4.1.: Estructura Organizativa del Sistema Hospitalario de Cataluña



Fuente: elaboración propia.

¹¹² MINTZBERG, M. (1989). *Inside our strange world organizations*. New York: The Free Press.

2.4.5. Organización por procesos

La componente más elemental de la actividad de la organización es la tarea. Una actividad de la que se responsabiliza una persona que, habitualmente, lleva a cabo una cantidad elevada de tareas.

Sobre el proceso se basan la mayor parte de los nuevos paradigmas de gestión: “Un proceso consiste en una serie de actividades (normalmente secuenciales) en las que interaccionan entidades permanentes del sistema (personal, maquinaria, equipos, etc.), con entidades transitorias (clientes, materiales, expedientes, etc), con el objetivo de la creación de un producto o la prestación de un servicio que tiene valor para un cliente (interno o externo)”¹¹³.

Al concebir la organización como un conjunto de procesos, se debe pensar en qué y para quien se realiza un determinado proceso. Esta concepción es innovadora en el sentido de que todo proceso, y por lo tanto toda la actividad de la empresa, está encaminada a producir un bien o servicio que va a usar alguien capaz de juzgar su calidad.

“Si en la empresa hay alguna actividad para la que no se puede identificar un cliente que utilice el resultado de la misma y que sea capaz de juzgar su calidad, dicha actividad, seguramente ha de eliminarse”¹¹⁴. A su vez, existe consenso en el hecho de que en una organización no existen más de veinte procesos¹¹⁵.

Se trata de una innovación radical de un proceso, es decir una “reconsideración fundamental y un rediseño radical de los procesos de negocio para alcanzar drásticas mejoras en las medidas críticas de resultados, como son el coste, la calidad, el servicio o la rapidez”¹¹⁶.

Pero innovación o reingeniería de procesos no es lo mismo que mejora continua de la calidad. Si la innovación persigue un nivel de cambio radical, la mejora pretende seguir realizado el proceso de la misma manera pero con un nivel creciente de eficiencia y eficacia que, en lo posible, sea perceptible por el cliente.

En una organización bien gestionada, ambos enfoques pueden realizarse simultáneamente. Algunos procesos pueden ser objeto de reingeniería, mientras otros procesos pueden ser objeto de mejora continua. Sin embargo, no es posible aplicar ambos enfoques de manera simultánea, al mismo proceso.

¹¹³ Andreu R., Ricart J. y Valor J. “La organización en la era de la información. Aprendizaje, innovación y cambio”. Página 32. Arthur Andersen-IESE. Barcelona, 1995.

¹¹⁴ Andreu R., Ricart J. y Valor J. “La organización en la era de la información. Aprendizaje, innovación y cambio”. Página 32. Arthur Andersen-IESE. Barcelona, 1995.

¹¹⁵ Prof. Castán. Curso doctorado 1996-97.

¹¹⁶ Hammer y Champy, Reingeniería en la empresa. 1993.

El cuadro 2.4.5.1. ilustra las principales diferencias entre ambos enfoques¹¹⁷.

Cuadro 2.4.5.1: Principales Diferencias entre Mejora Continua y Reingeniería

	<i>Mejora continua</i>	<i>Reingeniería</i>
Nivel de cambio	Incremental	Radical
Punto de partida	Proceso existente	Proceso desde cero
Frecuencia cambio	Una vez o continua	Una sola vez
Duración proceso	Corta	Larga
Participación	Abajo – arriba	Arriba - abajo
Ámbito típico	Dentro de una función	Cruzando funciones
Riesgo	Moderado	Elevado
Facilitador cambio	Control estadístico	Tecnología información
Tipo de cambio	Cultural	Cultural y estructural

Fuente: , Ricart y Valor. Op cit

Como ya se comentó antes, la estructura más común en nuestros días aplicada a los hospitales es la estructura funcional, si bien es también una forma organizativa que está recibiendo numerosas críticas y que varios califican como de ineficiente¹¹⁸.

Pero sería interesante, antes de seguir, establecer las razones básicas de esta ineficiencia, y que Rivera y Osende¹¹⁹ resumen en seis puntos simplemente:

1. Acumulación de pacientes en salas, con largos tiempos de espera para atenderles. Este problema se ve agravado por la larga serie de especialistas por los que debe pasar el paciente, y porque en muchas ocasiones se alargan de forma innecesaria los tiempos de tratamiento.
2. Largos tiempos de espera asociados a los tiempos de preparación de cada paciente en cada etapa de diagnóstico y/o de tratamiento. Todo ello lleva a la generación de tiempos no productivos de los recursos a lo largo de todo el proceso.
3. Duplicación de pruebas de diagnóstico y terapéuticas por falta de desconfianza o descoordinación. Esto supone un sobrecoste totalmente ineficiente, debiendo implantar un cambio cultural dirigido hacia la prestación de los servicios de forma única, evitando las posibles duplicidades.

¹¹⁷ Tomado de Andreu, Ricart y Valor. Op cit.

¹¹⁸ CUERVO, VARELA y BELENES, op. Cit., p. 285.

¹¹⁹ RIVERA y OSENDE, Op. Cit., p. 61.

4. Realización de pruebas innecesarias que podrían ser evitadas en caso de una mayor preparación del personal sanitario. A veces ocurre que el especialista sin experiencia en su puesto exija mayor número de pruebas para asegurarse del diagnóstico y/o del proceso terapéutico.
5. El exceso de movimiento físico de los pacientes de unos servicios a otros a medida que avanza el proceso. Este aspecto, que parece tan simple, provoca grandes costes y especialmente:
 - Exceso de personal que se dedica a hacer efectivos estos traslados dentro del hospital.
 - Exceso de espacio de comunicación no productivo. El transporte es una fase que no incorpora por sí solo valor añadido al paciente, sino que en todo caso no hace más que causarle molestias.
 - Exceso de horas no productivas del personal sanitario.
6. Exceso de tiempos de tratamientos por dificultad de establecer procedimientos repetitivos de coordinación entre los distintos departamentos o personal de un mismo departamento.

Ante este cúmulo de ineficiencias que nos muestra la organización funcional, debemos preguntarnos si existe alguien a quien esta estructura organizativa le beneficie, y en este sentido la respuesta es clara: no existen indicios de que nadie se vea beneficiado. Por una parte, los pacientes desean el cambio, ya que su satisfacción se ve francamente mermada con este sistema, y al mismo tiempo se siente como un “producto” físico con tantos y tantos desplazamientos, con tantos tiempos de espera y demás. Por otra parte, vemos que al Gobierno tampoco le interesa, ya que se están consumiendo un exceso de recursos que de forma ineludible (por el momento) debe sufragar él. El gobierno ve de este modo que el gasto sanitario se dispara año tras año, con las dificultades que entraña para el cumplimiento de otros objetivos de política económica. Por último, tampoco al personal sanitario le conviene una forma organizativa. Pensemos que no se siente parte del producto (paciente), ya que no sigue con rigor todo el proceso, tan sólo se preocupa de poner su parte como el resto de servicios, y posteriormente enviarlo al siguiente servicio o departamento para que le sea aplicado la siguiente parte del proceso. Como se puede comprender, su desmotivación puede ser bastante grande.¹²⁰

Al hablar de la organización funcional hemos tratado la división por funciones, que también reciben el nombre de departamentos, Unidades Productivas Especializadas (UPE), o

¹²⁰ RIVERA y OSENDE, Op. Cit

bien Unidades Funcionales de Atención (UFA). Cada autor tiene sus muletillas, pero la realidad es sólo una: todos estos servicios no tienen porqué desaparecer con el paso a una organización por procesos. Lo único que se modifica pasando de una estructura funcional a una estructura por procesos es la forma de organización de dichos servicios, es decir, su agrupación por procesos¹²¹.

El cuadro 2.4.5.2 establece los principios fundamentales de la ingeniería por procesos¹²²:

Cuadro 2.4.5.2. Principios Fundamentales de la Innovación Radical de Procesos

1. Organizarse tomando como base los productos y servicios y no las funciones
2. Encadenar los procesos tanto como sea posible, de modo que una persona sea responsable de una secuencia larga y saque partido del resultado de sus acciones anteriores.
3. Combinar el trabajo de proceso de información con el trabajo que genera la propia información.
4. Tratar recursos dispersos geográficamente como se estuviesen en un mismo lugar, gracias a la tecnología.
5. Descentralizar las decisiones tanto como sea posible, poniendo el sistema de control necesario para poderlas evaluar.
6. Capturar la información una sola vez, y hacerlo donde esta se genere.

Fuente: Valor, Josep.

¹²¹ CUERVO, VARELA y BELENES, Op. Cit.

¹²² VALOR, JOSEP, *Els sistemes d'informació a l'empresa*, Op. Cit

Sin embargo, creemos que uno de los problemas que surge es que, si bien varios autores propugnan como panacea a estos problemas el paso a una estructura por procesos, no todos establecen claramente los pasos que se han de seguir. En base a los estudios revisados, hemos encontrado dos aportaciones que nos parecen importantes. Varela, establece que en cuanto a la implantación de una organización por procesos se debe tener en cuenta dos aspectos fundamentales¹²³:

1. Definir la calidad de la atención para cada línea de producto: Algunas medidas en esta línea serían las siguientes:
 - Eliminar los diagnósticos incorrectos.
 - Calidad en las intervención quirúrgica, tasa de infecciones, calidad de los cuidados, etc.
 - Medir la satisfacción de los pacientes, índice de mortalidad, número de reingresos, etc.
 - En definitiva, definir los estándares de calidad deseados para cada línea de producto (proceso).
2. Control de costes.: En este sentido se debe analizar en el análisis de consumo por cada producto (radiología, análisis, urología, etc.). Precisamente, como establece Varela, la organización por producto permite una filosofía de reducción de costes, especialmente los que se derivan de los tiempos de espera en el traslado del paciente de un servicio a otro, lo que permitirá a su vez reducir la estancia media por paciente en el hospital.

Esta aportación de Varela, a pesar de ser importante no establece dos pasos esenciales en la implantación de la organización por procesos, no describe desde un punto de vista teórico lo que podríamos llamar como manual de implantación de una organización por procesos en un hospital. Para solucionar esta laguna tan importante, hemos recurrido a un estudio realizado por Pere Monràs, quien establece los siete pasos que según su opinión constituyen la esencia de la organización por procesos¹²⁴:

1. Identificación del o de los profesionales interesados en el cambio: es obvio que sin ellos no hay ninguna posibilidad de llevar a cabo el cambio con éxito. En este sentido, se ha de investigar sobre aquellos profesionales que están dispuestos a tirar a delante este proyecto. Se necesita que, todos el personal de la organización se vea implicado en este cambio. Aquellos

¹²³ CUERVO (1996) Op. Cit.

¹²⁴ MONRÀS, P. (1995). La sanidad: un sector en cambio. Un nuevo compromiso entre administración , usuarios y proveedores, Universidad Internacional Menéndez Pelayo, Curso UIMP, Santander, del 10 al 14 de julio de 1995, p. 220.

que no crean en el cambio, no deben ser considerados en el proceso, y en realidad irán desplazando de la organización por sí solos¹²⁵.

2. Delimitación de las actividades relacionadas con este proceso: todo proceso requerirá unos servicios determinados, que serán los que precisamente se aplicarán al paciente durante el transcurso del paciente. Estas UFA deberán quedar claramente definidas, pues sólo de este modo se evitarán los flujos físicos de pacientes que tan incómodos resultan. Lo importante es que el una vez una unidad haya intervenido sobre el paciente, el paso a la siguiente unidad, también integrada en el proceso, se haga de forma continuada, sin tiempos de espera ni largos desplazamientos físicos.

3. Reconocimiento de las especialidades funcionales diversas según el proceso considerado: si bien cada proceso tendrá sus respectivas unidades o servicios, existen en cada proceso unos servicios u UFA más importantes que otros.. Estas UFA destacables son las que determinan la especialización del proceso, y depende de la naturaleza del mismo.

4. Reconocimiento de las especificidades estructurales que hacen que cada UFA (Unidad Funcional de Atención) deba compaginar adecuadamente los recursos disponibles.

5. Reconocimiento de las especificidades logísticas de cada proceso, ya que cada uno de ellos es diferente por definición, y por tanto, también lo serán sus circuitos de flujos del paciente y localización de las UFA del proceso. Por ejemplo, el proceso de pacientes con cáncer de pulmón, necesitará unos circuitos de movimiento del paciente que será diferente que el proceso de pacientes con leucemia.

6. Establecer los niveles de calidad que se desean conseguir: si recordamos, es uno de los puntos que también sugiere Varela¹²⁶.

7. Conseguir la colaboración y cooperación de otros niveles asistenciales que se consideren de importancia, ya sean estos niveles asistenciales de atención primaria u hospitalaria.

Un elemento imprescindible en el análisis, diseño, o rediseño de servicios -y en general, de cualquier secuencia de actividades operativas, es el diagrama de flujo de proceso. En este sentido, el primer paso en la realización de un diagrama de flujo consiste en definir el objetivo del propio diagrama, delimitar el proceso a analizar y elegir la unidad en torno a la cual se va a estructurar el diagrama. En el caso de los servicios es habitual que el diagrama se estructure en torno al cliente. Desde una perspectiva más amplia, la empresa, organización o unidad de negocio realiza una serie de actividades que llegan al consumidor en forma de productos o

¹²⁵ CUERVO, VARELA y BELENES, Op. Cit.,

¹²⁶ CUERVO (1996). Op. Cit..

servicios. Así, el conjunto de actividades sobre materias primas cuyo producto llega al cliente y de las que normalmente una empresa realiza sólo un subconjunto, constituye un sistema de valor.

Los “cambios en la estructura de relaciones entre los participantes en un sistema de valor específico, pueden dar lugar a remodelaciones muy importantes en la estructura del propio sistema de valor, en el que los papeles y roles de dichos participantes pueden verse transformados, incluso drásticamente”¹²⁷.

Una vez aplicados los pasos antes indicados, la organización por procesos deberá a empezar a dar sus frutos. En este sentido, Rivera y Osende establecen los especialmente los siguientes resultados favorables que se pueden dar:

1. La mejora de la calidad y valor del servicio percibido por el cliente y, por tanto, la satisfacción que este tendrá en el proceso poscompra del servicio hospitalario.
2. La mejora del ambiente laboral del personal médico. Como antes se indicó, existirá un único equipo médico que atenderá al paciente durante todo el proceso, desde que este ingresa hasta que se le da el alta. Esto provocará que el personal asistencial, tanto médico como de enfermería se vea implicado como parta del producto final: la cura o mejora de salud del paciente. Esto es imposible en una estructura funcional, donde nadie se responsabiliza del proceso, nadie sabe con exactitud en qué fase se encuentra, etc.
3. La mejora continua de los procedimientos, tanto para alcanzar una mayor calidad asistencial como eficiencia económica.
4. La prestación de servicios de forma consistente y equilibrada con la demanda. De este modo, es posible reducir los tiempos de espera¹²⁸.
5. La disminución del coste del desperdicio y con ello el aumento de la productividad.
6. El aumento de la rentabilidad, como resultado de una mayor eficiencia que deriva a su vez de la reducción de los costes de la no calidad del servicio hospitalario.^{129, 130}

Como indican Rivera y Osende¹³¹, es necesario poner fin a los tres principales problemas con los que actualmente se enfrenta el sistema hospitalario¹³²:

¹²⁷ CUERVO (1996). Op. Cit..

¹²⁸ CUERVO, VARELA y BELENES, Op. Cit., p. 243. Estos autores remarcan dos tipos de tiempos de espera: los que se dan para una consulta externa y los que se dan para la hospitalización del paciente.

¹²⁹ GOHARRIZ, KARL K. (1993). La calidad en la empresa. Madrid: Edición La Gaceta de los Negocios.

¹³⁰ AMAT, ORIOL (1993). Costes de calidad y no calidad. Barcelona: Ediciones Gestión 2000.

¹³¹ RIVERA y OSENDE, Op. Cit

¹³² Podríamos decir que son los problemas de todo es servicio sanitario y no tan solo del servicio hospitalario.

1. Excesivo desperdicio económico, lo cual hace cada vez más insostenible el actual sistema. Se define como desperdicio a “todo lo que no sea la cantidad mínima de equipo, materiales, componentes, espacio y tiempos del trabajador, que resulten absolutamente esenciales para añadir valor al producto”¹³³.
2. Una baja satisfacción del cliente final (paciente).
3. Una baja satisfacción del personal sanitario.

No queremos dar la impresión de que el paso de una organización funcional a una por procesos sea ni mucho menos la panacea, sino que es una de las medidas que pueden contribuir seriamente a estos objetivos. Debemos tener en cuenta que este paso no se lleva a cabo por capricho, sino que responde a una necesidad de supervivencia¹³⁴.

En esta línea establecen Rivera y Osende que “ la solución más ambiciosa que en la actualidad se apunta proviene de la filosofía de la Gestión de la Calidad Total, con la implantación de nuevos sistemas de gestión por procesos. Para ello será necesaria la identificación y clasificación preliminar de los pacientes ingresados en hospitales en grupos “similares” por sus características clínicas y de consumo de recursos. Esto es perfectamente factible en la actualidad gracias a las herramientas de gestión de Sistemas de Clasificación de Pacientes (SCP)”¹³⁵.

El anterior párrafo nos ha parecido especialmente importante, ya que se señalan muchos aspectos sobre los cuales descansa nuestro trabajo, y que además algunos ya han sido tratados. En relación a esta cita, podemos sacar los siguientes puntos básicos:

1. La Calidad Total se establece como solución irrefutable en la gestión hospitalaria.
2. El principal instrumento para conseguir la Calidad Total en los hospitales es la Gestión por Procesos.
3. El primer paso para establecer una Gestión por Procesos es conocer los GRD (Grupos Relacionados de Diagnóstico), para así integrar en cada proceso a pacientes con diagnósticos y consumos (isoconsumos) iguales o parecidos¹³⁶.

¹³³ RIVERA y OSENDE, Op. Cit.

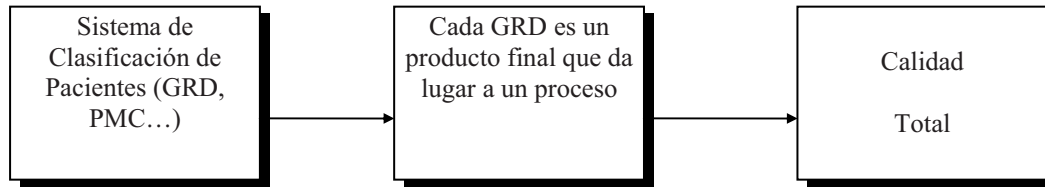
¹³⁴ Sesión informativa de reingeniería por procesos por el Consejero Delegado de la firma AZCO NOBEL, S.A., Cursos de Doctorado, asignatura del Dr. Castán.

¹³⁵ RIVERA y OSENDE, Op. Cit

¹³⁶ CUERVO, VALERA y BELENES, Op. Cit

Como se puede observar, se trata de una cadena lógica que nos puede servir de gran interés para no perder de vista nunca los pasos que se han de seguir para implantar un sistema de Calidad Total en la gestión hospitalaria.

Figura 2.4.5.1: Implantación de la Calidad Total Hospitalaria



Fuente: elaboración propia a partir de Rovira y Osende.

Ya se habló de las técnicas o sistemas de clasificación de pacientes, como el GRD, PMS, y demás. Sin embargo, a pesar que los definimos y vimos que cada GRD (el sistema más utilizado) era un producto final, no explicamos exactamente donde encajaba todo ello en un trabajo de gestión hospitalaria hacia la Calidad Total. Esta respuesta la acabamos de encontrar mediante este encadenamiento simple pero lógico, que nos establece Rovira y Osende, y que nosotros hemos esquematizado con la figura 2.4.5.1.:

Explicando todo este entramado de soluciones, todo parece sencillo en teoría, pero deberíamos preguntarnos si también lo es en la práctica. Obviamente no lo es tanto, pero también debemos resaltar que es posible llevar a cabo el cambio que supone pasar de una estructura funcional a una estructura por procesos. Un ejemplo lo tenemos en el Consorcio Hospitalario Parc Taulí de Sabadell¹³⁷, donde se han conseguido resultados francamente buenos:

- Las UFA del proceso de insuficiencia coronaria ha permitido una mejora de la cultura a los propios pacientes ingresados, y una reducción de la mortalidad intrahospitalaria por esta enfermedad.
- Las UFA del proceso de patología mamaria ha permitido el aumento de la detección de lesiones y se han mejorado los procedimientos diagnósticos.
- Las UFA del proceso de insuficiencia renal ha propiciado el establecimiento de programas de decisión conjunta con el paciente, así como tratamientos sustitutivos, etc.

Como se puede observar mediante esta evidencia empírica, nada es fácil pero se pueden conseguir resultados muy favorables mediante este cambio organizacional que supone el paso de funciones a procesos.

¹³⁷ MONRÀS, PERE, Organización por procesos, Curso UIMP (Universidad Menéndez Pelayo), Santander, del 10 al 14 de julio de 1995, p. 220-221.

Pero lo que no se ha comentado es que la organización por productos exige en mayor o menor grado la atomización de los servicios o unidades (UFA). Esto se debe fundamentalmente a que debido a las nuevas tecnologías, nuevas enfermedades y otros factores, se están produciendo en cada unidad unas especializaciones dentro de la misma. Esto llega a tal punto que es necesaria la escisión de estas especializaciones, apareciendo nuevos servicios o unidades. Esto deriva a una organización por procesos por la siguiente razón. Es posible que dos procesos integren en él a una misma unidad, por ejemplo la de análisis de sangre. Sin embargo, estas dos unidades no serán idénticas, sino que estarán adaptadas al proceso al cual se integran. Es decir, estarán especializadas, y quizás hayan sido el resultado de una escisión de lo que en su momento era una única unidad de análisis de sangre. Por tanto, los procesos obligan a la atomización y especialización de los conocimientos, en aras a conseguir una mayor calidad en la prestación de servicios hospitalarios¹³⁸.

Como establece Valera¹³⁹, la organización por procesos es la forma a la que se tiende en la actualidad y se muestra en principio como solución a los problemas que plantea la organización por funciones. Afirma también que la organización por procesos o productos aparece como idónea cuando los output se caracterizan por tener formas muy diferentes de organizar los recursos.

Esto es lo que precisamente ocurre en un hospital. Como establece Errasti, el hospital es una organización multiproducto, caracterizada por la amplitud y variedad de servicios que ofrece, así como la variedad de conocimientos que se requieren en su personal¹⁴⁰.

Esto nos lleva a concluir que el hospital cumple con el requisito primero que exige la implantación de una organización por procesos. Pero debemos ver algunos ejemplos que nos proponen los autores estudiados sobre el organigrama que podría tener una organización por procesos. En este sentido, Valera remarca cuatro productos o procesos generales, que obviamente serán después más concretados¹⁴¹:

1^{er} proceso: proceso ambulatorio.

2^o proceso: proceso hospitalario.

3^{er} proceso: proceso de investigación.

4^o proceso: proceso de formación.

¹³⁸ CUERVO, VALERA y BELENES, Op. Cit.

¹³⁹ CUERVO, VALERA y BELENES, Op. Cit.

¹⁴⁰ ERRASTI (1997) Op. Cit..

¹⁴¹ CUERVO, VARELA y BELENES, Op. Cit.

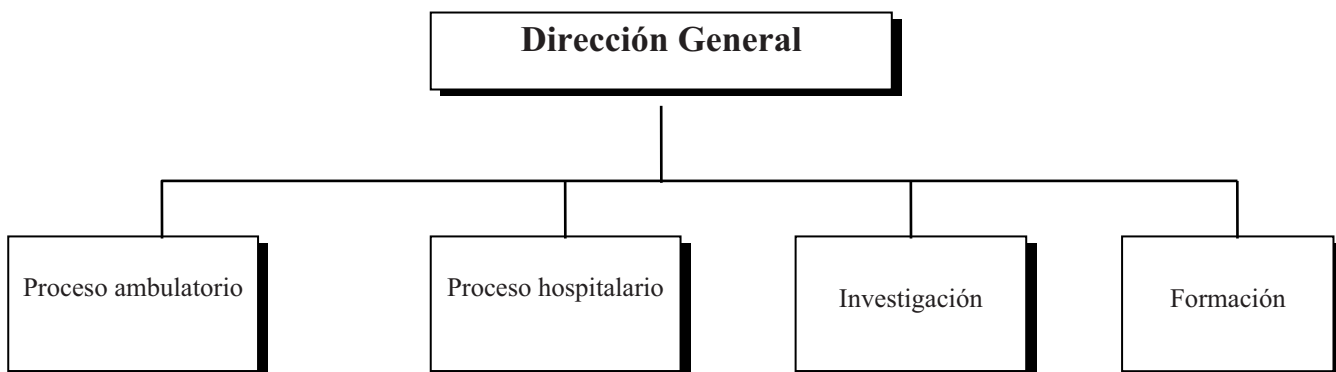
Se distinguen entre estos cuatro procesos fundamentales por entenderse que poco tienen en común entre sí, y por ende, la forma de organizar los recursos en cada uno de ellos será muy diferente. De igual modo, dentro de cada uno de estos procesos tan generales, podremos diferenciar diferentes procesos más detallados. Por ejemplo, en el proceso de hospitalización, distinguiremos el proceso de Fallo Cardíaco, Azotemia Renal, Piel Infecciosa, Respiración con Bronquitis, etc. Cada uno de estos procesos requerirá unos servicios determinados, y serán diferentes entre sí, pero todos ellos a su vez pertenecerán a este gran proceso que es el proceso hospitalario.

Puestos a generalizar, ha quien distingue en una organización tan sólo dos procesos esenciales¹⁴²:

1. La relación con el cliente (paciente).
2. La relación interna en la empresa.

El organigrama que concretamente nos detalla Valera viene reflejado en la figura 2.4.5.2. (el mismo nos viene detallado por Errasti).

Figura 2.4.5.2.: Ejemplo de Hospital Organizado por Procesos



Fuente: Valera² y también Errasti¹⁴³.

Es también cierto que el número de procesos de varios de los hospitales no se puede reducir a tres o cuatro. Su tamaño hace inoperante tal práctica. Sin embargo, tenemos algunas evidencias empíricas de algunos hospitales que han definido los procesos más importantes, que acumulan un porcentaje importante de la actividad global del hospital. Tenemos el ejemplo de una red de hospitales vascos que, han definido sus procesos esenciales, y han analizado qué

¹⁴² Sesión informativa de reingeniería de procesos, por el Consejero Delegado de AZCO NOBEL, S.A., Curso de Doctorado, asignatura del Dr. Castán.

¹⁴³ ERRASTI, F., (1997) Op. Cit.

porcentaje supone de su actividad. En este sentido, Villar¹⁴⁴, director de uno de esos hospitales (Hospital de Txagorritxu) identifica los 25 procesos médicos más importantes:

Cuadro 2.4.5.3.: Los 25 Procesos más Importantes de un Hospital (Hospital de Txagorritxu)

1. Observ. Cuid.	9. Respira.: Bronqui	17. Cat Supl.: dolor
2. Epoc. Bronquitis	10. Intestino: gastroen	18. IAM: Infarto
3. Acc. Cerebrovasc.	11. Cardíaco: Válvula.	19. TCE: FRT Lineal
4. Res: neumonía	12. Hígado: Cirrosis	20. Compli/Res
5. Cardíaco: angina	13. Hueso y artic.	21. Hueso y articulac.
6. Cardíaco: Taquia	14. Cardíaco: Fallo	22. Neo Pulmón
7. Cardíaco: cardiomiopa	15. Ves Bil Litiasis	23. Renal: Azotemia
8. ESOF/ESTOM	16. Cardíaco: Angina	24. Cerebrovascular
		25. Piel: infecciosa

Fuente: Revista *Gestión Hospitalaria*

A partir del número de veces que se realizaban estos procesos hemos procedido a calcular los porcentajes que suponían en el global de actividad. A su vez, hemos cogido los siguientes 25 procesos más importantes y hemos hecho lo mismo. A continuación se reflejan los resultados obtenidos para los doce hospitales de la red, incluido el Hospital de Txagorritxu, y para el conjunto global de todos ellos.

Cuadro 2.4.5.4.: Los Procesos más Importantes de Doce Hospitales del País Vasco

HOSPITAL	TXA	SAN	ADE	APA	GIP	ZULI	BID	LIEN	CRU	BAS	GAL	SEL	GLOBAL RED
25 procesos más importantes	3758	2107	1076	4727	1923	1221	1325	1892	9121	4344	4328	2299	38121
25 siguientes más importantes ¹⁴⁵	3766	2168	720	5440	2059	1028	1241	884	3794	6437	3463	1012	35754
Total procesos	17355	9126	3509	26549	8733	4903	4680	4791	41254	23346	16750	5182	166178
% 50 procesos más importantes	44%	465	52%	39%	46%	46%	55%	58%	41%	47%	47%	64%	45%

Fuente: Revista *Gestión Hospitalaria*¹⁴⁶ y elaboración propia.

¹⁴⁴ VILLAR, F. (1995). Gestión por proceso y del proceso. *Gestión Hospitalaria*, nº1, 1995, p. 38.

¹⁴⁵ Los 25 primeros procesos son “procesos quirúrgicos” y los 25 siguientes son “procesos médicos”.

¹⁴⁶ VILLAR COLSA, F.D. (1995). Op. Cit..

A tenor de los datos obtenidos, observamos a nivel global que los 25 procesos más importantes suponen el 23 % del total de los procesos identificados en la red hospitalaria. Por otra parte, teniendo en cuenta los 50 procesos siguientes más importantes, vemos que el acumulado supone a nivel global el 45% del total de procesos, porcentaje significativo si tenemos en cuenta la multiplicidad de procesos que se pueden identificar en un hospital, dado que se trata de una empresa multiproducto¹⁴⁷.

Vemos que la distribución es bastante equilibrada para cada hospital, si bien existen caso extremos. Por ejemplo, para uno de los anteriores hospitales los 50 procesos suponen el 64% del total.

Nos ha parecido relevante ofrecer estos datos, ya que en ocasiones se habla de la implantación de procesos de forma filosófica sin aportar datos empíricos que como mínimo nos sirva para tener una imagen real de los proceso esenciales, su cantidad, su importancia en la organización, y la posibilidad de reducirlos todavía a un número menor.

Esta última cuestión es de gran importancia, máxime si tenemos en cuenta que el grado de especialización depende del carácter público y privado del hospital. Hemos podido encontrar datos reales que nos demuestran este hecho para el caso de Cataluña. En cierto estudio realizado por la Generalitat, nos ha parecido relevante remarcar que los hospitales públicos tienen un carácter mucho más generalista que los privados, los cuales se especializan en determinados procesos¹⁴⁸.

En este mismo estudio se muestra que el número de hospitales privados es superior que los públicos, lo cual tenemos reconocer que nos ha sorprendido. Sin embargo, esta no es una tendencia sólo en Cataluña, ya que en España también son más numerosos los hospitales públicos que los privados, como se muestra en el cuadro 2.4.5.5¹⁴⁹:

Cuadro 2.4.5.5.: Datos Diferenciales entre Hospitales Públicos y Privados

	Total	Red pública		Red privada	
		Seguridad social	Otros públicos	Sin lucro	Con lucro
Hospitales	851	153	209	178	311
Camas	180.000	67.600	55.400	28.800	28..200
Tamaño medio	212	441	267	162	90
Camas/1000	4,6	1,72	1,41	0,73	0,72

Fuente: Errasti, Op. Cit., p. 154.

¹⁴⁷ ERRASTI (1997). Op. Cit., p. 154.

¹⁴⁸ PRIOR, D.; SOLÀ, M., L'Eficiència dels hospitals de Catalunya. Comparació entre els hospitals públics i els privats, Generalitat de Catalunya, Barcelona, 1993.

¹⁴⁹ ERRASTI, F., Op. Cit., p. 23.

Es importante diferencia entre hospitales públicos y los privados, ya que si establece el citado estudio de la Generalitat, los hospitales privados están más especializados, entonces podemos decir que el número de procesos a considerar como esenciales deberá ser menor que el de los públicos.

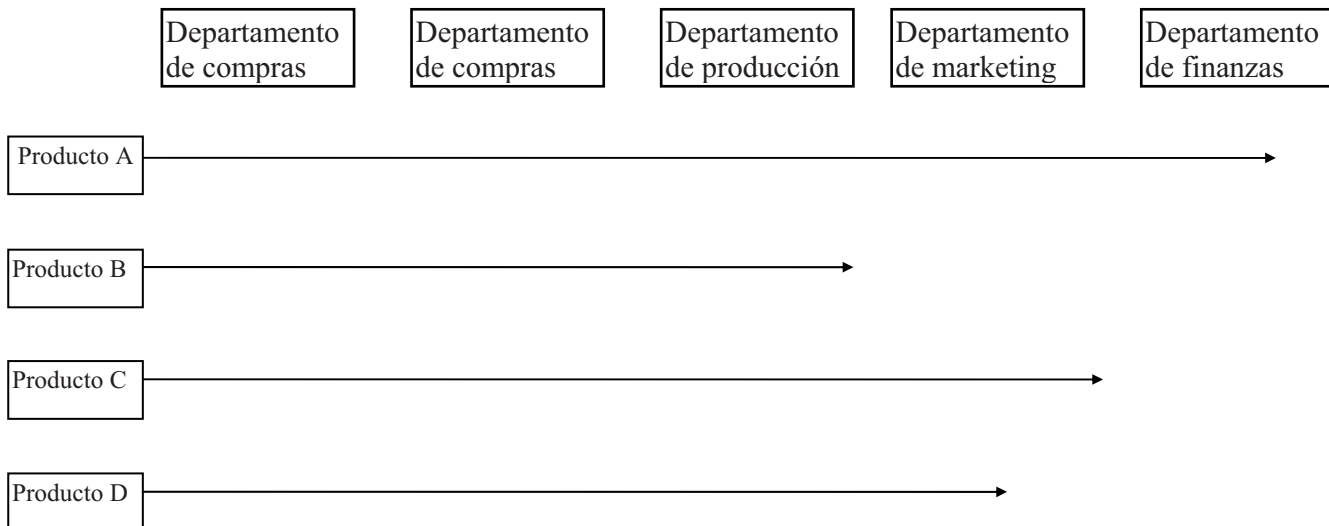
En todo caso, consideramos importante que cada hospital se especialice, siguiendo las normas de eficiencia empresarial en aquello que sabe hacer mejor, lo cual puede requerir el abandono de procesos que podrían ser realizados de forma más eficiente por otros hospitales más especializados en esta área.

Del estudio anterior sobre los procesos de la red de hospitales vascos, se concluyó que los 50 procesos más frecuentes suponen¹⁵⁰:

1. El 40,77% del coste total en el área de hospitalización de los hospitales de agudos.
2. El 28,51% del coste total de los hospitales de agudos.

En definitiva, ¿qué es lo que pretende la organización por procesos?. Esquemáticamente, podemos indicarlo de varias formas. Por una parte, supone que se pasará de tener directores de departamentos a tener directores de procesos, tal como ilustran la figura 2.4.5.3. y la figura 2.4.5.4.¹⁵¹:

Figura 2.4.5.3: Organización Convencional



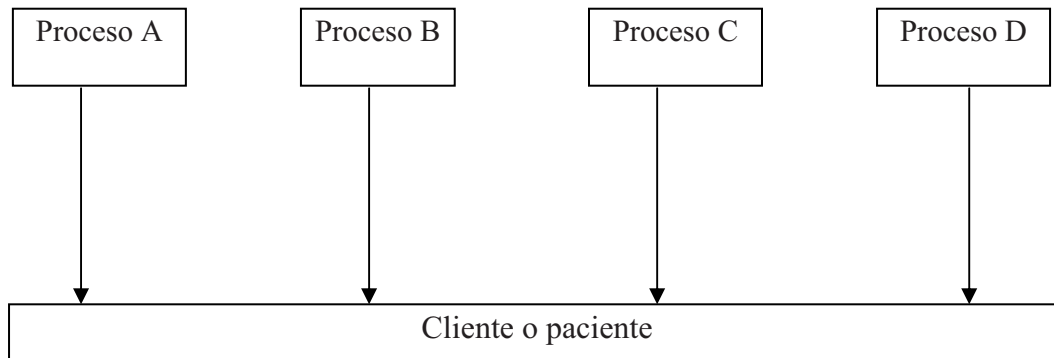
Fuente: Figura extraída de la exposición de la firma AZCO, Curso de Doctorado, Asignatura del Dr. Castán.

¹⁵⁰ VILLAR, F., Op. Cit., p. 44.

¹⁵¹ Figura extraída de la exposición de la firma AZCO, Curso de Doctorado, Asignatura del Dr. Castán.

La organización por procesos supone directores de procesos:

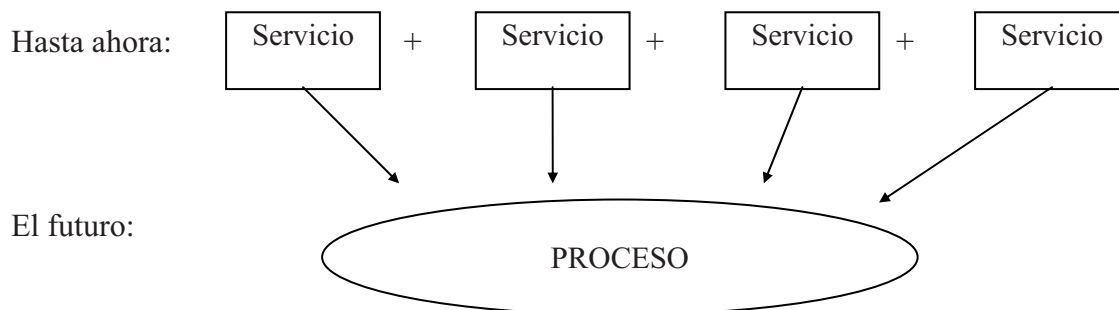
Figura 2.4.5.4.: Organización por Processos



Fuente : Figura extraída de la exposición de la firma AZCO, Curso de Doctorado, Asignatura del Dr. Castán.

En la figura 2.4.5.5. que ilustra lo que supone el paso de un hospital organizado por funciones a uno organizado por procesos la expone Villar¹⁵² del siguiente modo:

Figura 2.4.5.5.: El Paso de un Hospital Organizado por Funciones a uno Organizado por Procesos



Fuente: Revista Gestión Hospitalaria¹.

Josep Valor¹⁵³ hace referencia a la importancia que tiene el desarrollo de las nuevas tecnologías en la estructura por procesos. Establece que la tecnología que incorporan los SI debe ponerse al servicio de una organización por procesos. Establece que es necesario que los hospitales aprovechen las nuevas tecnologías, ya que estas facilitan en gran medida lo que denomina “reingeniería de procesos de negocio”. Ya nadie duda de que la relación entre

¹⁵² VILLAR, F., Op. Cit., p. 47.

¹⁵³ VALOR, JOSEPH. Els sistemes d’informació a l’empresa, Fulls Econòmics, nº 27, enero de 1996, p. 8-9.

potencia de la tecnología y su precio ha ido aumentando considerablemente en los últimos años, y existen expectativas de que esta tendencia va a continuar.

Esto provoca que la reingeniería por procesos sea un hecho cada vez más factible y que debe intentarse en las organizaciones hospitalarias. Establece que esta afirmación es válida tanto para los hospitales privados como para los públicos, puesto que tanto unos como otros están obligados a ser eficientes. De este modo, relaciona claramente el desarrollo de las nuevas tecnologías con una organización por procesos. El cuadro 2.4.5.6. considera el cambio de las hipótesis de partida que supone el desarrollo de estas tecnologías¹⁵⁴:

Cuadro 2.4.5.6.: Tecnologías Innovadoras

Hipótesis antiguas	Nueva Tecnología	hipótesis nuevas
La información sólo se puede encontrar en un lugar	Bases de datos compartidas	La información puede encontrarse en distintos lugares.
Sólo los expertos pueden hacer tareas complejas	Sistemas expertos	Un generalista puede hacer el trabajo de un experto.
Los gestores toman todas las decisiones	Sistemas de apoyo a las decisiones	Todos los trabajadores toman decisiones
El contacto personal es esencial: en ventas, formación y demás.	Teleconferencias, videodisc interactivos.	El mejor contacto es el más Efectivo.
Es necesario buscar las cosas para saber dónde están	Seguimiento automatizado de objetos	Las cosas nos dicen dónde están por sí solas.

Fuente: Valor, Joseph (1996), op. Cit..

Una vez hemos todas estas estructuras, podemos citar a Shortell¹⁵⁵, quien establece que una organización hospitalaria eficiente debe:

- Partir del reconocimiento de las diferencias en la socialización y formación de médicos y administradores y ayudar a integrarlas.
- Lograr una maximización efectiva en la identificación y entendimiento de problemas más importantes entre los médicos y administradores.
- Maximizar la comunicación efectiva, facilitando relaciones de comunicación.
- Maximizar la generación de alternativas útiles entre ambos colectivos y su implementación efectiva.

¹⁵⁴ VALOR, JOSEP, Op. Cit., p. 11.

¹⁵⁵ SHORTELL, S.M., (1985). *The mediacal staff of the future*. Frontiers of Health Services Management.

- Maximizar el aprendizaje profesional y organizativo.

Shortell distingue en este sentido, cuatro tipos de organizaciones, que las denomina de forma diferente de las vistas hasta el momento:

1ª. Organización incompleta.- Sostiene este autor la tesis de que un hospital es una organización incompleta, ya que la parte no médica se organiza por funciones: finanzas, dietética, servicios generales, etc. Por otro lado, la parte médica se organiza por divisiones o servicios: Cirugía, Obstetricia, etc.

Vemos que es el modelo definido tradicionalmente como funcional, y que antes ya hemos explicado. No existen diferencias de contenido entre la organización incompleta y la funcional, sino de forma según se desprende de este autor. Es decir, denomina divisiones a lo que nosotros antes hemos llamado funciones o servicios.

La prueba está en que Obeso¹⁵⁶ reconoce que es la forma habitual de organización hospitalaria.

2ª. Modelo independiente-corporativo.- Consiste en que los médicos constituyen una entidad legal, separada del hospital que los contrata. El hospital se responsabilizará de ofrecer los servicios de enfermería y administrativos, pero el personal médico constituyen una unidad independiente contratada.

En este modelo, serán necesarias negociaciones entre el hospital y los médicos que se van a contratar, a los cuales exigirá los estándares de calidad pactados. La mayor ventaja para los médicos, establece Obeso, es la autonomía que mantienen los médicos en cuanto la gestión de los recursos financieros que generan, así como su autonomía en al práctica médica. Para el hospital, la mayor ventaja es que deja a los médicos frente al hospital, los cuales tienen que cumplir los niveles de calidad pactados.

Como desventaja para los médicos, está el riesgo económico ligado al cumplimiento de lo pactado, lo cual no ocurre cuando estos están totalmente integrados en el hospital. Para el hospital, la mayor desventaja es la que se deriva de la pérdida del control.

Una ventaja mutua tanto para el hospital como para los médicos es que ambas partes pueden ser más innovadoras en sus áreas de responsabilidad al estar ligadas legalmente por contrato. Por contra, una desventaja para ambos puede ser la dificultad de coordinación que se exige entre el hospital y los médicos para hacer frente a los cambios del entorno.

¹⁵⁶ OBESO, C. (1996). Estrategia y desarrollo organizativo de las organizaciones sanitarias. Boletín de estudios económicos, Vol. LI, n° 159, diciembre, 1996, p. 435.

3ª. El modelo divisional.¹⁵⁷ - Es una organización parecida a la que este mismo autor establece como incompleta, con la diferencia de que se acaba de completar. En la estructura médica vimos que Obeso distinguía la organización médica de la gerencial. Mientras la primera se organiza por servicios o divisiones, la segunda lo hacía por funciones. Pues bien, en la organización divisional, sólo existen divisiones o servicios médicos (cirugía, obstetricia, ginecología, etc.), de manera que cada una de ellas dispone de una organización interna “completa”, en el sentido que dispondrán de sus respectiva área administrativa.

Es decir, las funciones administrativas se integran ahora como un recurso más de cada servicio o división médica.

Podemos decir, pues, que el hospital se organiza mediante especialidades (divisiones o servicios) con su propia administración, enfermería, recursos humanos, etc. Por tanto, cada división será responsable tanto de la actuación clínica como de la actuación administrativa que incorpora

La principal ventaja para los médicos es que les permite aumentar su autoridad y control. Sin embargo, la desventaja se encuentra en la responsabilidad que tienen como gestores de recursos, para la cual no han sido específicamente formados.

La principal ventaja para el hospital es la mejor integración de la jerarquía dual, lo que permite dar un próximo paso hacia la organización por procesos. La principal desventaja para el hospital es la pérdida de control gerencial, así como la dificultad en el establecimiento de políticas y estrategias comunes.

4ª. Organización paralela.¹⁵⁸ - Consiste en una organización basada en la diferenciación del día a día respecto con la planificación a largo plazo. En consecuencia, se tratará de formar unos grupos de especialistas que trabajarán en los problemas estratégicos a largo plazo. Estos grupos son paralelos al resto de la organización que se ocupa del día a día, de ahí su nombre.

En este sentido, la composición de los grupos es esencial. Deben ser multiprofesionales, con conocimientos específicos sobre el problema que se intenta resolver, sin importan si están o no en línea jerárquica.

Si bien la dedicación al grupo es importante, no deben olvidar el día a día, para evitar la pérdida de contacto con la realidad presente.

La principal ventaja de este tipo de organización es que separa claramente lo que es el día a día de los que es la planificación a largo plazo. La principal desventaja es que los

¹⁵⁷ OBESO, C. (1996) Op. Cit..

¹⁵⁸ OBESO, C., (1996) Op. Cit.

multiprofesionales integrantes de los grupos estratégicos pierdan el contacto con la realidad¹⁵⁹. Para evitar este problema será necesario mantener un continuo sistema de comunicación entre los grupos de especialistas y la organización formal.

Shortell¹⁶⁰, establece una comparación entre los diferentes modelos, a efectos de poder realizar un análisis comparativo entre las diferentes formas organizacionales que acabamos de estudiar:

Cuadro 2.4.5.7.: Comparación entre Estructuras Organizativas de Shortell

Tipo de diseño				
Criterio	Tradicional o incompleto	Independiente/ Corporativo	Divisonal	Paralelo
Reconoce y trata las diferencias profesionales	-	-	+	+
Facilita la identificación de problemas	-	-	+&	+&&
Facilita la comunicación	-	-	+&	+&&
Facilita la generación de alternativas	-	-	+&	+&&
Facilita la implementación	-	-	+&	+&&
Promueve el aprendizaje	-	-	+	+
Incorpora paradojas	-	-	+	+
Incorpora ambigüedad y cambio	-	-	+	+
Incorpora riesgo	-	+	+	+
Promueve la excelencia responsable	-	+	+	+

Fuente: Carlos Obeso, Op. Cit.

- → Significa que se cumplen los criterios en menor medida.

+ → Significa que se cumplen los criterios en mayor medida.

& → Significa que el diseño divisional puede perder algunas de sus ventajas cuando trata problemas que afectan a la totalidad de la organización.

&& → Significa que el cumplimiento de los criterios está condicionado a un sistema continuo de control con la organización formal.

¹⁵⁹ DAFT, R.L. (1983). *Organización, Theory and Design*. Second edition. West Publishing Company.

¹⁶⁰ SHORTELL, S.M. (1985). Op. cit.

CAPÍTULO 3: CALIDAD TOTAL EN LOS HOSPITALES

CAPÍTULO 3: CALIDAD TOTAL EN LOS HOSPITALES

A pesar de que actualmente hay una gran preocupación con la satisfacción de los consumidores en los servicios sanitarios, la calidad es un término mal comprendido que, a causa de una falta de una referencia sistemática que sirva de base teórica, hace que sea conceptuada como un conjunto de técnicas y actividades de carácter solamente operativo, cuando sabemos que la calidad es un conjunto de principios, métodos y estrategias, movilizándolo no sólo una parte de la empresa, sino toda ella toda, con un propósito de obtener la satisfacción del cliente con el mínimo coste posible.

El sector hospitalario es un sector estratégico según estudios realizados por algunos autores, pero aquí no acaba su importancia. Se trata de un sector en cambio, donde después de varios años parece existir cada vez más una mayor coincidencia sobre esa necesidad, y se pretende tener cada vez más en cuenta la satisfacción del cliente, lo que a su vez hace peligrar lo que hasta ahora ha venido siendo un poder absoluto del médico sobre el paciente.

La calidad total es un problema de todos los miembros de un hospital, desde la dirección hasta los trabajadores menos cualificados. El proceso evaluativo de la calidad se lleva a cabo mediante tres enfoques, que son: la estructura, que está formada por todos los recursos humanos y técnicos que se ponen al servicio de la prestación sanitaria a favor de los clientes; los procesos, que son las relaciones (funciones operativas y funciones relacionales) que presentan los profesionales con los clientes del hospital; y los resultados, que es el cambio de estado que experimenta el cliente como consecuencia de la atención médica en sentido amplio que ha recibido¹.

El hospital es una empresa que tiene productos intermediarios (procesos) para llegar a un producto final (resultado), que sencillamente es la curación. Uno de esos productos intermediarios sería el proceso asistencial. Se considera que en un entorno en el cual los hospitales tienden a asemejarse a cualquier otra organización profesional, se puede utilizar los mismos indicadores para medir la calidad de los servicios de la organización, no haciendo caso omiso de la estructura, que es condición necesaria para ofrecer servicios hospitalarios de calidad². Cuando una empresa industrial realiza un estudio para evaluar la calidad de sus productos, no lo hace en base a la estructura que dispone, sino que dan por hecho que la estructura es condición necesaria para ello. Por otra parte, es cierto que llevan controles de

¹ DONABEDIAN, A. (1980). *The definition of Quality and Approach to its Assessment*. Oxford.

² SHEPS, M. C. (1995). *Approaches to the quality of hospital care*. Public Health Reports, 9:877-886.

calidad durante los procesos (sobre el proceso) y sobre el producto acabado (resultados), pero ello no garantiza que el producto satisfaga al cliente. Dicho de otra forma, la calidad del producto depende no sólo de la calidad de los procesos y de la estructura, sino que es un término relativo que se debe tener en cuenta respecto a la competencia y respecto a las expectativas que tenía el cliente antes de consumir este producto.

En las empresas de servicio ocurre lo mismo, con la particularidad de que el servicio, por su característica efímera, se consume durante el momento en el que se presta³. Pero también en este caso, las empresas de servicio son conscientes de que condición necesaria para prestar un servicio de calidad es la estructura y los procesos relacionales con los clientes. Sin embargo, el mejor indicador para medir la calidad del servicio prestado es la satisfacción del consumidor, ya que su juicio es emitido basándose en comparaciones de otros servicios de distintas empresas, y en función de las discrepancias habidas entre calidad percibida y las expectativas que tenía. Además, la satisfacción del consumidor cabe suponer que es también el resultado de la opinión de la estructura, proceso y producto o servicio acabado. Por otra parte, es también cierto que un hospital es una empresa con características que provocan que la satisfacción del cliente no sea tan buen indicador como en las demás empresas. Sin embargo, es necesario considerarlo, aunque sea conjuntamente con la evaluación de la estructura, procesos y resultados.

Actualmente los profesionales de marketing hablan mucho en satisfacer al consumidor final. El mercado de servicios se ha desarrollado mucho ya que hay una preocupación especial por el cliente, la forma en que debe ser atendido, su opinión y su satisfacción con el al producto. El producto final de un hospital es muy importante, es la salud de la persona, es la vida. Entonces, ¿no debería haber una mayor preocupación con la calidad del servicio ?

3.1. CONCEPTOS CLAVE DE CALIDAD

El objetivo que nos proponemos en este epígrafe es definir lo que se entiende por conceptos como gestión de calidad, control de calidad, calidad, y otros que aun pareciéndose, pueden resultar usados en el lenguaje común de forma errónea. Es esencial empezar por dejar claros los conceptos que vamos a emplear a lo largo de la presente tesis.

³ VARO, J. (1994). Gestión Estratégica de La Calidad de los Servicios Sanitarios: un modelo de gestión hospitalaria. Madrid: Diaz de Santos.

Podemos definir el control de calidad de diferentes formas:

- El esfuerzo sistemático para mantener el cumplimiento satisfactorio de los estándares de calidad o mejorar la atención médica y sus resultados⁴.
- Proceso que comprende todos los planes y actividades de protección, mantenimiento y promoción de la calidad de la atención⁵.
- Actividad básicamente evaluativa que tiene dos objetivos: medir la calidad y realizar los esfuerzos necesarios para mejorar la atención sanitaria⁶.
- Proceso que permite observar de forma sistemática las tareas ejecutadas, el entorno y las consecuencias de las actividades, de forma que se puedan mejorar las cosas en el futuro⁷.

Kahn⁸ establece que el control de calidad en los hospitales consiste en: reforzar los esquemas de responsabilidad hospitalarias; mejorar lo que parezca menos eficaz; integrar a todos los diferentes niveles de responsabilidad, es decir, sustituir una estructura jerárquica por una estructura horizontal y más plana donde todos los ámbitos estén interrelacionados. El autor achaca el nacimiento y necesidad de una serie de controles de calidad a las alteraciones internas que ha experimentado la estructura interna de los hospitales. En este sentido, establece que desde 1945, estas alteraciones han sido fundamentalmente⁹ el número creciente del número de especializaciones médicas; las jergas de cada una de estas especializaciones son cada vez más diferentes entre sí, lo que provoca dificultades en la comunicación; las deferencias étnicas tanto entre los profesionales de la salud como entre los pacientes; y el desarrollo de nuevas tecnologías.

En muchas ocasiones se habla indistintamente de control de calidad y de gestión de calidad, cuando en realidad son términos diferentes. Jaime Varo¹⁰ establece que la gestión de la calidad está compuesta por una serie de etapas o fases, que responden a las mismas fases de todo proceso de gestión empresarial como la planificación, la organización, el control, y la mejora. Por tanto, establece que el control no es más que una de las fases de las cuales consta la gestión de la calidad hospitalaria.

⁴ SANAZARO, P. J.. (1980). *Quality Assesment and Quality Assurance*. Medical Care, nº 1, p. 37-68.

⁵ DONABEDIAN, A..(1980). *The Definition f Quality And Approach to its Assessment*, England.

⁶ VUORI, H.V..(1982). *Quality Assurance of Health Services: concepts and methodology*, WHO.

⁷ KAHN, J..(1986). *Gestión de la Qualité Dans les Établissements de Santé*, París.

⁸ KAHN, J..(1990). *Gestión de Calidad en los Centros Sanitarios*. SG editores, Barcelona.

⁹ KAHN, J. (1990). Op. Cit.

¹⁰ VARO, J..(1994). *Gestión Estratégica de la Calidad en los Servicios Sanitarios : un modelo de gestión hospitalaria*. Diaz de Santos. Madrid.

Siguiendo en esta línea, Kahn¹¹ define las cuatro dimensiones de la gestión hospitalaria en calidad, cantidad, coste, y rapidez. Comenta que existe una interdependencia de estas variables en el sentido que la importancia de cada una de ellas depende de cada situación. Por ejemplo:

- En una operación de cirugía estética prima la calidad ante las demás variables.
- Cuando llegan cinco heridos graves al hospital, prima la variable rapidez.
- Cuando se trata de consultas eventuales, prima la variable cantidad. Cuanto más consultas se puedan atender mejor con unos estándares de calidad.
- Cuando se trata de la gestión de compras y suministros, prima la variable coste.

Fijémonos que estos ejemplos pueden presentar variaciones en función de la política de cada hospital. Por ejemplo, en la compra de suministros, a veces prima la cantidad con independencia del coste, lo que provoca en varias ocasiones un derroche de recursos que quizás eran innecesarios.

Hemos hablado de control de la calidad y gestión de la calidad, pero resulta obvio que si pretendemos en este apartado, como se dijo a su comienzo, dejar claros los conceptos que utilizaremos a lo largo de todo el trabajo, es necesario ajustar el concepto de calidad, y concretamente calidad en los hospitales. En este sentido, Kahn¹² establece que la calidad en los hospitales se refiere a dos aspectos: a los productos y servicios que ofrece el hospital; y a las personas, su cualificación, su destreza, sus conocimientos y formación, etc.

Según Bernillón¹³, la calidad total se resume en estos puntos:

- Calidad es hacer bien el trabajo sin defectos
- Calidad es reducir los costes inútiles.
- Calidad es prevenir.
- Calidad es dirigir y gestionar óptimamente.
- Calidad es responder a las necesidades de los clientes externos e internos.

Este mismo autor define los principios de la calidad total²:

- La voluntad y la implicación de la dirección.
- La implicación de todo el personal.

¹¹ KAHN, J.(1990). Op. Cit.

¹² KAHN, J.(1990). Op. Cit.

¹³ BERNILLON, A. & Cerutti, O.. (1966). *Implanter et Gérer la Qualité Totale*. Les Editions d'Organisation, París.

- La mejora de la calidad para prevenir los errores.
- La evaluación continua de la calidad.

Prestando atención a estos principios, observamos que la calidad total es un problema de todos los miembros de un hospital, desde la dirección hasta los trabajadores menos cualificados. Sin embargo, la calidad total es una decisión estratégica, y como tal, debe ser emprendida y promovida por la alta dirección hospitalaria. Por otra parte, observamos que la calidad es un proceso de mejora que se consigue con una continua revisión del grado de cumplimiento de los objetivos.

También Bernillon¹⁴, distingue también los principios de la calidad de lo que denomina bases de la calidad, que son las siguientes:

- Rechazar los grandes cambios en el programa de control de calidad.
- Mejorar continuamente la calidad.
- Aplicar técnicas de autocontrol de la calidad.
- Implantar la cadena interna proveedor/cliente.
- Motivar y participar.

Sobre estas bases podemos realizar algunas aclaraciones. En primer lugar, se rechazan cambios bruscos en los programas de calidad, lo cual no nos debe extrañar, ya que supone un cambio de cultura muy importante y, como tal, requiere primero su asimilación por los miembros de la organización¹⁵.

Esto se acentúa en el caso de los hospitales, con una cultura todavía muy distante de la cultura puramente empresarial basada en criterios de eficiencia económica. Cuando se refiere a implantar la cadena proveedor/cliente, se quiere significar que en la cadena de valor de un hospital, cada trabajador debe comportarse como un “cliente” y exigir la máxima calidad al trabajador del que recibe el producto intermedio, que sería el “proveedor”. Por último, la calidad es también la motivación y participación del trabajador. Esto nos recuerda a Kahn¹⁶, que dividía como vimos anteriormente la calidad hospitalaria en dos esferas: el servicio y el personal.

¹⁴ BERNILLON, A.; Cerutti, O.,(1966). Op. Cit.

¹⁵ LORENTE, J.M. (1994). La Gestión Hospitalaria frente al Siglo XXI: nuevas organizaciones e instrumentos. Gestión Hospitalaria, nº4, p. 88.

¹⁶ KAHN, J.(1990). Op. Cit.

Por último, no quedarían justificadas estas aclaraciones si estos conceptos no tuvieran importancia en una organización, razón por la cual, debemos indagar sobre los ámbitos de una organización que se ven afectados por la calidad. En este sentido, nos remitimos a Varo¹⁷, quien establece que la calidad afecta a todas y cada una de las áreas de una empresa. Esto queda reflejado en la figura 3.1.1.

Figura 3.1.1.: Áreas Implicadas en la Calidad Total



Fuente: Varo (1994), op. cit..

3.2. GESTIÓN DE LA CALIDAD TOTAL

3.2.1. Mejora Continua y Gestión de la Calidad Total

Una de las posibilidades de mejora en la empresa, basados en secuencias de tareas y subprocesos, es hacerlo de manera gradual pero continua, implantando mecanismos que permitan que los aspectos clave del negocio sean revisados sistemáticamente y se tienda a su mejora.

Dicha mejora continua se refiere a costes, calidad de servicio percibida, satisfacción de los recursos humanos y, en general, a todos los aspectos relacionados con el servicio o producto en cuestión.

Uno de los caminos clásicos de la mejora continua es la gestión de la calidad total. La gestión de la calidad total o *Total Quality Management* (TQM) es “un proceso de gestión

¹⁷ VARO, J..(1994). Op. Cit.

encaminado a satisfacer las necesidades y expectativas de los clientes de todos los subprocesos y tareas de la empresa, sean externos o internos a ella”¹⁸.

Así, gestión de la calidad total es ya una filosofía que se aplica en toda la empresa e involucra a todos sus integrantes y por esa razón debe considerarse como un sistema de calidad.

De acuerdo con Gálgano¹⁹, los principales parámetros de un sistema de calidad son los indicados a seguir, en el cuadro 3.2.1.1.:

Cuadro 3.2.1.1: Principales Parámetros de un Sistema de Calidad

PREMISAS BASICAS	
Valores de base	Clientes, personal de la empresa y proveedores
Estrategia operativa fundamental	La calidad es lo primero
Nuevo significado de la calidad	Mejorar a través de una sucesión de pequeñas mejoras
Mejora continua	Búsqueda de la excelencia
Participación de todos	Involucrar al personal en la solución de problemas
Concepto de breakthrough	Creatividad, esfuerzo y método para la mejora
CULTURA DE LA CALIDAD	
Mecanismos mentales	Dominio de técnicas de mejora
Lógicas de gestión	Nuevos estilos de dirección
PROCESOS FUNDAMENTALES	
Dirección por políticas	Dirección por políticas y número de prioridades limitado
Trabajo de rutina diaria	Estandarizar actividades; orientarse al cliente interno
Formación intensiva	Específica y continua
Círculos de calidad	Instrumento para que el personal participe en la mejora

¹⁸ VARO, J.(1994). Op. Cit..

¹⁹ GÁLGANO, A. (1993). Calidad Total: clave estratégica para la competitividad de la empresa. Madrid: Edición Gaceta de los negocios.

Gestión del producto/servicio	Servucción y control
LIDERAZGO DEL MÁXIMO DIRECTIVO	
Leadership	Aseguramiento de las principales políticas para la calidad
Autocrítica	Individualizar sus responsabilidades asegurarse la calidad

Fuente: GÁLGANO, A. (1993). Calidad Total: clave estratégica para la competitividad de la empresa. Madrid: Edición Gaceta de los negocios.

3.2.2. Calidad y Calidad Total

El enfoque de calidad total difiere substancialmente del enfoque tradicional de la calidad. Las principales diferencias se resumen en el siguiente cuadro 3.2. 2.1²⁰:

Cuadro 3.2.2.1.: Principales Diferencias entre Calidad y Calidad Total

	Concepto Clásico	Concepto Calidad Total
Alcance de la Calidad	La calidad afecta sólo al producto o servicio prestado.	La calidad abarca todas las actividades que se realizan en la empresa
Responsables de la calidad	Un departamento de control de calidad en la empresa.	Todos los trabajadores de la empresa.
Sujetos de la Calidad	El cliente externo. La relación cliente/proveedor sólo se establece entre sujetos de dentro y de fuera de la empresa.	El cliente externo y el cliente interno: la relación cliente / proveedor también se establece entre sujetos dentro de la misma empresa.
Actitud frente a los errores	Detección de los errores y corrección.	Prevención de los errores para evitarlos.
Estilos de Participación	Prima el comportamiento individual.	Priman el trabajo en equipo y participación de todos.
Orientación de la gestión	Al producto o servicio.	A las necesidades y satisfacción del cliente.

3.2.3. Calidad Total y Productividad

Tradicionalmente se había considerado que calidad y productividad eran incompatibles. Actualmente se admite que la falta de calidad origina mayores costes, que podrían evitarse mediante la acción preventiva, y que la calidad, aunque también genera costes, es condición necesaria para alcanzar más altos niveles de productividad, satisfacción del cliente y beneficios.

De acuerdo con la norma ISO 9004, los costes totales de la calidad ²¹ se desglosan en los siguientes conceptos:

➤ *Costes de calidad*

Son aquellos relacionados con las actividades de diseño del servicio y logro de unos niveles de calidad determinados.

▫ Actividades de prevención

Actuaciones tendientes a prevenir errores y/o fallos en la organización o prestación de un servicio: planificación, diseño y organización de servicios, formación de personal, plan de mejora continua...

▫ Actividades de control

Evaluación / auditoría de los servicios prestados para contrastar su adecuación a las especificaciones establecidas: evaluación de indicadores objetivos y de calidad de servicio percibida.

➤ *Costes de no calidad*

Son los errores o fallos en el cumplimiento o en las especificaciones establecidas y los que provienen de no ajustarse a las necesidades del cliente.²²

▫ Fallos en el diseño o en el proceso

²⁰ El cuadro es adaptación propia de uno similar de la Asociación Española para el control de calidad. Sobre principios básicos de la Calidad total véase también: Goharriz K. "Calidad total. clave estratégica para la competitividad de la empresa". Edición Gaceta de los negocios. Madrid, 1993.

²¹ Según Goharriz no existen costes de calidad sino "costes de no calidad". Al respecto ver "Calidad total. Clave estratégica para la competitividad de la empresa". Edición Gaceta de los negocios. Madrid, 1993. Sobre costes de calidad y no calidad léase también: Amat, Oriol "Costes de calidad y no calidad". Ediciones Gestión 2000. Barcelona, 1993.

²² Al respecto véase también el capítulo 9 de Bernillon A. y Cérruti O.: "Implantar y gestionar la calidad total". Ediciones Gestión 2000, S.A. Barcelona, 1993.

Coste asociado a incumplimiento de requisitos de calidad en la fase *previa* a la prestación estricta del servicio: trabajos repetidos, pérdida de expedientes, impuntualidad, fallo de suministros...

▫ Fallos en la prestación del servicio y posteriores

Costes evidenciados durante y después de la prestación del servicio: quejas, reclamaciones, indemnizaciones, acciones para el mejoramiento de la imagen...

Esta aproximación pone en evidencia que, en la prestación de un servicio de calidad, deben considerarse los costos relacionados directamente con el logro o no de la calidad del servicio (incluyendo todos los requisitos del servicio establecidos por la empresa y los contratos de los clientes).

Una adecuada gestión de los costes de calidad permite abatir sensiblemente los costes totales del servicio, ya que los costes directos de no calidad en los servicios se sitúan, promedialmente, en torno al 25%. Los costes indirectos de no calidad también son substanciales, como surge de estudios realizados por Arthur Andersen²³:

- Cuesta cinco veces más atraer a un nuevo cliente que retener a uno antiguo.
- Sólo uno de cada diez clientes que han tenido una mala experiencia repite una compra.
- Sólo cuatro de cada cien clientes insatisfechos se lo dicen al proveedor.
- Cada cliente insatisfecho habla como mínimo con otros diez, de su caso.

La calidad es un medio fundamental para asegurar la competitividad de la empresa y su rentabilidad. Hoy día, un producto o un servicio de calidad pueden ser argumentos más importantes que el precio en la decisión de compra de los consumidores y en su elección entre diferentes marcas.

De hecho, las empresas que se distinguen por la elevada calidad de sus productos o servicios normalmente pueden exigir precios más elevados y obtener beneficios superiores. Normalmente son empresas más sólidas en tiempos de recesión y experimentan un mayor crecimiento en tiempos de expansión económica.

²³ La calidad en España. (1995). Vol 1 a 9. Edita Cinco Días. Madrid.

La importancia estratégica de la gestión de calidad es creciente ya que “a diferencia de la mayoría de las estrategias, la estrategia basada en un servicio excelente es casi imposible de imitar o reproducir”.²⁴

3.2.4. Calidad Total, Creatividad e Innovación

Calidad total, creatividad e innovación están ligadas indisolublemente. Un proceso de mejora continua requiere superar la monotonía, la inercia y el *statu quo*.

La dinámica competitiva del mercado exige una creciente dosis de creatividad para dar respuestas originales e innovadoras a las cambiantes necesidades del mercado. En mercados maduros y en situación de crisis, la importancia la creatividad se multiplica.

El concepto de creatividad, según Muñoz Adánez²⁵, se basa en las premisas que se indican a continuación:

- Todos los individuos son creativos.
- Existen métodos para mejorar el nivel creativo.
- La realidad ofrece multitud de oportunidades para ser modificada.

La creatividad nos permite lograr una visión totalmente nueva de la realidad, que pone en evidencia que nuestra percepción sobre una determinada cuestión no es, ni la única, ni necesariamente la mejor.

Mediante los métodos creativos obtenemos ideas originales y valiosas que nos permiten responder satisfactoriamente a nuevos problemas o encontrar nuevas soluciones para antiguos problemas.

La mentalidad de las organizaciones y empresas debe mirar al futuro porque las empresas que triunfan son las que se adelantan al futuro, creando productos y servicios nuevos o dotando a los existentes de nuevas características atractivas para el consumidor.

3.3. ENFOQUES DE LA EVALUACIÓN DE LA CALIDAD EN LOS HOSPITALES

Varios son los autores que hablan del control de calidad en la gestión hospitalaria. Varo considera que Donabedian es en este campo el autor a seguir, ya que a pesar de que después de sus aportaciones, varios autores han realizado las suyas particulares, en realidad el

²⁴ HOROVITZ, J. & Jurgens Panak, M. (1994). La Satisfacción Total del Cliente. Vol I. Barcelona: Biblioteca de Empresa. Folio.

²⁵ MUÑOZ ADÁNEZ, A.. (1994). Métodos Creativos para Organizaciones. Madrid: Eudema, S.A..

esquema de Donabedian sigue vigente y las demás aportaciones no hacen más que basarse en este autor²⁶.

Retomando una de las múltiples definiciones que dimos de control de calidad, vimos que Vuori²⁷ la definía como una actividad básicamente evaluativa. Realizamos esta mención porque trataremos de determinar cuál es el mejor criterio de evaluar la calidad, para lo cual analizaremos básicamente a Donabedian²⁸, que considera existen tres enfoques mediante los cuales podemos llevar a cabo el proceso evaluativo de la calidad:

- La estructura: está formada por todos los recursos humanos y técnicos que se ponen al servicio de la prestación sanitaria en favor de los clientes (pacientes). Por tanto, incluimos los edificios, los equipos, la tecnología, los profesionales de la medicina y el resto de personal, cualificación del personal, nivel de formación del mismo, etc.
- Los procesos: son las relaciones que presentan los profesionales con los clientes del hospital. Esta relación cabe entenderla en un sentido amplio, pudiendo de este modo identificar dos tipos de relaciones o procesos: las relaciones entre los clientes y los equipos técnicos que se ponen a su servicio para el cuidado y mejora de su salud. Podemos considerar por ejemplo los equipos inyección de suero, las máquinas de escáner, etc. Se conocen también como funciones operativas; y las relaciones que se dan en el sentido estricto entre el personal del hospital y el paciente. Por ejemplo, los procesos de cura que realiza el médico sobre heridas del paciente, toma de temperatura, etc. Se conocen también como funciones relacionales.
- Los resultados: es el cambio de estado que experimenta el cliente como consecuencia de la atención médica en sentido amplio que ha recibido. Por ejemplo: mejora del estado de salud, mejora de la actitud del paciente, mayor motivación del paciente, etc.

La OMS (Organización Mundial de la Salud) establece que “el resultado de la atención médica es buena cuando el paciente recibe un diagnóstico correcto y los servicios terapéuticos le conducen al estado de salud óptimo alcanzable para este paciente, a la luz de los conocimientos actuales de la ciencia médica y según los factores biológicos del paciente; se consigue con el coste mínimo de recursos y el menor riesgo posible de daño adicional; y deja plenamente satisfecho al paciente con respecto al proceso asistencial, la interacción con el sistema sanitario y los resultados obtenidos”²⁹

²⁶ VARO, J.(1994). Op. Cit.

²⁷ VUORI, H.V.. (1982). Op. Cit..

²⁸ DONABEDIAN, A..(1980). Op. Cit..

²⁹ Organización Mundial de la Salud, in VARO, J.(1994). Op. Cit..

Otros autores, como Sheps³⁰, expone que la evaluación de la calidad debe realizarse en base a estos factores:

- El análisis de las condiciones previas que se deben dar para una correcta asistencia médica.
- El análisis de los elementos de la actividad médica.
- Las evaluaciones clínicas cualitativas, sobre cuestiones técnicas y científicas.
- El análisis de los efectos de la atención médica.

Si nos fijamos, Sheps retoma las consideraciones de Donabedian, ya que el primer punto hace referencia a la estructura, es decir, las condiciones previas que deben darse para ofrecer una buena calidad de los servicios sanitarios. Por otra parte, los puntos dos y tres son los procesos. Concretamente, el punto dos se refiere a la función relacional médico-paciente, mientras que el punto tres se refiere a la función operacional que tiene lugar entre el paciente y los equipos técnicos puestos a su servicio. Finalmente, el punto cuatro retoma los resultados de Donabedian.

Makover³¹, por su parte, establece los dos enfoques siguientes de evaluación de la calidad de los servicios hospitalarios:

- Estructura: normas, organización, administración y finanzas.
- Procesos: la atención médica, considerada como producto final.

Se observa pues, que considera los mismos factores que Donabedian, con la diferencia de que incluye el resultado en el proceso, ya que para este autor el resultado o producto final es la propia atención médica³². Actualmente esta idea está cada vez más en desuso, y se tiende a evaluar la calidad a través del enfoque del proceso³³.

Ya que hemos incluido el concepto de producto final, tenemos que hacer una breve referencia a las discrepancias entre Donabedian y Dror. Mientras Donabedian considera el producto nominal, Dror³⁴ se basa en el producto real. El producto nominal, lo podemos definir en palabras llanas como cualquier mejora que se haya experimentado en el paciente: mejora

³⁰ SHEPS, M.C.. (1995). *Approaches to the Quality of Hospital Care..* Public Health Reports, nº9, p. 877-886.

³¹ MARKOVER, H.B.. (1951). *The Quality of Medical Care: methodology of survey of the medical groups associated with the health insurance plan of New York..* Public Health Reports, nº 9, p. 824-832.

³² VARO, J.. (1994). Op. Cit..

³³ Entrevista a SEDANO, EUGENI, Responsable de la Divisió d'Atenció Farmacèutica i Prestacions Complementaries.

³⁴ DROR, Y..(1968). *Public Policy Making Reexamined.* San Francisco.

de salud, mejora de su estado de ánimo, mejora de sus hábitos, mejoras de las esperanzas, etc. Mientras tanto, Dror considera que lo correcto es referirse al producto real, es decir, estrictamente la mejora de la salud o cura del paciente. En realidad, esta distinción nos lleva a la controversia del concepto de satisfacción del consumidor como indicador de la calidad de los servicios sanitarios, que trataremos más adelante.

Como dijimos antes, seguiremos a Donabedian para explicar las ventajas e inconvenientes de cada uno de sus tres criterios de evaluación de la calidad: estructura, procesos y resultados.

3.3.1. Enfoque de Estructura

El punto de partida de este enfoque es que la calidad de los servicios hospitalarios vienen determinados básicamente por la estructura ofrecida por el hospital. Es decir, cuestiones como la formación del personal, equipos y tecnología disponible, número de camas y demás, serían determinantes a efectos del cálculo de la salud³⁵.

En nuestra opinión, no cabe duda de que esto es cierto, y compartimos la consideración de Sheps, que establece que a pesar de que existen otros factores determinantes de la calidad en los hospitales, una condición necesaria es la de una adecuada estructura³⁶.

Este enfoque fue introducido en 1952 en Estados Unidos con la creación de la *Joint Commission on Accreditation of Hospitals*, conocida simplemente por sus siglas JCAH. Posteriormente, fue adoptado por diferentes países, entre los cuales figuraba España, concretamente en Cataluña. Como cada uno de los tres enfoques, tiene sus críticas³⁷:

- La estructura queda muy lejos de los resultados finales conseguidos.
- No se ha podido demostrar que la mejora de la calidad sea atribuida a la estructura.

Varo³⁸ establece que las críticas a este enfoque tienen su origen en el hecho que no se incluyen en la estructura todos los factores que en realidad se deberían incluir. Entendemos que se refiere a que ciertos autores realizan una definición incompleta de estructura, lo que hace que en base a esta definición, la estructura no sea realmente determinante de la calidad de los servicios sanitarios.

³⁵ DONABEDIAN, A..(1980). Op. Cit.

³⁶ SHEPS, M.C.. (1995). Op. Cit.

³⁷ VARO, J.. (1994). Op. Cit..

³⁸ VARO, J.. (1994). Op. Cit.

3.3.2. Enfoque de Procesos

Su defensa se basa en la afirmación de que los procesos que relacionan al cliente con los medios técnicos y humanos son los que en realidad determinan la calidad de servicio de los centros hospitalarios³⁹. Varo considera que el proceso tiene un carácter de gran invariabilidad, tal y como afirman los defensores de este enfoque, pero reconoce que la estructura tiene una estabilidad todavía mayor⁴⁰. También Eugeni Sedano es partidario que fijarse en el proceso médico, y no tanto en el producto⁴¹.

Entre las principales críticas que ha recibido este enfoque tenemos las siguientes:

- Es muy difícil evaluar un proceso de forma independiente, de manera que el análisis debe realizarse para el conjunto de procesos⁴².
- Una estructura y procesos adecuados no aseguran un resultado satisfactorio⁴³.
- Un proceso óptimo no garantiza un diagnóstico y tratamiento correcto, y en definitiva, un resultado favorable⁴⁴.

3.3.3. Enfoque de Resultados

Dado que el objetivo de la asistencia sanitaria es la cura o mejora de la calidad, los autores defensores de este enfoque consideran que el criterio más adecuado para evaluar la calidad es analizar el grado en que los resultados conseguidos se ajustan a los objetivos que se habían propuesto⁴⁵.

Alguna de las críticas a este enfoque son las siguientes siguiendo a Brook⁴⁶:

- Existe escasa información sobre los resultados medios de los procesos hospitalarios.
- Escasa información sobre las variables psicológicas. Casi toda la información se basa sobre variables físicas o psicológicas; existen pocos datos sobre los resultados de carácter psicológicos.
- Existe duda sobre el momento en que se debe realizar la evaluación de la calidad.

³⁹ DONABEDIAN, A..(1980). Op. Cit..

⁴⁰ VARO, J..(1994). Op. Cit..

⁴¹ Entrevista a SEDANO, E., Responsable de la Divisió d'Atenció Farmacèutica i Prestacions Complementàries.

⁴² FESSEL, W.J. & Van Brunt, E.E.. (1985). *Assessing Quality of Care of Marketing*. Nº 49, p. 41-45.

⁴³ ROEMER, M.I.. (1972). Evaluación de los Centros de Salud Públicos. Cuadernos de Salud Pública. OMS, nº 48, Ginebra.

⁴⁴ SUÑOL, R. & Foz, G. (1982). Sobre la Qualitat de L'assistència. Academia de Ciències Mèdiques de Catalunya y Balears, Barcelona.

⁴⁵ VARO, J.. (1994). Op. Cit..

⁴⁶ BROOK, R.H. & Avery, D.A.. (1976). *Quality of Medical Care Assessment using Outcome Measures: executive summary*. Santa Mónica, Rand.

Especial mención merece esta tercera crítica. En un principio podemos pensar que si se trata de evaluar los resultados, sería más coherente realizarlo sobre el producto o servicio acabado. Sin embargo, Kahn⁴⁷ establece al respecto que si se realiza la evaluación sobre el paciente ya dado de alta, el resultado que obtengamos de la evaluación será diferente en función de que lo hagamos más pronto o más tarde. Es obvio que pueden existir diferencias si se realiza la evaluación sobre el paciente un mes después de haber sido dado de alta, que si se realiza dos años después.

Además, hay que destacar que la problemática de todo ello, como establece Varo, consiste en que el hospital ofrece servicios y, como en todo servicio, su consumo se produce de forma instantánea en el mismo momento en que se ofrece. Todo ello plantea el problema que si el resultado ha sido erróneo, no se pueda rectificar dicho servicio antes de ofrecérselo al cliente, ya que dicho servicio ya se habrá consumido. Sin embargo, en caso de realizarse una evaluación de calidad sobre el producto acabado de una empresa industrial, los posibles errores pueden ser subsanados sobre dicho producto antes de ponerlo a la venta del consumidor⁴⁸.

Por estas razones, se establece como una posibilidad la de adelantar el momento de la evaluación, pero en tal caso dicha evaluación se realizaría en el mismo proceso y no en los resultados. En todo caso, se conseguirían probablemente unos resultados de mayor calidad por haberse corregido los errores a tiempo.

Un método para realizar la evaluación de la calidad sobre los resultados es el propuesto por la *Health Accounting*. Consiste en analizar la discrepancia entre los resultados conseguidos y los estándares de calidad previamente fijados. En caso de existir discrepancias, se analizarían las causas y se adoptarían las medidas correctoras pertinentes. Finalmente, se llevaría a cabo un seguimiento de los resultados conseguidos con estas medidas correctoras⁴⁹.

Los resultados que se deberían tomar en cuenta son según Varo⁵⁰ los siguientes: curación; mejoría; estabilización; empeoramiento; y muerte.

En este sentido, Dever⁵¹ establece una jerarquía de las causas que influyen en la reducción de la mortalidad, y establece paradójicamente que el sistema sanitario es el que

⁴⁷ KAHN, J.. (1990). Op. Cit..

⁴⁸ VARO, J.. (1994). Op. Cit..

⁴⁹ WILLIAMSON, J.M. (1978). *Assesing and Improving Health Care Outcomes: the accounting approach to quality assurance*. Cambridge, Ballinger.

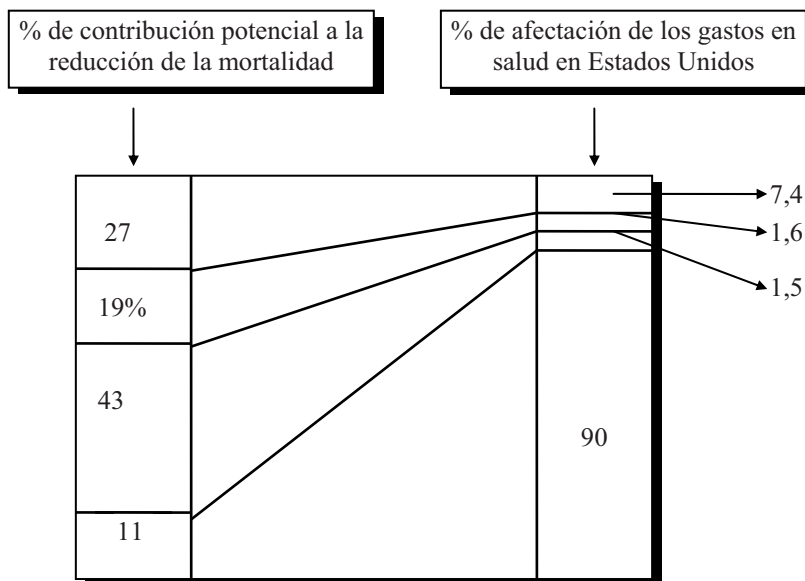
⁵⁰ VARO, J.. (1994). Op. Cit..

⁵¹ DEVER, J.. (1976). *An Epidemiological Model for Health Analysis*. Nº 2, p. 465.

menos incidencia tiene y además el que más proporción ocupa en el gasto público de Estados Unidos.

Si este estudio de Dever está en lo cierto, ello supondría que la mayoría de los gobiernos estarían gastando gran cantidad de recursos financieros en un factor que influye marginalmente en el objetivo perseguido: mejora del estado de salud. Los resultados de este estudio los hemos reflejado en el gráfico 3.3.3.1..

Gráfico 3.3.3.1.: *Influencia de los Factores Determinantes del Estado de Salud y su Contribución al Gasto Sanitario*



Fuente: DEVER, J.. (1976). *An Epidemiological Model for Health Analysis*. Nº 2, p. 465.

3.4. EVALUACIÓN DE LA CALIDAD EN BASE A LA SATISFACCIÓN DEL CONSUMIDOR

Es evidente la necesidad de orientar los centros sanitarios hacia la satisfacción del cliente. Este, y no el proceso de producción del producto han de tener prioridad. La atención debe ser humana y personalizada. Al respecto, los movimientos de voluntariado juegan un papel muy importante. Otro aspecto importante de la orientación al cliente es la comunicación clara y personalizada con el paciente. Este debe estar informado en todo momento y mediante lenguaje sencillo, en general, de todo aquello que le afecte dentro del centro.

Una orientación al cliente, en sentido amplio, se relaciona con el papel social de agente de prevención. En la medida de sus posibilidades, cada centro debe contribuir a la

formación de hábitos sanos entre la población, modelos de prevención, incidiendo sensiblemente en la creación de una cultura sanitaria.

Hacer una comunicación externa y una comunicación personal ajustadas a las posibilidades del centro, de manera que no se produzcan diferencias sustanciales entre las expectativas del cliente y las prestaciones que se reciben. De esta manera se podrán evitar una percepción de baja calidad de servicio, a la vez que contar con la implicación y colaboración de los usuarios.

Realizando un análisis sobre los diferentes autores que hemos considerado, vemos el común acuerdo en que la calidad debe ser evaluada mediante la estructura, los procesos y los resultados. A pesar de las pequeñas diferencias entre los mismos, todos llegan a este convencimiento cuyo percusor es Donabedian⁵². Sin embargo, sin dejar de reconocer la importancia de estos métodos como significativos de la calidad de los servicios prestados por un hospital, creemos conveniente dar importancia a un indicador que consideramos clave y que no se ha considerado: la satisfacción del consumidor. Este factor es considerado por diferentes autores, pero en realidad nos da la impresión de que no todos los autores están conforme con el mismo.

Nuestra hipótesis es que si estamos considerando un entorno en el cual los hospitales tienden a asemejarse a cualquier otra organización profesional, no entendemos porqué no se pueden utilizar los mismos indicadores para medir la calidad de los servicios de la organización. No pretendemos hacer caso omiso de las estructura, procesos y resultados. Es más, nos remitimos a Sheps⁵³, cuando establece que la estructura es condición necesaria para ofrecer servicios hospitalarios de calidad.

Cuando una empresa industrial realiza un estudio para evaluar la calidad de sus productos, no lo hace en base a la estructura de que dispone, sino que dan por hecho que la estructura es condición necesaria para ello. Por otra parte, es cierto que llevan controles de calidad durante los procesos (sobre el proceso) y sobre el producto acabado (resultados), pero ello no garantiza que el producto satisfaga al cliente. Dicho de otra forma, la calidad del producto depende no sólo de la calidad de los procesos y de la estructura, sino que es un término relativo que se debe tener en cuenta respecto a la competencia y respecto a las expectativas que tenía el cliente antes de consumir este producto.

⁵² DONABEDIAN, A..(1980). Op. Cit..

⁵³ SHEPS, M.C.,(1995). Op. Cit..

En las empresas de servicio, ocurre lo mismo, con la particularidad de que el servicio, por su característica efímera, se consume durante el momento en el que se presta⁵⁴. Pero también en este caso, las empresas de servicio son conscientes de que condición necesaria para prestar un servicio de calidad es la estructura y los procesos relacionales con los clientes.

Sin embargo, el mejor indicador para medir la calidad del servicio prestado es la satisfacción del consumidor, ya que su juicio es emitido en base a comparaciones de otros servicios de distintas empresas, y en función de las discrepancias habidas entre la calidad percibida y las expectativas que tenía. Además, la satisfacción del consumidor cabe suponer que es también el resultado de la opinión de la estructura, proceso y producto o servicio acabado.

Por otra parte, es también cierto que un hospital es una empresa con características que provocan que la satisfacción del cliente no sea tan buen indicador como en las demás empresas. Sin embargo, defendemos la idea de que es necesario considerarlo, aunque sea conjuntamente con la evaluación de la estructura, procesos y resultados.

Entre las críticas que se hacen a la satisfacción del consumidor como criterio de evaluación de la calidad tenemos las siguientes:

- El consumidor no tiene los suficientes conocimientos para determinar lo que es adecuado o no para su salud, como establece Borre⁵⁵.
- Es posible que el paciente esté satisfecho con el trato recibido por instituciones y profesionales incompetentes que no le han curado, como establece Kahn⁵⁶.

Aceptamos estas críticas en tanto en cuanto lo que indican ocurre en mayor o en menor medida en los hospitales. Sin embargo, podemos encontrar argumentos que también las pueden refutar o al menos atenuar. Es cierto que el paciente no es un experto en temas sanitarios, pero también es cierto que se ha podido demostrar que la satisfacción recibida por el cliente guarda una relación positiva con la calidad intrínseca del servicio hospitalario recibido. Es decir, cuanto mejor es la calidad objetiva del servicio, el cliente percibe una mayor satisfacción. Esto por tanto, pone en tela de juicio la primera de las críticas⁵⁷.

Por otra parte, la segunda crítica es solucionable. En este sentido Varo proporciona una posible salida para solucionarla. Considera que en lugar de satisfacción del cliente,

⁵⁴ VARO, J.. (1994). Op. Cit..

⁵⁵ BORRE, H.. (1978). *Patient Satisfaction: an attribute or indicator of the quality of care?*. Quality Review, Bulletin, nº 13, p. 106-108.

⁵⁶ KAHN, J.. (1990). Op. Cit..

⁵⁷ VARO, J.. (1994). Op. Cit..

deberíamos utilizar el concepto de bienestar del cliente, que consideraría no sólo el grado de satisfacción del paciente con el trato recibido, sino también si el paciente se ha recuperado o no.

Sin embargo, incluso aceptando la segunda crítica, no está claro que un servicio de calidad sea aquel que satisfaga las necesidades del cliente. Es posible que la calidad del servicio sea buena, y sin embargo el cliente no haya sanado o mejorado. Esto se explica por el hecho de que cada vez existen más factores externos que inciden en la recuperación del cliente y que no pueden ser controlados por los profesionales de la salud. Recordemos la figura de Dever, que consideraba que la calidad de la asistencia sanitaria era el factor menos determinante de la tasa de mortalidad de Estados Unidos. Según este autor, los determinantes de la mortalidad son los siguientes por este orden⁵⁸:

- ❶ Estilo de vida (43%).
- ❷ Biología humana (27%).
- ❸ Entorno (19%).
- ❹ Sistema de cuidados (11%).

No es el único autor que se refiere a la influencia de factores exógenos que escapan al control del sistema sanitario sobre la satisfacción de las necesidades sanitarias de la población. Varo⁵⁹ establece una serie de factores del entorno que cada vez tienen más influencia y que suponen amenazas a la satisfacción de los pacientes: SIDA, envejecimiento de la población, incremento de las enfermedades crónicas, incremento de las necesidades sociales (hospitalización a domicilio, hospitales de día), etc.

Como conclusión a estas consideraciones, creemos necesario la evaluación de la calidad mediante el análisis de la satisfacción del cliente. Aunque se trate de un criterio no determinante, consideramos que tampoco lo es la evaluación de la estructura, de los procesos y de los resultados⁶⁰.

Habiendo llegado a esta conclusión, podemos incluso fortalecerla si tenemos en cuenta de que la Generalitat de Catalunya se ocupa de realizar investigaciones sobre el grado de satisfacción de los pacientes de los diferentes hospitales de Cataluña⁶¹.

⁵⁸ DEVER, J. (1976). Op. Cit..

⁵⁹ VARO, J., (1994). Op. Cit..

⁶⁰ Un resultado puede ser un diagnóstico, un tratamiento, u otros aspectos parecidos. No obstante, establece Varo que hay quien incluye la satisfacción del consumidor en los resultados.

⁶¹ MEMORIA DEL DEPARTAMENT DE SANITAT I SEGURETAT SOCIAL 1994, Generalitat de Catalunya.

La filosofía establecida en el sistema sanitario de Cataluña se dirige a crear unos vínculos de comunicación con los usuarios de los servicios hospitalarios, así como con sus familiares, con el objetivo de conseguir prestar un servicio más personalizado al respecto. Los vínculos de comunicación con los usuarios pueden dar a diferentes resultados posibles⁶²:

- Agradecimientos por la calidad de servicio.
- Consultas externas y atenciones
- Quejas y reclamaciones: asistenciales, de trato, de información, de organización y de hostelería.

Cuadro 3.4.1.: Vínculos de Comunicación con los Pacientes

Motivos	1993	1994
Agradecimientos y sugerencias	327	1.037
Consultas y atenciones	1.507	1.728
Quejas y reclamaciones:	679	1.718
• Asistenciales	91	143
• Trato	41	134
• Información	72	160
• Organización y trámites	327	618
• Hostelería	148	663

Fuente: Memòria Anual del Departament de Sanitat i Seguretat Social y elaboración propia.

Según Gomez⁶³ el producto final del hospital pasa a los pacientes a través de los profesionales. Cuando un profesional se encuentra satisfecho con su trabajo, la relación personal con el paciente será de mejor calidad. Este mismo autor establece como determinantes de la mayor o menor la satisfacción del paciente los siguientes puntos:

- La relación personal con los profesionales.
- La tecnología del tratamiento en sí.
- El entorno y grado de bienestar.
- Las consecuencias derivadas del tratamiento.

⁶² MEMORIA DEL DEPARTAMENT DE SANITAT I SEGURETAT SOCIAL 1994, Op. Cit..

⁶³ GÓMEZ, A. C. ; Ruiz, J. A. M. y Martí, R. G.. (1986). La Calidad de la Asistencia Hospitalaria. España.

Desde el punto de vista de los pacientes podemos ver que ellos dan importancia a algunos puntos como veremos abajo :

a) Sobre las consultas externas

- ver siempre al mismo médico en cada consulta;
- que el médico demuestre interés personal por el paciente;
- que se respete la intimidad individual;
- que las tarifas sean razonables;
- que la espera sea corta;
- que el nivel de información sea suficiente;
- que la información sea proporcionada por el médico.

b) Sobre la forma de comportarse el médico con el paciente

- médico competente y capacitado para su trabajo;
- médico concienzudo, metódico y minucioso con método;
- profesional discreto, prudente y serio;
- profesional que sabe y quiere informar al paciente;
- hombre cortés, respetuoso.

c) Sobre la forma de ser el médico

- hombre simpático, asequible;
- amable, buena persona;
- paciente, sabe escuchar, consume con cada paciente el tiempo necesario;
- hombre franco, abierto, directo;
- inspira confianza;
- disfruta explicando las cosas al paciente.

Actualmente, para conocer la opinión de los clientes/usuarios en el ámbito sanitario tenemos algunos sistemas disponibles⁶⁴ :

- Cuestionarios de opinión.
- Reclamaciones.
- Grupos de enfoque⁶⁵.

⁶⁴ NEILA, L. P. & Junquera, M. J. G.. (1996). Guía Práctica para Evaluación de la Calidad en la Atención Enfermera. Madrid.

⁶⁵ consiste en seleccionar muy cuidadosamente varios grupos de individuos que poseen características homogéneas y predefinidas (sexo, diferentes edades, nivel socio cultural, etc.) dentro de cada uno de ellos. Se les reúne para tratar el objetivo que nos ha movido a constituirlo y se les permite expresar libremente su opinión a

Resumiendo, un servicio hospitalario de mayor calidad será un servicio orientado al paciente, a satisfacer sus necesidades e incrementar su satisfacción. En este sentido, las auditorías de servicios hospitalarios tienden a ser una práctica rutinaria.

3.5. HACIA LA CALIDAD TOTAL EN LOS HOSPITALES

3.5.1. Consideraciones Preliminares

Al inicio de este capítulo ya se hizo una primera aproximación de las diferencias existentes entre conceptos como calidad total, gestión de calidad y control de calidad. El objetivo de ello era fijar un punto de apoyo teórico para nuestras posteriores explicaciones. En base a lo que hemos podido estudiar, tres son los conceptos clave que aparecen en todo texto de calidad hospitalaria: plan de calidad, programa de calidad y manual de calidad. A parte de estos tres instrumentos básicos existen otros también importantes como los protocolos, los cuales ya fueron estudiados, entre otros.

Antes de entrar en este tema, podemos aportar una definición de calidad total que hasta ahora no hemos expuesto y que es especialmente interesante en base a nuestro posterior desarrollo. Nos referimos a la definición de Cámara, que establece que “la calidad total es una sistemática de la gestión empresarial a través de la cual la empresa busca satisfacer las necesidades y expectativas de sus clientes, de sus empleados, de los accionistas y de toda la sociedad en general, utilizando los recursos de que dispone: personas, materiales, tecnología, etc”⁶⁶.

La calidad total, retomando nuestras iniciales consideraciones, es un concepto amplio, pero está dentro de la gestión de la calidad. Por contra, requiere un control de la misma, pues sin este control será imposible conseguir la deseada calidad total en los hospitales⁶⁷.

Pero surgen entonces, a nuestro entender, la pregunta esencial de todo este entramado, que no es otra que la pretende conocer para qué sirve la calidad total. Es decir, quien se verá especialmente favorecido con esta filosofía de la calidad, de la que sin duda subyace un cambio cultural importante.

respecto. Se necesita de un dinamizador profesional para extraer las informaciones posibles que son realizadas en sesiones guiadas y grabadas con una cámara de vídeo para posteriormente ser analizada en profundidad.

⁶⁶ CÁMARA, D. (1996). Aplicación del Marketing al Diseño de un Sistema de Calidad Total en Servicios Sanitarios. Boletín de estudios económicos, nº159, diciembre, p.483.

⁶⁷ VARO, J.. (1994). Op. Cit..

En este sentido, podemos decir que el objetivo final de la calidad total es la satisfacción del cliente, del usuario, es decir, un servicio que se ajuste a las expectativas del cliente. Si damos como buena esta premisa de partida, y en nuestra opinión lo es, podemos decir que el objetivo de la calidad total es el mismo que el objetivo último del marketing: satisfacer las necesidades de los consumidores⁶⁸.

Otro autor es más explícito en la contestación a esta pregunta tan importante, por cuanto establece siete razones que justifican la implantación de un enfoque de calidad⁶⁹:

1. Implantar la gestión de calidad reduce costes y aumenta la productividad.
2. Facilita el trabajo de la plantilla, resultando menos frustrante, y les proporciona un mayor control y se hace más fácil la contratación y retención del personal en el mercado competitivo.
3. Reduce la tensión que origina la insatisfacción en la gestión de expectativas.
4. Evita las protestas por negligencia.
5. Aumenta los ingresos.
6. Se valora los profesionales y mejora la cooperación entre ellos.
7. Es una ventaja competitiva.

Por su parte, Vuori⁷⁰ establece tres motivos esenciales por los cuales implantar un sistema de calidad en los hospitales:

1. Motivos éticos: se refiere al hecho de que el personal médico ha gozado siempre de una buena ética que le ha empujado hacia la prestación de servicios adecuados para los clientes. Como dice Melendo⁷¹, la calidad es más ética para el personal médico. Los médicos se sienten responsables por la evolución de la salud de los pacientes. Otra cosa distinta es que no estén lo suficientemente motivados por otras causas como podría ser la estructura organizativa funcional que hace perder el contacto con el propio paciente, como ya se comentó en otro apartado.
2. Motivos de eficiencia: con este motivo se refiere Vuori al hecho de que el médico vela por la seguridad del paciente, y una forma de conseguirlo es mediante la calidad. Por tanto, la calidad no sólo es ética, sino también seguridad.

⁶⁸ CÁMARA, D.. (1996). Op. Cit..

⁶⁹ OVRETVEIT, J.. (1992). *Healyh Service Quality*. Blackwell, Oxford.

⁷⁰ VUORI, H.V.. (1982). Op. Cit..

⁷¹ MELENDO, T.. (1990). *Las Claves de la Eficacia Personal*. España.

3. Motivos de eficiencia: son varios los autores que hablan de costes de no calidad. Otros comparan los costes de calidad con la no calidad⁷². En definitiva, está claro que la no calidad comporta costes de alguna forma, con lo cual, esta se configura además de ética y de seguridad, como eficiencia. En este sentido, en muchas ocasiones se identifica la ineficiencia con la utilización de unos medios productivos caros que no sería necesarios para otorgar un servicio de calidad, lo cual ocurre cuando se realiza un abuso de tecnologías caras en la prestación de servicios hospitalarios⁷³. En este sentido, la idea de que la calidad, lejos de crear costes, los reduce y aumenta la productividad, está siendo cada vez más introducida en el sector hospitalario⁷⁴.

Queda claro, pues, que el objetivo de la calidad total es la satisfacción del cliente hospitalario. Esto no quiere decir que en conjunto toda la organización se vea beneficiada, pues creemos que así ocurre. Lo que queremos decir es que la calidad total no surge como mecanismo burocrático dirigido a la satisfacción del personal del hospital, sino hacia la satisfacción de los clientes, si bien el personal también se verá motivado y se encontrará con lo que podríamos llamar una satisfacción personal por el trabajo bien hecho.

Si la calidad total es el tema que nos ocupa en este capítulo, debemos dejar también bien claro antes de continuar, que es lo que se entiende por calidad en los hospitales. Errasti nos ofrece una definición poco académica pero sin embargo muy clara: “la calidad total es el trabajo bien hecho, unidad en sus detalles mínimos, la atención esmerada al cliente, el producto perfectamente acabado, etc”⁷⁵. Para Juran⁷⁶, la calidad es la aptitud para el uso, es decir, el producto (hospitalario) es de calidad cuando es de utilidad al cliente en base a las razones por las cuales lo adquirió. Otra definición nos la ofrece Pfeffer y Coot, que definen la calidad en base a cuatro conceptos, todos ellos vigentes actualmente⁷⁷:

1. Concepto tradicional: se refiere a la calidad como signo de exclusividad y de posición de ventaja.
2. Concepto de experto: se refiere a la calidad relacionada con los conocimientos del experto. Este enfoque lleva muchas veces centrarse en el profesional y perder de vista al cliente⁷⁸.

⁷² GORARRIZ, K.. (1993). La Calidad en la Empresa. Edición La Gaceta de los Negocios, Madrid.

⁷³ ERRASTI, F. (1997). Principios de Gestión Sanitaria. Diaz de Santos, Madrid.

⁷⁴ ERRASTI, F.. (1997). Op. Cit..

⁷⁵ ERRASTI, F.. (1997). Op. Cit..

⁷⁶ JURAN, J.M., Gryna, F.M. y Bingham, R.. (1951). *Quality Control Handbook*.. McGraw Hill, New York.

⁷⁷ PFEFFER & Coot, citado por Errasti (1997). Op. Cit..

⁷⁸ ERRASTI, F. (1997). Op. Cit..

3. Concepto de gestión/excelencia: se refiere a la calidad como satisfacción del cliente en un entorno competitivo. Se caracteriza por que se bien los clientes pueden expresar su satisfacción con los servicios existentes, desconocen las alternativas.
4. Concepto de protección del consumidor: se refiere a la calidad en el sentido de influencia de los clientes en el diseño de los servicios. Si el cliente con está satisfecho, puede acudir a otro proveedor, ya que se supone que este conoce las diferentes alternativas a diferencia del caso anterior.

Son muchas las aportaciones de diversos autores en materia de calidad. En todo caso, destacamos las diez etapas de mejora de la calidad de Jurán, ya que son casi siempre expuestas por la mayoría de los autores⁷⁹ :

1. Crear la conciencia de la necesidad y oportunidad de mejorar la calidad.
2. Establecer determinados objetivos de mejora.
3. Organizar los medios para alcanzar los objetivos: un grupo de calidad, identificar los problemas, seleccionar los proyectos, designar responsabilidades, etc.
4. Facilitar la formación de los empleados.
5. Implantar proyectos para resolver problemas.
6. Realizar informes sobre progresos obtenidos.
7. Establecer reconocimientos por los resultados obtenidos.
8. Comunicar los resultados.
9. Mantener los resultados.
10. mantener el impulso estableciendo una mejora anual como parte de un proceso regular de la empresa.

Siguiendo con nuestra tónica, podemos mencionar la aportación de otros autores en cuanto las etapas necesarias para implantar un sistema de calidad. En este sentido, Cámara establece que la calidad total supone un cambio cultural importante, y que por tanto es necesario realizar una serie de etapas para asegurar este cambio cultural en aras a la implantación a un sistema de calidad total:

1. La alta dirección del hospital debe ser la primera convencida en la conveniencia en este cambio cultural que supone la calidad total. Debe entender que no es una moda pasajera, sino el mejor camino para conseguir los objetivos de la organización. Recordemos también a Lorente, cuando establecía que la dirección debe actuar como líder de este cambio

cultural, ya que el personal no cambia sus valores repentinamente y sin que nadie le estimule a ello⁸⁰.

2. Dotar los recursos financieros, materiales y humanos para llevar a cabo la implantación de la calidad total.
3. Lograr el compromiso de todo el personal. Este compromiso significa que todas las personas de la organización deben tener como punto de vista común el cliente.
4. Analizar y evaluar la satisfacción del cliente. Al principio de este trabajo se mencionaba la discusión entre si es correcto evaluar la satisfacción del cliente hospitalario dado que este no era experto en el producto que recibía. Según Cámara la discusión está cerrada. La satisfacción del cliente siempre debe estar evaluada. Quizás los defensores de que esto no debe ser así en el sector hospitalario es porque temen los resultados de tal evaluación...
5. Dotarse de personal conocimientos y con motivaciones hacia el cambio. Esta exigencia de Cámara nos recuerda la exposición del Consejero Delegado de la firma Azco, para el cual, aquellos empleados no motivados e incrédulos ante el cambio irán cayendo por sí solos⁸¹.

3.5.2. Calidad en la Asistencia Hospitalaria

Si vamos a hablar de la calidad en la asistencia sanitaria, y centrándonos especialmente en la hospitalaria, debemos conocer cuáles son los aspectos o variables que la determinan.

En este sentido, Errasti⁸² nos establece dos componentes en términos generales: la actuación técnica de los médicos y demás profesionales de la salud y la relación médico-paciente. El primero de los componentes estaría formado por el conjunto de conocimientos de los médicos y del resto de personal del hospital. Sin embargo, la segunda componente incluiría otra vertiente diferente como sería el trato personalizado y humanizado que el médico debe proporcionar al paciente. Nosotros, incluiríamos no sólo el trato del paciente con el médico, sino con todo el personal de la organización, especialmente con Enfermería. Esta afirmación la hacemos no en vano, sino a partir de las afirmaciones que en una entrevista se le

⁷⁹ JURÁN, J.M.. (1951). Op. Cit.

⁸⁰ LORENTE, J.M.. (1994). Op. Cit..

⁸¹ Exposición del Consejero Delegado de Azco sobre Reingeniería de la empresa, curso de doctorado, asignatura del Dr. Castán.

⁸² ERRASTI, F.,. (1997). Op. Cit..

realizó a Pedro Lain Entralgo⁸³, según el cual, no era posible concebir un acto médico sin la intervención de las enfermeras, puesto que se ocupan de humanizar el trato al paciente, que a veces deja que desear de los médicos.

Otros, miden la calidad desde lo que Garvin ha llamado “criterios del consumidor” (user-based-approach), que define la calidad en función de las necesidades que existe entre las expectativas y los logros en favor de los pacientes. Desde esta perspectiva, los factores que determinan la calidad son⁸⁴:

1. Fiabilidad en el servicio prestado.
2. Interés: buena disposición de los empleados en la prestación de los servicios sanitarios.
3. Competencia: hace referencia a la habilidad y conocimientos para prestar servicios de calidad.
4. Acceso: consiste en el contacto adecuado entre el personal asistencial (tanto médicos como enfermeras) con el clientes, es decir el paciente.
5. Cortesía: hace referencia a la educación formal entre el personal sanitario y el paciente.
6. Comunicación con los pacientes y sus familiares sobre el estado de salud del mismo.
7. Credibilidad: consiste en la confianza que el paciente debe depositar en el médico.
8. Seguridad: se refiere a la seguridad del tratamiento, posibles infecciones, etc. No debemos olvidar que un gran número de infecciones de los pacientes son contagiadas en el mismo hospital.
9. Comprensión: Evidencia física de las instalaciones, apariencia del personal, etc.

Según Varo⁸⁵, la calidad de los hospitales debe medirse mediante la satisfacción de los clientes. Pero este indicador, como él muy bien indica, no siempre es representativo de la calidad obtenida realmente. La razón es que el cliente, a diferencia de lo que puede ocurrir en otros sectores, no tiene los suficientes conocimientos para evaluar de forma adecuada y objetiva la calidad del servicio que le ha sido prestado. Por esta razón, el propio Varo establece el concepto de “bienestar del cliente”, como ya fue dicho anteriormente, en el bien entendido que este indicador contempla conjuntamente la subjetividad del cliente y la calidad real del servicio en aras a la curación o mejora de su salud.

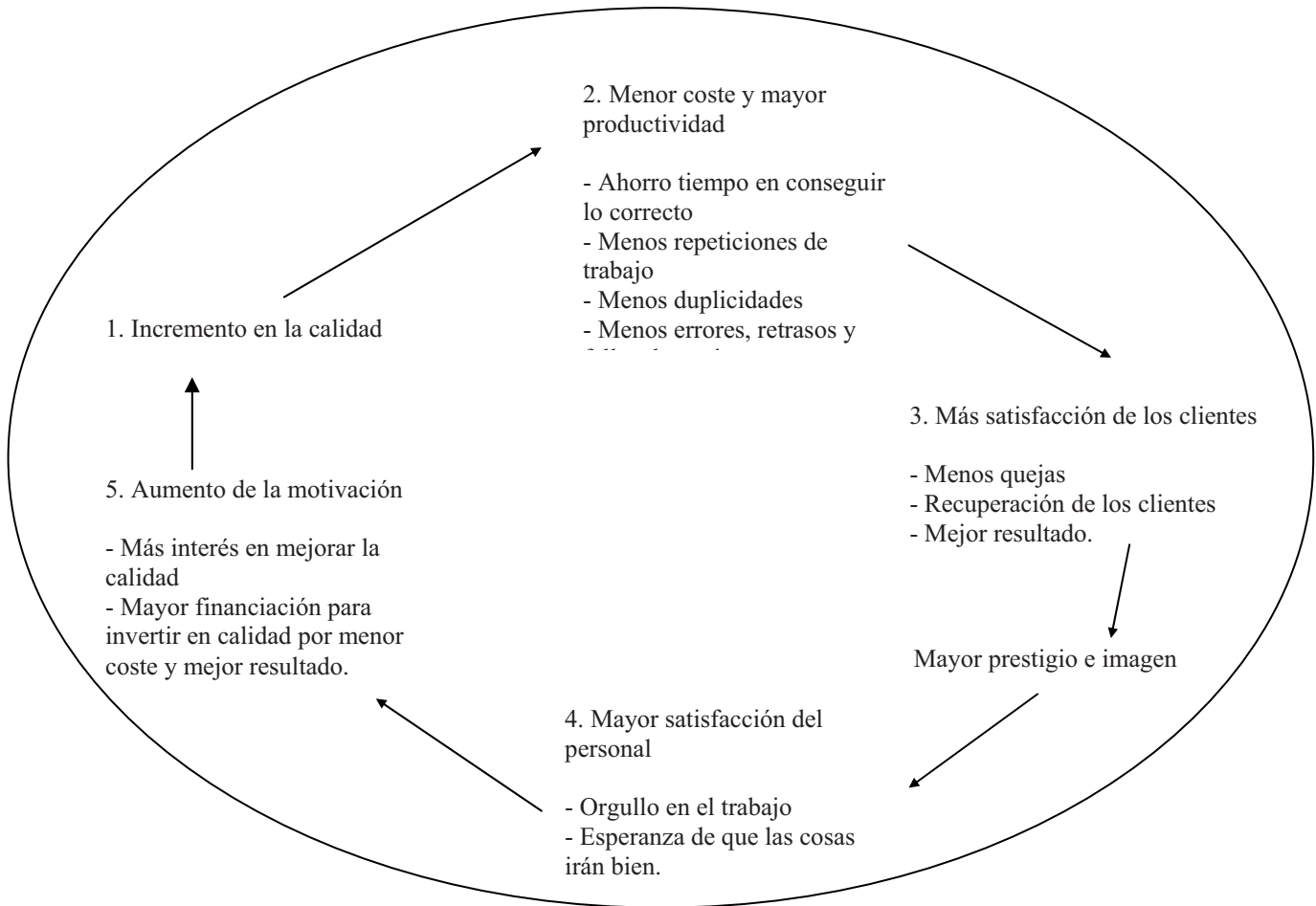
⁸³ ENTREVISTA A PEDRO LAIN ENTRALGO, premio Príncipe de Asturias de la Comunicación y Humanidades, en *La sanidad y la cultura*, Gestión hospitalaria, nº94, junio de 1997, Madrid, p. 6-9.

⁸⁴ ERRASTI, F.. (1997). Op. Cit..

⁸⁵ VARO, J..(1994). Op. Cit..

En esto coincide Ovretveit⁸⁶, quien determina que la calidad, además de medirse por el grado de satisfacción de los clientes, debe considerarse en términos de productividad. En este sentido, considera que la calidad hospitalaria lleva un conjunto de efectos concatenados, de forma que se expresa mediante un diagrama en forma de círculo como la representa la figura 3.5.2.1..

Figura 3.5.2.1.: Puntos Determinantes de la Calidad Hospitalaria



Fuente: OVRETVEIT(1992), op. cit.

Una deficiente calidad puede comportar problemas muy serios. Tenemos que recordar que estamos tratando con personas, no con productos físicos, por cuanto la calidad debe ser más vigilada que en ningún otro sector. Imaginemos, por ejemplo, las consecuencias perniciosas que se pueden derivar del hecho de dar un medicamento a un paciente equivocado. Quizás el error sea en este caso la incorrecta identificación del paciente⁸⁷.

⁸⁶ OVRETVEIT, J.. (1992). Op. Cit..

⁸⁷ ERRASTI, F.. (1997). Op. Cit..

Por otra parte, Juran nos establece que la gestión de la calidad se basa en tres factores básicos:

1. Planificación de la calidad.
2. Control de la calidad.
3. Mejora de la calidad.

Nos parece una aportación muy interesante y acertada. Por esta razón, vamos a apoyarnos en el esquema que nos establece este autor, pasando a continuación a explicar de forma detallada, y según varios autores, cada uno de estos tres factores que a nuestro entender resultan esenciales.

3.5.3. Planificación de la Calidad

Se puede definir la planificación de la calidad como “el proceso mediante el que se desarrolla y mantiene una conjunción entre los objetivos y recursos para conseguir una óptima relación entre ambos y lograr un producto de calidad para los clientes”⁸⁸. Consta de cuatro fases:

1. Identificación a los clientes
2. Determinar cuáles son sus necesidades.
3. Desarrollar los productos que pueden satisfacer sus necesidades.
4. Realizar una adecuación del diseño al producto que satisface esas necesidades.
5. Llevar a cabo las operaciones necesarias.

Como es bien sabido, planificación y programación son inseparables. La planificación se instrumenta mediante un plan, en tanto en cuanto la programación se instrumenta mediante un programa. Preferimos no ceñirnos exclusivamente al programa como sugiere Juran, por eso nos parece mencionar algunas aportaciones de la programación de la calidad hospitalaria. Nuestro propósito es estudiar ambos conceptos (plan y programa de calidad) de forma conjunta.

En este sentido, definimos un programa como “una respuesta organizativa dirigida a eliminar o reducir problemas específicos, que se apoya con uno o varios objetivos, se desarrolla con una serie de actividades y utiliza un conjunto de recursos”⁸⁹.

⁸⁸ ERRASTI, F..(1997). Op. Cit..

⁸⁹ VARO, J.. (1994). Op. Cit..

Para Cuervo⁹⁰, los programas son “agrupaciones de recursos dirigidos a un objetivo específico”. Según Pineault⁹¹, un programa de salud es “un conjunto coherente organizado, integrado de actividades y servicios realizados simultáneamente o sucesivamente, con los recursos necesarios y con la finalidad de alcanzar los objetivos determinantes en relación con problemas de salud precisos y ello para una población definida”. El programa de control de calidad, o simplemente programa de calidad, no es un fin en sí mismo, sino una herramienta para mejorar la calidad hospitalaria. Lo mismo ocurre con el plan de calidad. En esto coinciden Varo⁹² y Juran⁹³.

Varo⁹⁴, establece la relación que estábamos buscando entre plan y programa de calidad: un programa de calidad es simplemente el resultado de un plan de calidad, es decir, sigue un proceso planificado, ya que:

- establece los objetivos de calidad (Inicio del programa de calidad);
- evalúa los resultados obtenidos (Fin del programa de calidad).

Cuervo⁹⁵, nos establece una relación integral entre plan y programa, estableciendo la planificación y gestión por programas en el ámbito hospitalario. Es decir, considera la planificación como un conjunto de programas que los hacen posible. De este modo, más que centrarnos en el plan en concreto, parece más lógico centrarnos en los programas hospitalarios, puesto que son estos los que determinan a fin de cuentas el plan de salud.

Entrando pues, en el tema de la programación, iniciaremos la discusión con las fases que ha de cumplir un programa de calidad según Joaquín Varo⁹⁶:

- ❶ Fijación de los objetivos: los objetivos deben ser claros, generales y realistas. Algunos de ellos que son perseguidos por el programa de control de calidad pueden ser los siguientes:
 - a) Asegurar un servicio eficaz a los usuarios.
 - b) Proteger los derechos de los pacientes.
 - c) Conseguir la satisfacción del consumidor.
 - d) Formación del personal para alcanzar una determinada cultura en materia de calidad.
 - e) Promover y estimular la participación de los trabajadores del hospital.

⁹⁰ CUERVO, J.. (1996). Preparant el Futur. Una Nova Organització per als Hospitals Vall d’Hebron. Revista Salut Catalunya, nº 2, vol. 10.

⁹¹ PINEAULT, R. & Davelly, C.. (1987). La Planificación Sanitaria: conceptos, métodos y estrategias. Mason, S.G., Barcelona.

⁹² VARO, J.. (1994). Op. Cit..

⁹³ JURÁN, J.M.. (1951). Op. Cit.

⁹⁴ VARO, J.. (1994). Op. Cit..

⁹⁵ CUERVO, J.. (1996). op. cit.

⁹⁶ VARO, J.. (1994). Op. Cit..

② Organización del programa: distingue Varo aquí dos subetapas⁹⁷:

a) Diseño organizativo: consiste en combinar la autoridad, la responsabilidad y la información de la empresa. El objetivo es detectar y solucionar, en su caso, los problemas de calidad que se hayan identificado⁹⁸.

b) Desarrollo organizativo: es esta subfase se intenta implantar estrategias de desarrollo en la organización para que ellos profesionales sanitarios participen en los procesos de cambio.

Como establece Ruelas⁹⁹, el programa debe empezar de forma descentralizada, y posteriormente debe ir descentralizándose a medida que aumenta el grado de complejidad de las actividades y la participación.

③ Definir la amplitud del programa de control de calidad: se trata de determinar el campo de aplicación, es decir, todos los aspectos que están sometidos al cumplimiento de lo establecido en el programa:

- valoración de la actuación asistencial;
- análisis de la satisfacción del cliente;
- ahorro de recursos con el mejor servicio posible;
- formación del personal, etc.

④ Supervisión del programa: se trata de garantizar una serie de cumplimientos, entre los cuales destacan los siguientes:

- recogida y evaluación adecuada de datos;
- verificar que la información es completa y correcta;
- revisar el programa cuando sea necesaria, y como mínimo cada año;
- verificar el cumplimiento de los objetivos, etc.

⑤ Determinar los responsables del programa de control de calidad: en este sentido, podemos definir los siguientes niveles de autoridad:

- La Dirección debe promover la implantación y cumplimiento del programa en todo el hospital.

⁹⁷ VARO, J..(1994). Op. Cit..

⁹⁸ LEATT, P.; Shortell, S. & Kimberly, J.. (1987). *Organization Design*. Health Care Management, New York, Wiley.

⁹⁹ RUELAS, E. & Frenk, J.. (1990). El Análisis de la Calidad Asistencial en el Marco de la Transacción: el caso de México. Control de Calidad Asistencial.

- Los mandos intermedios deben implantar un subprograma específico para su departamento o servicio en concreto. Obviamente, estos subprogramas deben ser compatibles con el programa global de la dirección.
- Los profesionales deben llevar a cabo una actividad de autoevaluación del trabajo realizado. Ellos mismos deben ser responsables de autoevaluarse, para conseguir de este modo la mejora de la calidad de su desempeño.

⑥ Establecimiento de la frecuencia de los informes: para asegurar que los objetivos del programa se van cumpliendo, será necesario realizar unos informes periódicos que señalen claramente el grado de consecución de estos objetivos, así como las desviaciones que en su caso puedan surgir.

⑦ Evaluación anual del programa: además de los informes periódicos anteriormente comentados, será necesario una evaluación, al menos anual, del programa de calidad. Como hemos comentado, no existe un único programa, sino que cada departamento o servicio tendrá el suyo propio, pero todos ellos deben ser coherentes con el programa general fijado a nivel de la Dirección. La evaluación, como establece Varo debe componerse de tres subfases¹⁰⁰:

- a) Seguimiento continuo de los indicadores elegidos como válidos. Estos indicadores se deberán comparar con los niveles estándar, observando de este modo las desviaciones existentes. De este modo, seremos capaces de determinar si existen o no desviaciones, así como la magnitud de tal desviación en su caso.
- b) Comparar las actividades que se han realizado realmente con las que estaban incluidas en un principio en el programa de calidad. Es posible que algunas líneas de actuación no se hayan puesto en práctica.
- c) Comprobar si los problemas se solucionan a través de las medidas correctoras que se tomaron en caso de desviaciones. De este modo se obtendrá una idea aproximada del grado de acierto en las medidas correctoras que en su momento se tomaron. Además proporciona una gran información, ya que en caso de funcionar, se podrán utilizar en otras ocasiones cuando los síntomas sean los mismos o parecidos.
- d) Elaborar un documento de evaluación final, en forma de resumen del proceso de evaluación del plan que se acaba de comentar.

¹⁰⁰ VARO, J..(1994). Op. Cit..

Según Cuervo¹⁰¹, uno de los problemas que plantea un programa es que requiere la utilización de recursos de otros servicios del hospital, con lo cual se rompe la unidad de mando si tenemos en cuenta que cada programa tendrá su respectivo director. En nuestra opinión, esto no debería ser ningún problema. Es obvio que cada departamento o servicio tenga su propio programa, y que cada uno requiera de los recursos de otros servicios para su cumplimiento, lo cual significa tan solo que es necesario realizar un esfuerzo de coordinación para conseguir que estos subprogramas se cumplan, contribuyendo de este modo al programa global a nivel de hospital. La Dirección debe ser, a nuestro entender, la encargada de conseguir unir los recursos de todos los servicios, con el objetivo de conseguir un empuje hacia el cumplimiento de los subprogramas y, el programa global.

De este modo, un programa tendrá su correspondiente director, y además se verán involucrados los directores de los demás servicios que prestan sus recursos al primero. En todo caso será el director de programa el encargado y responsable de su cumplimiento.

La estructura se representa en forma de matriz, pero repetimos que esta dificultad es, o debería ser, superable mediante la coordinación de los diferentes servicios. El cuadro 3.5.3.1. representa claramente la ruptura de unidad de mando¹:

Cuadro 3.5.3.1.: Programa Especifico del Servicio "A"

Actividad Recurso	Servicio A	Servicio B	Servicio C	Servicio D	Servicio E
Recurso 1	X			X	
Recurso 2					
Recurso 3		X	X		
Recurso 4					X
Recurso 5	X			X	

Fuente: Adaptación de Cuervo, J.¹⁰².

Como se observa, el servicio A dispone de un programa determinado, pero no tiene en su poder todos los recursos necesarios para su cumplimiento, por lo que necesitará la colaboración de los demás departamentos para la consecución de sus objetivos. Lo mismo ocurrirá con los programas del resto de servicios.

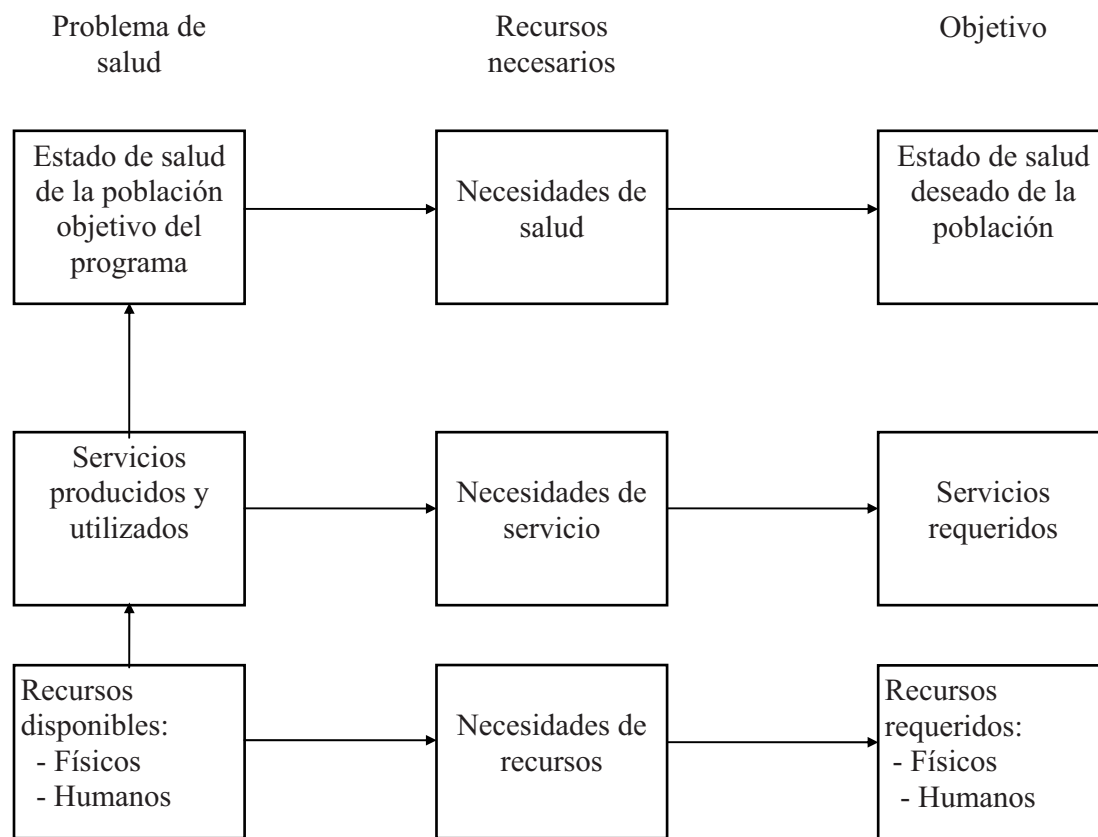
¹⁰¹ CUERVO, J.. (1996). Op. Cit..

¹⁰² CUERVO, J., Op. Cit., p. 54.

Cada uno de estos programas tiene un cometido determinado. Sea cual sea este cometido, se trata siempre del mismo proceso: se parte de una realidad, se estiman las necesidades, y finalmente se emplean unos recursos para conseguir mejorar esa realidad actual. Bajo este enfoque, estamos considerando lo mismo que nos decía la definición de programa según Pineault¹⁰³. Este empleaba tres conceptos básicos en la misma: problemas de salud; recursos necesarios; finalidad de alcanzar unos objetivos.

De este modo, podemos decir que un programa está estructurado de las siguientes formas¹⁰⁴ indicada en la figura 3.5.3.1..

Figura 3.5.3.1.: Estructuración de un Programa de Salud



Fuente: Adaptación de Cuervo, J.²

3.5.4. Control de la Calidad

Otro de los tres grandes pilares que expone Juran es, como se comentó, el control de la calidad. En este sentido, podemos justificar el control de la calidad por el hecho de que la

¹⁰³ PINEAULT, R. & Davelly, C., (1987). Op. Cit..

¹⁰⁴ CUERVO, J., (1996). Op. Cit..

prestación de servicios sanitarios está sometido a un elevado grado de variabilidad. El objetivo del control de la calidad es la determinación de la magnitud y las causas de esta variabilidad¹⁰⁵.

Según la Joint Commission on Accreditation of Hospital (JCAH), las cinco actuaciones o pasos básicos en el control de la calidad hospitalaria son¹⁰⁶:

1. Identificar los problemas reales y potenciales.
2. Averiguar las causas, así como la ordenación de las mismas en función del mayor al menor número de problemas que pueden causar a los pacientes.
3. Implementar las correcciones para eliminar esos problemas identificados.
4. Controlar las medidas correctoras que solucionan los problemas.
5. Documentar las actividades del programa con el fin de mejorar la atención al paciente.

Según Errasti¹⁰⁷, el control de calidad consta de estos puntos:

1. Establecer la calidad como objetivo.
2. Medir los resultados, es decir, comparar la realidad con el objetivo deseado.
3. Corregir los defectos.
4. Medir el efecto de las medidas adoptadas.

Nos parece conveniente, por nuestra parte, establecer los pasos básicos de que consta el control de la calidad hospitalaria a partir de una mezcla de las dos aportaciones anteriores:

1. Definir el nivel de calidad deseado como objetivo. (Errasti).
2. Medir los resultados. (Errasti).
3. Identificar los problemas reales y potenciales. (JCAH).
4. Averiguar las causas y ordenarlas por su grado de importancia para el cliente. (JCAH).
5. Corregir los defectos mediante las medidas pertinentes. (JCAH y Errasti).
6. Medir los resultados de estas medidas correctoras. (JCAH y Errasti).

Christoffel y Loewenthal¹⁰⁸ establecen las siguientes ventajas de un control de calidad hospitalario:

¹⁰⁵ ERRASTI, F.. (1997). Op. Cit..

¹⁰⁶ JOINT COMMISSION ON ACCREDITATION OF HOSPITAL, Accreditation manual of hospitals, Chicago, III: JCAH, publicación anual.

¹⁰⁷ ERRASTI, F.. (1997). Op. Cit..

1. Permite medir la calidad de los servicios prestados a través de los resultados, puesto que el alta hospitalaria se produce a causa de la mejora o curación del paciente.

Es decir, están estableciendo ambos autores el enfoque de calidad según resultados. Ya vimos que existían otros enfoques de la calidad hospitalaria: por procesos y por estructura¹⁰⁹.

2. Es fácil implantar un control de calidad en los hospitales, ya que normalmente tienen programas de educación continua.

Recordemos que los programas se caracterizan por la ruptura de la unidad de mando, en tanto en cuanto existe un director de programa y, por otra parte, los directores de otros servicios cuyos recursos son requeridos para dicho programa. En este sentido, hemos encontrado un ejemplo pragmático de un programa de formación continua, que nos expone Cuervo¹¹⁰ en el cuadro 3.5.4.1. :

Cuadro 3.5.4.1.: Programa de Formación Continua de Accidentes de Tráfico

Actividad Recurso	Servicio educativo	Servicio de tráfico	Servicio de primeros auxilios	Servicio de rehabilitación
Información escolar	X			
Educación tráfico		X	X	
Ambulancias mecanizadas			X	
Asistencia de rehabilitación				X

Fuente: Cuervo².

Como se puede observar, el programa requiere de los recursos de diferentes departamentos, aunque pertenezca posiblemente al servicio educativo.

3. Debido al gran número de médicos que trabajan en un mismo hospital, se puede crear un clima laboral favorable de cooperación entre los mismos, por estar vinculados a un programa de calidad.

4. Un control de calidad proporciona aumentos sustanciales de la calidad de las historias clínicas.

¹⁰⁸ Christoffel & Loewenthal. (1977). *Evaluating the Quality of Ambulatory Health Care: a review of emerging methods*. Medical Care.

¹⁰⁹ VARO, J.. (1994). Op. Cit..

5. El hospital normalmente hace de centro de formación al entorno que le rodea, con lo que la calidad se percibe sobre todo en su área de influencia. Por ejemplo, un hospital situado en una localidad determinada, realizará un programa de formación continua para los habitantes de esa localidad y municipios colindantes.

Según la Benson, los principios básicos de un control de calidad son¹¹¹:

1. Ser un proceso planificado: ya se estudió la planificación de la calidad. Es necesario que las fases que hemos diseñado como elementales a partir de las aportaciones de la JCAH y Errasti, se vean incluidas en el plan de control de calidad. Además, es importante que cada una de esas funciones tengan claramente definidos los cargos o personas que las tendrán que aplicar.
2. Ser un proceso de seguimiento continuo y evaluación: se requiere en este caso un seguimiento y evaluación continuo del control de la calidad hospitalaria.
 - a) Monitorización o evaluación: es un proceso rutinario de recogida de datos sobre los problemas o las oportunidades de mejora detectados.
 - b) Evaluación: consiste propiamente en valorar el significado de los datos recogidos a partir de la monitorización.
3. Ser un proceso extensivo a todo el hospital: como se ha dicho en varias ocasiones, el control de la calidad es algo que atañe a todos los miembros del hospital. Sólo de este modo se podrán conseguir los resultados deseados a partir del mismo. Desde el director general hasta los trabajadores de menor cualificación deben estar implicados en el control de la calidad. Como establece Lorente (coordinador de Atención Sanitaria del INSALUD), “la participación del personal es la herramienta precisa que puede permitirnos conseguir comprometer a todos en el hospital: es nuestro derecho y obligación”¹¹².
4. Ser un proceso integrado: en este sentido, establece Varo la necesidad de compartir la información entre los diferentes profesionales. De este modo se podrá conseguir un ahorro importante de tiempo y esfuerzo. A su vez, permite tomar las decisiones de mejora de la calidad con mayor rapidez. La información no debe ser considerado como un bien con propietario único con el objetivo de tener más poder. Esto es algo que siempre se ha promulgado, pero no siempre se aplica en las organizaciones, ya que en muchas ocasiones el tenedor de esta información la guarda con recelo.

¹¹⁰ CUERVO, J.,. (1996). Op. Cit..

¹¹¹ BENSON, D.S.; Flanagan, E.; Hill, K.L. y Townwa, P.G.. (1987). *Quality Assurance in Ambulatory Care*. Chicago. III: JCAH.

¹¹² LORENTE, J.M.. (1994). Op. Cit..

5. Requerir el compromiso de la Dirección y del personal del hospital: como se ha dicho anteriormente, el control de calidad debe implicar a todos los profesionales del hospital. De igual modo, es importante que la Dirección tome en consideración las propuestas de los profesionales; lo que se conoce como una *política de puertas abiertas*. Recordemos que corresponde a la Dirección el liderazgo del cambio cultural, debiendo motivar e incentivar la resto del personal del hospital¹¹³.
6. Precisar historias clínicas ordenadas y completas: como explica Chrsitoffel y Loewentha, el control de la calidad hospitalaria incide directamente en la mejora de la calidad de las historias clínicas hospitalarias¹¹⁴.

Para finalizar en cuanto la actividad de control de la calidad hospitalaria, mencionaremos las cinco actuaciones básicas que esta actividad debe agrupar según nos establece Benson:

1. Actividades de control de la calidad propiamente dichas: entre estas actividades, algunas de las más significativas son¹¹⁵:
 - Descripciones escritas de las áreas del personal.
 - Seguimiento periódico.
2. Actividades de promoción de una asistencia de alta calidad: son acciones dirigidas a promover la calidad.
3. Actividades de mejora de la calidad: se refiere a acciones proyectadas para crear cambios deseados en la organización. Recordemos que la mejora de la calidad es el tercer factor básico determinante de la calidad según Juran, y que a continuación pasamos a analizar.

3.5.5. Mejora de la Calidad

De acuerdo con el resultado que una serie de sesiones que patrocinó Arthur Andersen¹¹⁶ entre directivos de una muestra de hospitales e instituciones sanitarias, los factores clave para la gestión de la calidad hospitalaria son las indicadas en el cuadro 5.5.5.1.

Según Anderson, la mejora continua de la calidad hospitalaria implica acuerdo entre los conocimientos profesionales y los conocimientos de la mejora.

En este sentido, los conocimientos técnico científicos han tenido una importancia extraordinaria para lograr mejoras en la asistencia sanitaria, medibles a través de los índices de mortalidad¹¹⁷.

¹¹³ LORENTE, J.M. (1994) Op. Cit..

¹¹⁴ Christoffel & Loewental. (1977). Op. Cit..

¹¹⁵ BENSON, D.S.; Flanagan, E.; Hill, K.L. y Townes, P.G.. (1987). Op. Cit.

¹¹⁶ BENSON, D.S.; Flanagan, E.; Hill, K.L. y Townes, P.G.. (1987). Op. Cit.

Cuadro 3.5.5.1.: Factores Clave de la Calidad Hospitalaria

	Factor	Desglose
1	Liderazgo de la dirección	Modelo de dirección profesional Estilo de dirección
2	Orientación hacia el cliente	Mayor implicación usuarios prestadores Atención al usuario Disuasión al usuario Orientación hacia el cliente Trato al paciente como a uno mismo Hospital abierto a la sociedad
3	Gestión de recursos humanos	Recursos humanos
4	Flexibilidad, innovación y capacidad de adaptación	Sanidad privada y pública competitiva Reforma de la sanidad pública Definición de misión de la organización Lobbying
5	Estilo de gestión participativo	Modelo de gestión descentralizada Asunción de riesgos Involucración de los médicos
6	Sistema de gestión de la calidad	Medidas de calidad Prestaciones y estándares Sistema de medición y control Especialización de los centros Asunción de valores institucionales
7	Tecnología y gestión de la información	Sistemas de información Comunicación interna y externa
8	Recursos y medios físicos	Recursos disponibles Gasto sanitario Instalaciones Estructura física y medios técnicos Nueva estructura hospitalaria
9	Organización, procesos y métodos de trabajo	
10	Gestión medioambiental	Gestión de residuos sanitarios Gestión de la contaminación ambiental

Fuente: BENSON, D.S.; Flanagan, E.; Hill, K.L. y Townes, P.G.. (1987). Op. Cit.

¹¹⁷ ERRASTI, F.. (1997). Op. Cit..

A continuación pasamos a analizar los factores que Anderson considera esenciales para la mejora continua de la calidad¹¹⁸:

1. Conocimientos básicos:

- conocimientos del sistema sanitario como sistema de producción. Este conocimiento ayudará a definir los procesos asistenciales, lo que permitirá conocer como poder mejorarlo. Después pasaremos a analizar algunas de las clasificaciones de los procesos que se realizan en la gestión hospitalaria.
- El conocimiento de la satisfacción del paciente. Conociendo al paciente y su satisfacción recibida con los servicios obtenidos del hospital, será posible determinar en qué es posible mejorar, y por tanto, en la conveniencia de introducir algunos cambios.
- Los conocimientos de psicología son también importantes. En este sentido es necesario que cuando el médico trata al paciente, no olvide que este tratamiento puede tener repercusiones psicológicas, independientemente de su curación física. En este sentido, varios autores que hemos analizado han incidido de forma notable en este aspecto.

Por ejemplo, Pedro Lain determina comenta en una entrevista realizada a la revista Tribuna Sanitaria, la importancia de Enfermería para ofrecer un trato humanizado al paciente, lo cual es cada vez más importante teniendo la introducción de nuevas tecnologías que a pesar de ser muy eficientes, deshumanizan en muchas ocasiones el trato con el paciente¹¹⁹.

De igual forma, el médico ha ido con el tiempo mejorando sus conocimientos, pero sin embargo ha ido olvidando la dimensión psicológica del paciente. La satisfacción del paciente no sólo depende de su mejora intrínseca en el estado de salud, sino también en el trato recibido.

2. Política de liderazgo: para Errasti, este factor supone “la implicación de la dirección en las actividades de aprendizaje y de los nuevos conocimientos para su aplicación. Establecer las directrices de actuación, definir lo que se entiende por calidad y los objetivos que pretenden de la organización son algunas de las responsabilidades propias de la dirección”¹²⁰.

3. Herramientas y métodos: se trata aquí de utilizar determinados instrumentos como pueden ser: Diagramas de flujos, de árbol, de causa-efecto, etc. Para el estudio de variables cualitativas también se pueden utilizar diagramas como: diagramas de afinidad, diagramas de relaciones, etc.

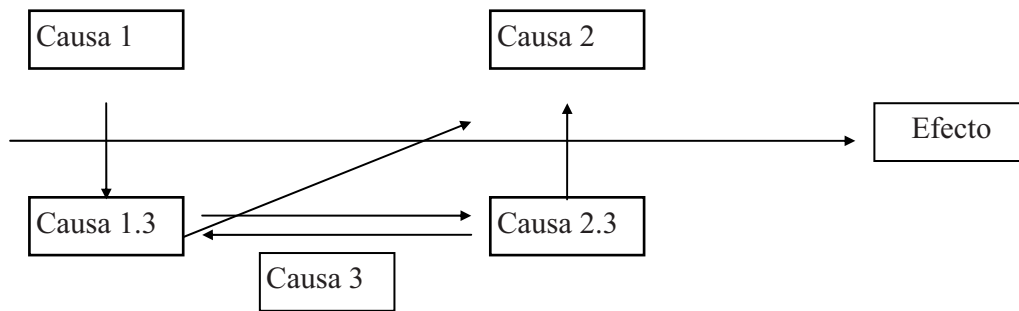
¹¹⁸ ANDERSON, J.A.. (1984). Mejora Continua de la Asistencia Sanitaria. Mapfre Medicina, Vol. 5 (suplemento III), p. 9-20.

¹¹⁹ PEDRO LAIN, Entrevista a la revista TRIBUNA SANITARIA, 1997, p. 6-9.

¹²⁰ ERRASTI, F.. (1997). Op. Cit..

Errasti¹²¹ nos establece un ejemplo (en la figura 3.5.5.1.) de diagrama causa-efecto, que determina las posibles causas de un problema. Se intenta llegar a las causas de un problema mediante una reunión entre los profesionales más directamente relacionados con el problema en cuestión.

Figura 3.5.5.1.: *Diagrama causa-efecto*



Fuente: Errasti, Op. Cit., p. 220.

4. Aplicación al trabajo cotidiano: Anderson sigue en este sentido una guía que contiene la siguiente secuencia:

- Buscar un proceso.
- Organizar un grupo de personas con conocimientos.
- Aclarar los actuales conocimientos sobre el proceso.
- Establecer las fuentes/tipos de variación.
- Seleccionar un estudio piloto inicial.
- Planificar el estudio piloto.
- Desarrollarlo.
- Comprobarlo y analizarlo.
- Actuar para obtener beneficios.

Siguiendo con el control de la calidad, retomemos los seis puntos o fases que identificamos a partir de la JACH y de Juran. Recordemos que el punto cinco hacía referencia a la posibilidad de que existieran problemas de calidad a causa de errores cometidos, así como la corrección de los mismos. Es frecuente identificar problemas de calidad, y por ende, será necesario en estos casos proceder a su resolución. En este sentido, podemos nombrar algunas

¹²¹ ERRASTI, F.. (1997). Op. Cit

técnicas o instrumentos que, según Errasti, son apropiados para la corrección de la mala calidad. Antes de todo, cuando se identifica un error de calidad, se debe proceder de la siguiente manera¹²²:

1. Identificar y seleccionar el problema de calidad.
2. Establecer las posibles causas del problema.
3. Analizar la información para averiguar cuál es la causa más probable.
4. Tomar medidas para suprimir la causa.
5. Determinar los cambios necesarios y evaluar los resultados hasta que el problema quede resuelto.

Según otro autor (Cámara, 1996), un plan de mejora de la calidad debe incluir dos etapas bien diferenciadas:

1. Medir la calidad percibida del cliente.
2. Identificar las causas de la distancia entre la calidad percibida y la realmente ejecutada.

Este autor establece que para llevar a cabo estas dos etapas, es necesario conocer antes cuáles son las diez dimensiones básicas de la calidad, para lo cual se remite a Zeithalm, Parasuraman y Berry¹²³:

1. Elementos tangibles: apariencia
2. Fiabilidad: entregar lo prometido
3. Capacidad de respuesta ante imprevistos.
4. Profesionalidad: tener destrezas.
5. Cortesía, amabilidad.
6. Credibilidad, honestidad en la prestación.
7. Seguridad.
8. Accesibilidad
9. Comunicación.
10. Comprensión de cada cliente.

Nos recuerda esta clasificación a las dimensiones o determinantes de la calidad identificados por Garvin¹²⁴ y que vimos en otro momento. Sin duda existen muchos puntos en

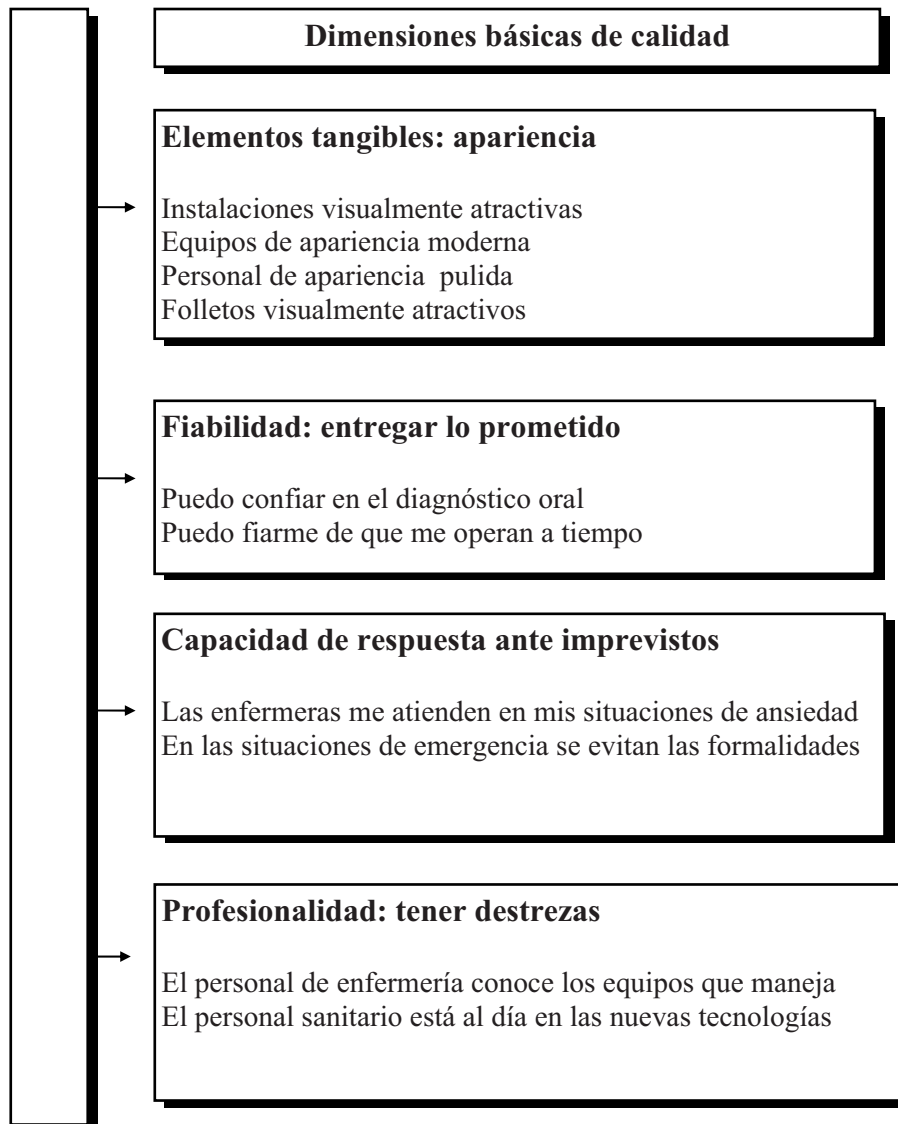
¹²²122 ERRASTI, F.. (1997). Op. Cit..

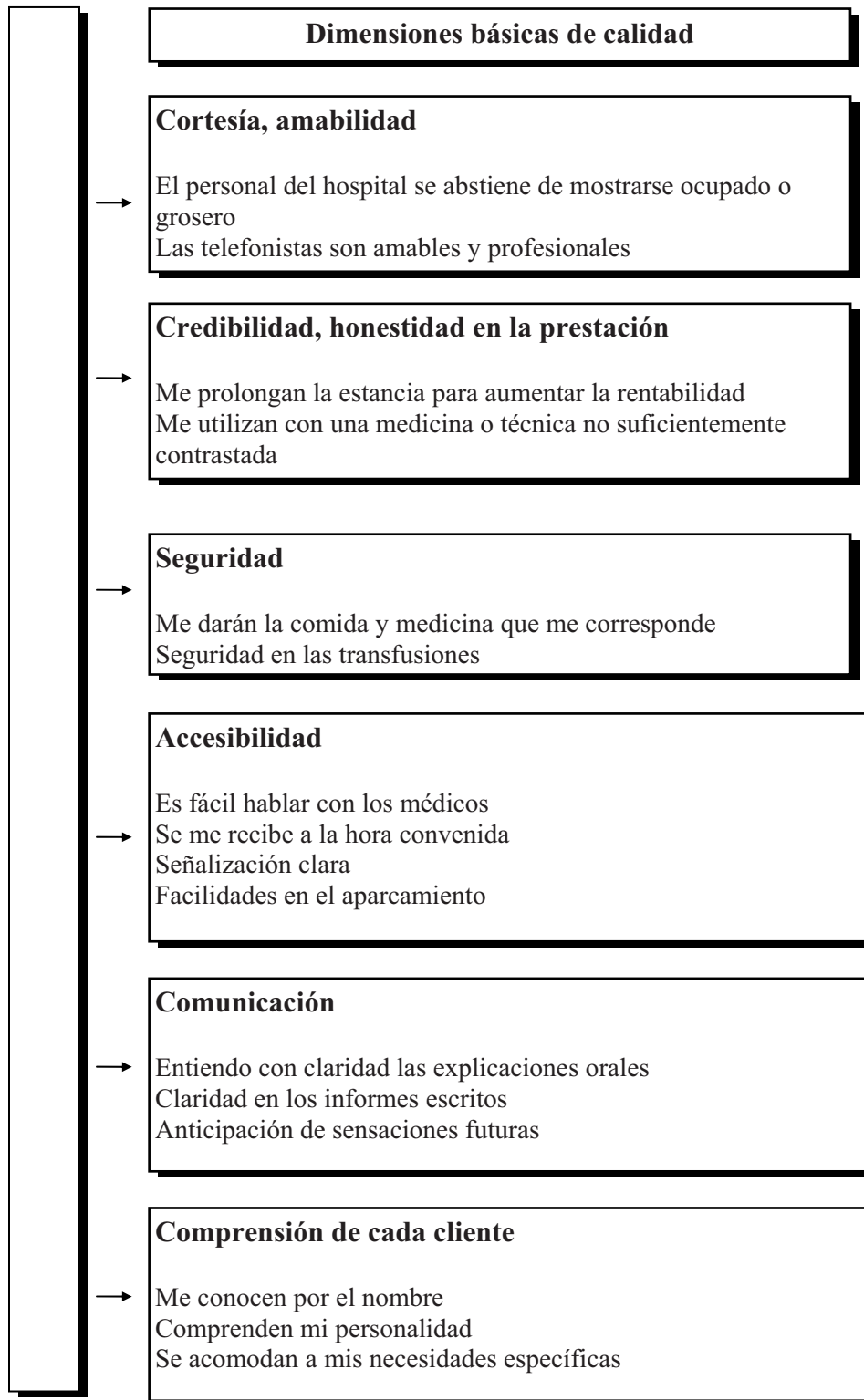
¹²³ BERRY, L.; Parasuraman, A. y Zeithalm, L.. (1993). *Calidad Total en la Gestión de Servicios*. Díaz de Santos. Madrid.

¹²⁴ Citado por ERRASTI, F.. (1997). Op. Cit..

común, como por ejemplo la comprensión, la cortesía y la fiabilidad. Este esquema se representa en la figura 3.5.5.2., especificando en qué consiste cada una de las diez dimensiones.

Figura 3.5.5.2.: Factores Determinantes de la Calidad





Fuente: Boletín de Estudios Económicos¹²⁵.

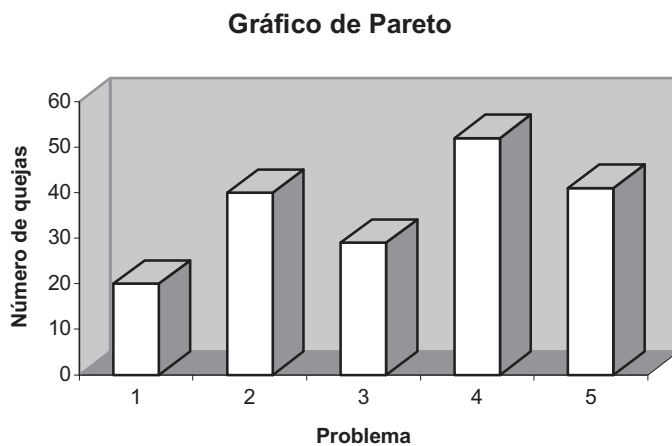
Para obtener más información sobre el problema de calidad, recordemos que Anderson proponía algunas herramientas o instrumentos como los diagramas de flujos, de árbol, de

¹²⁵ CÁMARA, D.. (1996). Op. Cit..

causa-efecto, etc. Siguiendo a Errasti, este nos establece las siguientes técnicas o herramientas, a la vez que nos comenta cuál es su utilidad¹²⁶:

1. Gráfico de Pareto (gráfico 5.5.5.3): su utilidad es la de determinar la importancia relativa y establecer sus posibles soluciones. En el eje de abcisas se representan los diferentes problemas, y el eje de ordenadas una medida cuantitativa que valore el problema. A continuación ofrecemos algunos ejemplos.

Gráfico 3.5.5.3.: Gráfico de Pareto



Fuente: Errasti (1997). op. cit

2. Diagrama causa efecto: ya se explicó antes como ejemplo, por lo que no es necesario incidir más en esta herramienta.

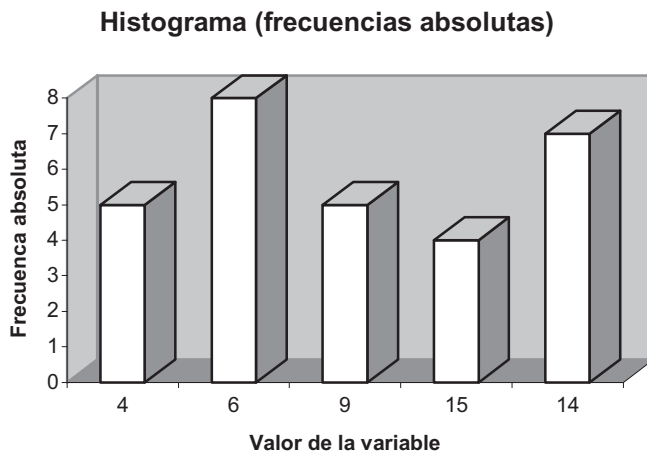
3. Histograma (gráfico 3.5.5.4.): Se utiliza para normalmente para conocer la frecuencia de los distintos valores de una variable. La frecuencia absoluta se calcula del siguiente modo:

Frecuencia absoluta (n_i) = número de veces que se repite el valor i de una variable dada.

Su representación nos la expone Errasti en la gráfico 3.5.5.4..

¹²⁶ ERRASTI, F.. (1997). Op. Cit..

Gráfico 3.5.5.4.: Histograma



Fuente: Errasti¹²⁷ y elaboración propia.

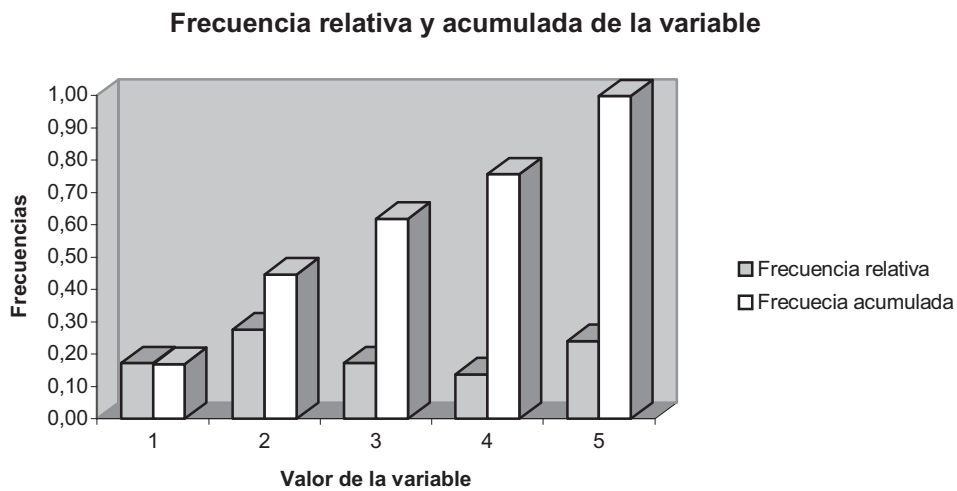
Consideramos, por nuestra parte, que también es conveniente analizar las frecuencias relativas y las acumuladas de dicha variable, lo que nos puede dar una visión más clara del problema. Los cálculos son muy sencillos:

Frecuencia relativa (f_i) = Frecuencia absoluta / Total de observaciones = n_i / N

Frecuencia acumulada (F_i) = Sumatorio de la frecuencia relativa.

A continuación se muestra en la gráfico 3.5.5.5. la frecuencia relativa y acumulada.

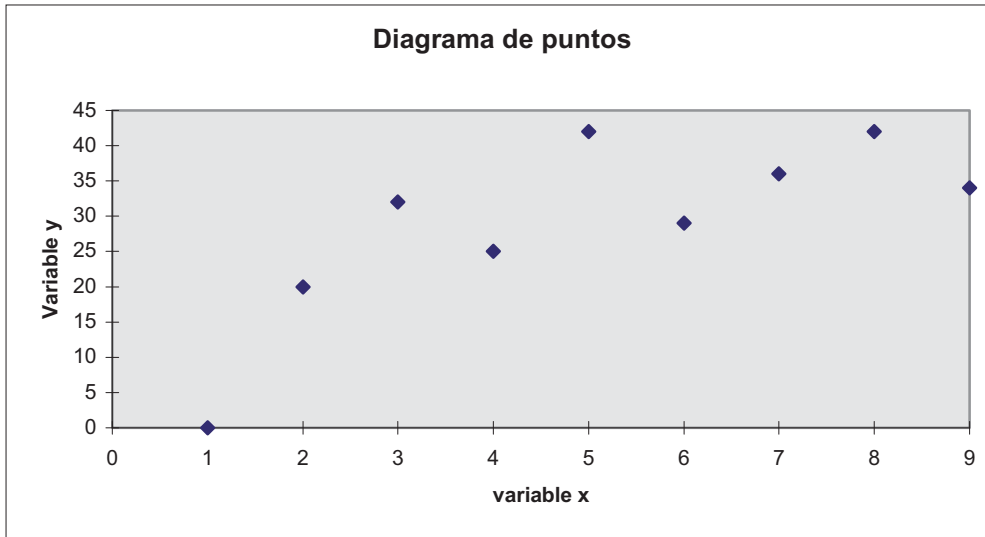
Gráfico 3.5.5.5.: Frecuencia Relativa y Acumulada de la Variable



Fuente: elaboración propia.

4. Diagrama de puntos.- Mediante esta herramienta se pretende analizar la correlación entre dos variables. Si representamos los valores de ambas variables (y/x), obtendremos lo que se conoce como nube de puntos, y cuya representación está en la gráfico 3.5.5.6..

Gráfico 3.5.5.6.: Diagrama de Puntos



Fuente: Errasti y elaboración propia.

Aunque Errasti no lo precise, es adecuado encontrar un ajuste lineal entre ambas variables, para analizar de este modo el grado de correlación, ya que a simple vista no se puede tener un profundo conocimiento de la relación de ambas variables. Este ajuste lineal es sencillo de aplicar, y tan solo se requiere conocer los valores de las variables, la covarianza entre ellas, la varianza de la variable dependiente, y la media aritmética de ambas variables. El modelo a determinar sería es siguiente:

$$Y = a + b X,$$

siendo a y b los valores de los parámetros a determinar:

$$a = (\text{Media } y) - b * (\text{media de } X),$$

para lo cual tenemos que conocer antes b:

$$b = \text{Covarianza } (x,y) / \text{Varianza de } X$$

¹²⁷ ERRASTI, F.. (1997). Op. Cit..

Una vez determinado el modelo, es posible conocer una gran cantidad de estadísticos, lo que proporciona sin duda, mediante un modelo sencillo, una información mucho más útil y exacta que la proporcionada por simples estimaciones a simple vista y con carácter subjetivo.

No queremos detenernos más en la utilización de estas técnicas por no ser nuestro objetivo, si bien es necesario tener un conocimiento mínimo de las mismas. Todo estudio serio sobre la gestión hospitalaria requiere de la utilización de herramientas estadísticas pertinentes¹²⁸.

3.5.6. El Manual de la Calidad en los Hospitales: un instrumento esencial

Existen varias definiciones sobre lo que se entiende por un manual de calidad. Según Juran y Gryna¹²⁹, un manual de calidad es aquel documento que “contiene las políticas y procedimientos de la empresa (Hospital) que afectan a la calidad de sus productos y servicios”.

En otra obra posterior, Juran, Gryna y Bingham¹³⁰ lo definen como aquel documento que “recopila, de forma normalizada, los planes formales interdepartamentales utilizados para planificar la calidad de la empresa”.

Según Nicolau¹³¹, es aquel documento que se emplea para describir e implantar el sistema de calidad.

Como indica Maseda¹³², se trata del instrumento que actúa como principal garante de la calidad. Su utilidad se centra en:

1. Evidenciar la capacidad operativa del sistema de calidad.
2. Garantizar la continuidad de las operaciones con independencia de la rotación del personal.
3. Actuar como patrón de referencia para evaluar los procedimientos.
4. Servir para la formación interna.
5. Servir a la planificación de la calidad.

¹²⁸ Véase por ejemplo: PRIOR, D.; SOLÀ, M., L’Eficiència dels hospitals de Catalunya. Comparación entre els hospitals públics i els hospitals privats, Generalitat de Catalunya (Departament de Sanitat i Seguretat Social), Barcelona, 1993.

¹²⁹ JURAN, J.M. & Gryna, F.M.. (1981). Planificación y Análisis de la Calidad. Reverté, Barcelona.

¹³⁰ JURAN, J.M.; Gryna, F.M. y Bingham, R.. (1951). Op.Cit.

¹³¹ NICOLAU MEDINA, J.. (1990). Manual de Calidad. Recomendaciones para su elaboración, Cámara de comercio de Valencia. Valencia.

¹³² MASEDA, A.. (1988). Gestión de la Calidad. Marcombo Boixareu, Barcelona.

El manual de la calidad debe ser sobre todo dinámico. Esto significa que debe estar sujeto a revisiones periódicas, por lo que se aconseja que esté documentado en hojas intercambiables. Esta dinamicidad y revisión continua del manual de calidad debe ir orientada al cumplimiento de sus objetivos¹³³:

1. Reflejar la política de calidad del hospital e intentar su cumplimiento.
2. Determinar las condiciones necesarias para implantar un sistema de calidad.
3. Definir las responsabilidades en materia de calidad.
4. Establecer los procedimientos necesarios para el cumplimiento de las normas legales de calidad del sector hospitalario, y que son fijadas por la Administración.
5. Establecer los requisitos de calidad en materia de contratación de servicios, compra de materiales y equipo.
6. Servir de referencia para los trabajadores.
7. Contribuir a la formación y cultura del personal hospitalario.

3.5.7. Propuesta de un Servicio de Atención al Paciente (cliente)

Ante la importancia de la calidad percibida por el cliente, hemos encontrado diversas referencias bibliográficas referentes a la necesidad de un servicio de atención al cliente. García Vega y Eleta Lascasas¹³⁴ son dos de ellos. Estos autores proponen que cada hospital disponga de un servicio de atención al cliente. En este sentido, establecen que los objetivos que debería tener este servicio o departamento son:

1. Apoyar el cumplimiento de las normas de funcionamiento existentes en el hospital.
2. Colaborar en las actividades del hospital en coordinación con todos los servicios, tanto con los servicios asistenciales como con los servicios no asistenciales (limpieza, hostelería, etc.).
3. Facilitar a los usuarios externos e internos, los procesos administrativos, tanto de acceso al sistema sanitario como los relacionados con el funcionamiento del mismo.
5. Obtener información sobre la calidad de servicio ofrecido y sobre la demanda. La información sobre el servicio ofrecido se puede obtener mediante diferentes técnicas. Como establece Rodríguez¹³⁵, se pueden emplear encuestas a los pacientes después de

¹³³ VARO, J., (1994). Op. Cit.

¹³⁴ GARCÍA VEGA, J.; Eleta Lascasas, M.J. y Temiño, J.. (1996). Sección de Atención al Paciente: descripción del puesto de trabajo. *Todo Hospital*, nº 125, Abril, p. 27-35.

¹³⁵ RODRÍGUEZ, J.R.. (1994). *Gestión de Hospitales: nuevos instrumentos y tendencias*. Vicens Vives, Barcelona.

recibir el alta. De igual forma, es posible utilizar algunas herramientas estadísticas para el tratamiento de estos cuestionarios, como por ejemplo las que antes hemos visto¹³⁶.

5. Asesoramiento a los clientes, informándoles de sus derechos.
6. Facilitar la integración usuario-hospital mediante el control de acogida al paciente y a sus familiares.
7. Centralizar y dar repuesta a todos las reclamaciones de los pacientes, para mejorar de este modo la calidad de los servicios ofrecidos.
8. Colaborar en la mejora de la calidad del centro.
9. Tramitar las solicitudes de documentación e información requeridos por los usuarios, juzgados, tribunales, compañías de seguros, etc.
10. Detectar problemas y necesidades. Nos recuerda esto a la estructura de los programas de calidad según Pineault¹³⁷; como pudimos ver en su momento. En realidad este servicio de atención al paciente tendrá su propio programa de calidad, por eso no es de extrañar que se requiera seguir con los tres pasos básicos de Pineault, que se definieron como
 - Detección de problemas
 - Determinación de recursos necesarios para la solución del problema
 - Consecución del objetivo
11. Buscar las causas que originan los problemas, estudiando las posibles soluciones a las mismas, y presentando las posibles alternativas a la Dirección¹³⁸.

Tenemos que decir que el servicio de atención al paciente tiene una especial importancia en los centros hospitalarios públicos, ya que como indica Ruiz es donde el paciente encuentra un trato menos humanizado. Ante esta perspectiva, comenta este autor que la constitución de un servicio de esta índole, así como su correcto funcionamiento en base a los objetivos que acabamos de analizar, puede contribuir a mejorar la imagen del hospital en cuestión¹³⁹.

Las funciones específicas del jefe de este servicio serían concretamente las siguientes:

1. Coordinar, impulsar, dirigir y evaluar las actividades y el funcionamiento de las unidades adscritas a la sección.

¹³⁶ ERRASTI, F.. (1997). Op. Cit..

¹³⁷ PINEAULT, R & Davelly, C.. (1987). Op. Cit..

¹³⁸ GARCÍA VEGA, J.. (1992). Manual de Funcionamiento de un Servicio de Atención al Paciente. Todo Hospital, nº88, p. 19-26.

¹³⁹ RUIZ, J. M.. (1994). Damos Respuesta a las Reclamaciones. Todo hospital, nº 4, p. 21.

2. Participar en la política de personal de la sección.
3. Describir los puestos de la sección.
4. Establecer canales de comunicación con la dirección y con los distintos servicios del hospital.
5. Velar por el trato eficaz y digno al enfermo, garantizando sus derechos.
6. Promover y proponer a la dirección del hospital la puesta en marcha de programas de formación continuada para el personal de la sección.
7. Garantizar confidencialidad dentro de la sección.
8. Estudiar y desarrollar las normas de actuación en relación a sus propias competencias.
9. Coordinar, simplificar y mejorar los procesos administrativos.
10. Proponer líneas de actuación a la dirección para mejorar la calidad.
11. Colaborar en el mantenimiento y mejora de los SIH.
12. Colaborar en la canalización de las relaciones con los medios de comunicación social¹⁴⁰.

Según Varo¹⁴¹, el Servicio de Atención al Paciente es el responsable de la atención a los usuarios del hospital que vela por el cumplimiento de sus derechos y obligaciones y les orienta en todo aquello que precisen. Sus funciones son:

- Información , recepción y asesoramiento.
- Gestión de reclamaciones y sugerencias.
- Promoción de actividades lúdicas.
- Realizar estudios de calidad.

Como establece Ruiz¹⁴², la gestión de las quejas y reclamaciones de los clientes es una parte esencial de la gestión de la calidad hospitalaria, por dos razones:

1. Las reclamaciones y quejas permiten obtener información sobre los fallos y deficiencias de calidad de los servicios ofrecidos.
2. Posibilitan la comunicación con los clientes, y potencialmente el cambio de opinión.

Pues bien, este servicio que tan importante parece a la vista de los teóricos sobre gestión hospitalaria, debe tener unas características básicas¹⁴³:

¹⁴⁰ GARCÍA VEGA, J.. (1992). Op. Cit..

¹⁴¹ VARO, J.,. (1994). Op. Cit..

¹⁴² RUIZ, J. M.. (1994). Op. Cit..

¹⁴³ GARCÍA VEGA, J.; Eleta Lascasas, M.J. y Temiño, J.. (1996). Op. Cit.,.

1. Debe colaborar con la dirección para la mejora de la calidad de los servicios que presta el hospital, mediante la centralización de las quejas y reclamaciones de los pacientes y de sus familiares.
2. Analizar las causas de estas reclamaciones, actuando sobre ellas : directamente; mediante reuniones de trabajo; mediante la presentación de propuestas para la solución de dichos problemas a la dirección correspondiente.
3. Debe tener objetivos propios. Estos objetivos ya se han analizado anteriormente.
4. Debe gozar de delegación de la mano de la Dirección, con el fin de tener autonomía de realizar las líneas de actuación referentes a sus objetivos propios.
5. Debe existir un responsable o jefe de servicio, que será único para todas las unidades que componen la sección o servicio¹⁴⁴. Ya hemos analizado anteriormente las funciones que le eran asignadas a este jefe del servicio de atención de pacientes.

3.5.8. Propuesta de un Departamento o Servicio de Calidad

La propuesta de un departamento o servicio de calidad surge de la necesidad del control y garantía de la calidad de los servicios hospitalarios ofrecidos. La primera iniciativa en este sentido fue la de crear una línea jerárquica directa de expertos en calidad. El problema que esto planteaba era que se rompía la unidad de mando en el sentido de que la dirección compartía sus funciones con la los expertos en calidad^{145,146}.

La propuesta de un servicio de calidad específico en la estructura orgánica de los centros hospitalarios supone, por tanto, que este servicio adoptaría una posición de staff, y no de línea. Sin embargo, esto no quiere decir que no tuviera capacidad para la toma de decisiones. Varo considera a este respecto que la doctrina tradicional establece la errónea afirmación de que la diferencia entre un puesto línea y uno staff es que el primero tiene autonomía para la toma de decisiones mientras el segundo no, o cuanto menos con la misma fuerza. Establece que la dirección de calidad, a pesar de ser un servicio staff, tendría autonomía para la toma de decisiones.

De este modo, la única diferencia entre un servicio staff y un servicio línea es que el primero tiene el objetivo de suministrar, asesorar, y prestar ayuda en definitiva a los puestos de línea¹⁴⁷.

¹⁴⁴ TEMES, J.L.; Pastor, V. y Díaz, J.L.. (1992). Manual de Gestión Hospitalaria. McGraw Hill, Madrid.

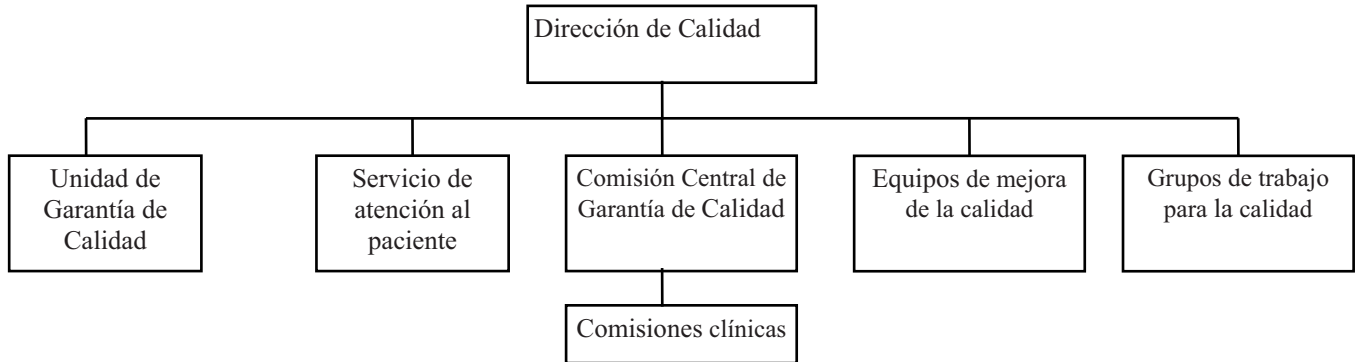
¹⁴⁵ TAYLOR, F.W.. (1991). *Principles and Methods of Scientific Management*. New York, Harper.

¹⁴⁶ TAYLOR, F.W.. (1970). *Management Científico*. Barcelona.

¹⁴⁷ VARO, J.. (1994). Op. Cit..

Es decir, la diferencia cabe entenderse más en términos de objetivos que en términos de poder decisorio. Por tanto, lo importante es tener en cuenta que la Dirección de Calidad, aun actuando como un órgano staff, puede estar dotada de la suficiente autoridad para dictar órdenes que se refieren a cuestiones de calidad. El esquema organizativo de esta Dirección de Calidad queda reflejado en la figura 3.5.8.1..

Figura 3.5.8.1.: Dirección de Calidad en los Hospitales



Fuente: Díaz, J.A.; Varo, J.; Rubinis, C.¹⁴⁸

Como se observa en la figura 3.5.8.1., el Departamento de Calidad incorporaría unos servicios, los cuales han sido estudiados anteriormente.

Las relaciones que puede tener el departamento de calidad con la línea jerárquica en la que se integraría son¹⁴⁹:

- ❶ Relaciones de asesoramiento: el staff asesora a su puesto de línea.
- ❷ Relaciones de servicio: el staff ofrece sus servicios específicos relacionados con la calidad.
- ❸ Relaciones de coordinación: el staff regula las actividades de otras unidades que pertenecen a líneas diferentes y jerárquicamente independientes de ella.
- ❹ Relaciones de control: el órgano staff de la calidad ejerce el control sobre los dependientes del órgano línea al que asiste.
- ❺ Relaciones de mando o formales: el staff de calidad emite órdenes a otro órgano jerárquicamente independiente que, sin embargo, debe cumplirlas. Esto muestra claramente su poder decisorio que antes se discutía.

¹⁴⁸ DÍAZ, J.A.; Varo, J. y Rubinis, C.. (1995). La Organización para la Calidad en el Medio Hospitalario. Todo Hospital, nº 77, p. 11-15.

¹⁴⁹ VARO, J.. (1994). Op. Cit..

CAPÍTULO 4: MARKETING DE SERVICIOS HOSPITALARIOS

CAPÍTULO 4: MARKETING DE SERVICIOS HOSPITALARIOS

Como hemos visto en el capítulo anterior, la importancia de la calidad en un hospital es grande por estar tratando con vidas. Fue dicho también que el objetivo es satisfacer el usuario, y esta es la filosofía del marketing: satisfacer las necesidades y deseos de los clientes en potencial, pero muchas personas mezclan el marketing con la publicidad, pero es más profundo que todo eso. A pesar de que un hospital es una empresa distinta de las otras, el marketing es más o menos lo mismo en todas las partes (como el marketing mix : producto, precio, distribución y comunicación). Es en la comunicación que está la publicidad, la propaganda. Pero esta, sin duda una de las más visibles, es apenas una parte del marketing y en este lo que debe prevalecer es la atención tanto para los consumidores internos como también para los externos. Esto supone conocer tanto el mercado interno como el externo, sin olvidar que el mercado son las personas. Según Jaime Varo¹ “el análisis interno revela la situación actual de la empresa que debe proyectarse hacia el futuro de acuerdo con los resultados del análisis externo”. Conocer el mercado interno nos permitirá adecuarlo a las exigencias del mercado externo, y para eso tenemos que considerar tres puntos:

- Marco de referencia y proyecto de empresa;
- Gestión de recursos humanos y
- Organización efectiva.

En el segundo punto, Jaime Varo, apunta la importancia de la participación de los empleados, su integración en todos los niveles de actividad para que se alcance una “cultura empresarial orientada al mercado”. Sin la colaboración de los trabajadores no es posible desarrollar un proyecto en una empresa.

El marketing, actualmente, es uno de los aspectos más atractivos en la nueva gestión de los servicios públicos y en las grandes organizaciones, para ellas lo esencial es alcanzar el equilibrio entre las maneras de tratar a los consumidores - clientes del mercado externo y a los consumidores - trabajadores del mercado interno. Y es básicamente de esto que se trata este trabajo.

¹ VARO, J. (1994). Gestión Estratégica de la Calidad en los Servicios sanitarios :un modelo de gestión hospitalaria. Diaz de Santos. Madrid.

4.1. LA EVOLUCIÓN DEL MARKETING

Algunos autores² afirman que la evolución del marketing empezó con la Revolución Industrial, en el sentido que hoy se utiliza el término, aunque, el marketing sea “una actividad humana tan antigua como es el intercambio comercial”³.

Existen algunas condiciones, dentro del contexto del marketing, para ocurrir el intercambio⁴: participación de dos o más unidades sociales (personas u organizaciones); debe haber voluntariedad de ambas las partes y cada una debe tener necesidades a satisfacer; las partes tienen que tener algo de valor que aportar al intercambio y debe haber la posibilidad de comunicación entre las partes.

Ya para P. Drucker⁵ el marketing surgió en Japón, por primera vez, en Tokio, 1650, cuando entonces estaba abriéndose la primera tienda que podría decir como los primeros grandes almacenes del mundo.

Desde que se establecieron las bases del marketing en occidente (Estados Unidos) se han presentadas cuatro etapas⁶. Donde se clasifican:

- la etapa orientada hacia la producción → hay una preocupación solamente con el producto y la función del departamento de venta* es solamente vender. Esta etapa fue la dominante en Estados Unidos hasta principio de la década de 30, en la primera fase de la industria del automóvil, y puede ser la situación en muchos servicios públicos.
- la etapa orientada hacia al producto → Ocurre cuando varias empresas fabrican el mismo producto, compiten entre sí y encuentran entonces la necesidad de perfeccionar el producto. El énfasis en este enfoque se pone el punto de vista de los profesionales que sabe lo que conviene al cliente. Este enfoque es típico de los profesionales sanitarios y de las instituciones sanitarias⁷.
- la etapa orientada hacia la venta → la empresa no tenía solamente que producir sino vender también. Esta etapa duró desde principio de la década de 30 hasta la década de 50. Se puede ver este enfoque en algunos laboratorios farmacéuticos o en algunas compañías sanitarias privadas.
- la etapa orientada hacia el marketing → empezó a principios de la década de 50. La demanda era inferior a la producción y las actividades promocionales y de venta

² Stanton, W., Etzel, M. & Walker, B. ; Vela, C. & Bocigas, O. ; Bell, M. y Vincze, J.

³ VELA, C. & Bocigas, O.. (1992). Fundamentos de Marketing. Universidad Pontificia Comillas Madrid.

⁴ STANTON, W ; Etzel, M : J : & Walker, B. J.. (1992). Fundamentos de Marketing. McGraw-Hill. México. (1992).

⁵ DRUCKER, P.. (1973). “Management Tasks, Responsibilities, Practices”. Harper Row, Nueva York.

⁶ STANTON, op. cit.

* en esta etapa no se utiliza el término marketing

agresiva no solucionarían el problema de demanda, donde ocurrió la evolución del marketing y muchas compañías centraron su atención en las necesidades de sus clientes.

Las autoras Vela y Bocigas⁸ dividen la última etapa, enseñada anteriormente, en dos:

- la “sociedad próspera”⁹, que es donde aparece la necesidad de segmentar el mercado y analizar el comportamiento del consumidor. Esta etapa es actualmente denominada de “filosofía de marketing”, el cual la empresa está orientada hacia la satisfacción de las necesidades del consumidor.

- y la “sociedad post industrial”¹⁰, en esta etapa ocurre un cambio de lo cuantitativo a lo cualitativo. Se empieza a valorar más la calidad de los productos.

4.2. CONCEPTOS DE MARKETING

Podemos antes de todo hacer la pregunta: ¿es el marketing una arte o una ciencia?¹¹ Observándose las ponderaciones de dos autores Robert Buzzell y Keneth Hutchinson, donde el primero dice que “la ciencia es un conjunto clasificado y sistematizado de conocimientos... organizado a través de una o más teorías centrales y un número de principios generales, ... usualmente expreso en términos cuantitativos, ... conocimientos que permiten la predicción y, en algunas circunstancias, el control de eventos futuros.” Y el segundo comenta que “hay una real razón, no obstante, el cual el campo del marketing tenga se desarrollado despacio como un conjunto único de teoría. Y esto es sencillo: marketing no es una ciencia. Él es antes una arte o una practica, y, pues, mas cerrada; más comparable con la ingeniería, medicina y arquitectura que con la física, la química y la biología. La profesión del médico establece, por ejemplo, que sus miembros son denominados ‘practicantes’ de la medicina, y no ‘científicos’.”, vemos que hay una discordia entre ellos. Pero hay otro autor¹² donde dice que si la amplitud del marketing incluye comportamiento del consumidor, marketing de instituciones, canales mercadólogos y la eficiencia de los sistemas de distribución entonces no hay razón para que los estudios de estos fenómenos no sean designación de ciencia. Ya Lamata¹³ define el marketing como el arte y la ciencia de hacer buenos tratos, buenos

⁷ LAMATA, F. ; Conde, J. ; Martinez, B. ; Horno, M.. (1994). Marketing Sanitario. Diaz de Santos. Madrid.

⁸ VELA, C. & Bocigas, Olga., op. Cit.

⁹ KOTLER, Philip. in Bocigas, op. cit.

¹⁰ BELL, D. in Bocigas, op. cit..

¹¹ COBRA, M.. (1995). “Marketing Básico : uma perspectiva brasileira”. Ed. Atlas. Brasil.

¹² Hunt, S.. In Cobra, M.. Op. Cit.

¹³ LAMATA, F. ; Conde, J. ; Martinez, B. ; Horno, M., op. cit.

intercambios. O sea, la fusión de las dos cosas, pues el marketing tiene el objetivo de ofrecer al cliente el producto apropiado, en el momento oportuno, en lugar accesible y recibir a cambio una compensación, un precio, razonable. Eso necesita la utilización de la ciencia y del arte.

Hay algunas definiciones que se evoluciona desde 1960 hacia 1997, incluso con algunas de Kotler, como exponemos en el cuadro 4.2.1..

Cuadro 4.2.1.: Definiciones del Marketing

Autor	Definición de marketing
1. American Marketing Association - AMA (1960)	“ el desempeño de las actividades de negocios que dirigen el flujo de bienes y servicios del productor hacia el consumidor o utilizador”
2. Ohio State University (1965)	“el proceso en la sociedad el cual la estructura de la demanda para bienes económicos y servicios es anticipada o comprendida y satisfechas a través de la concepción, promoción, cambio y distribución física de bienes y servicios.”
3. Kotler y Sidney Levy (1969)	“el concepto de marketing debería comprender también las instituciones no lucrativas.”
4. William Lazer (1969)	“el marketing debería reconocer las dimensiones de la sociedad, o sea, tener en cuenta los cambios verificados en las relaciones sociales.”
5. David Luck (1969)	“el marketing debe limitarse a las actividades que resultan en transacciones de mercado.”
6. Kotler y Gerald Zaltman (1969)	“ la creación, cumplimiento y controle de programas calculados para estimular la aceptabilidad de las ideas sociales y teniendo en cuenta las consideraciones de planeamiento de producto, precio, comunicación, distribución y investigación de marketing.”
7. Robert Bartls (1974)	“ si el marketing es para ser mirado como comprendiendo las actividades económicas e no económicas, tal vez el marketing como fue originalmente concebido reaparezca pronto con otro nombre.”
8. Robert Haas (1978)	“es el, proceso de descubierta e interpretación de las necesidades y deseos del consumidor para especificaciones de producto y servicio, crear la demanda para esos productos y servicios y continuar a expandir esa demanda.”
9. Robert Haas (1978)	<p><i>Marketing Industrial</i></p> <p>“ es el proceso de descubierta e interpretación de las necesidades, deseos y expectativas del consumidor industrial y de las exigencias para las especificaciones del producto y servicio y continuar a través de efectiva promoción, distribución, asistencia pos venda a convencer más y más clientes a utilizaren y a continuaren utilizando esos productos y servicios.”</p>
10. Philip Kotler (1980)	“ es una actividad humana dirigida hacia satisfacer necesidades y deseos a través del proceso de cambios.”
11. Philip Kotler (1997)	“ es el proceso social y de gestión por lo cual los individuos y grupos obtienen l o que necesitan y desean, creando, ofreciendo e intercambiando productos con valor para otros”.

Fuente : COBRA, Marcos.. Op. Cit.

La definición de marketing más citada entre la bibliografía utilizada en este trabajo es la de Kotler¹⁴. Según él, marketing “ es un proceso de social y de gestión a través de cual los distintos grupos e individuos obtienen lo que necesitan y desean, creando, ofreciendo e intercambiando productos con valor para otros.”

En esta definición están los siguientes conceptos básicos : necesidades, deseos y demandas ; productos ; valor, coste y satisfacción ; intercambio, transacciones, mercados ; marketing y buscadores de intercambios.

4.3. EL PRODUCTO HOSPITALARIO

Cuando se empieza a indagar sobre la eficiencia de la gestión hospitalaria quizás la primera pregunta es cuestionarse sobre cuál es el producto o productos de un hospital. En este sentido, existen diversas opiniones según los diferentes autores. Podemos citar a Burn¹⁵, que entiende que el producto final es el “cliente”.

La pregunta básica se convierte en qué produce un hospital, lo cual es esencial si tenemos en cuenta que el personal del hospital debe intentar mejorar la calidad del producto hospitalario¹⁶.

Esta respuesta es sencilla en las empresas industriales pero, como en toda empresa de servicios, el producto hospitalario es intangible, y además su calidad es difícil de medir¹⁷.

Vamos a mostrar las aportaciones de varios autores con el fin de obtener un concepto útil y consensual de producto hospitalario que nos sirva de armazón teórico para todo el posterior desarrollo del trabajo. En este sentido, Casas¹⁸ establece la diferenciación entre dos conceptos de productos hospitalarios: productos intermedios y producto final. Lo primero que podemos destacar de esta diferenciación es que el producto final se define en singular, luego cabe suponer que sólo existe uno. Por otra parte, considera la existencia de diferentes productos intermedios, tales como: días de cama, comidas, radiografías, análisis, etc.

Como ejemplos de productos intermedios tenemos aquellos que tienen como objetivo llegar al objetivo final, entendiendo por este la cura o mejora de salud. Si la mejora de la salud es el producto final, debemos considerar a los productos intermedios como aquellos que

¹⁴ KOTLER, P. ; Camara, D. & Grande, I.. (1997). Dirección de Marketing. España.

¹⁵ BURN, J.; CALDWELL, E. (1990). “Management of information systemtechnology”. Alfred Walter Ltd., Oxfordshire.

¹⁶ ERRASTI, F. Op. Cit.,.

¹⁷ ERRASTI, f., Op. Cit.

contribuyen al mismo. En este sentido, se puede considerar como productos intermedios¹⁹: Estancias; Radiografías; Intervenciones quirúrgicas; Análisis, etc.

Casas²⁰, siguiendo en esta misma línea, va más allá e introduce el concepto de un paquete intermedio integral, el cual no será más que un conjunto de productos intermedios que se aplican a un paciente concreto. Por ejemplo: 4 días, 10 comidas, 4 radiografías; 6 análisis, 1 intervención quirúrgica, 3 comidas.

Estos dos ejemplos constituyen dos productos intermedios integrales, con la principal característica de que cada uno de ellos está asignado a un paciente en concreto. Es decir, el primer producto integral correspondería a un paciente diferente que el segundo. De esta afirmación se saca una importante conclusión, cuál es que un SIH (Sistema de Información hospitalario) deberá ofrecer una adecuada información sobre los pacientes, para que estos puedan ser agrupados de alguna forma. Una vez esto se consiga, la asignación de los productos intermedios consumidos a cada uno de ellos será tarea fácil²¹.

Por tanto, la clasificación de los pacientes se constituye como algo esencial, hasta el punto que se puede considerar que en términos estrictos, cada paciente es un producto hospitalario, ya que no hay dos pacientes idénticos. Es decir, cada paciente necesitará un consumo de recursos diferente que los demás, con lo cual, la conclusión es que el hospital tendrá tantos productos como pacientes. Esta afirmación de Errasti²² le lleva a considerar al hospital como una empresa multiproducto.

Como el propio Errasti²³ reconoce, cada paciente es un producto tan sólo en los términos más estrictos, pero es obvio que ello sería inoperante, por lo que se hace necesario una técnica o técnicas de agrupación o clasificación de pacientes. Una vez ello se consiga, podremos decir que cada grupo de pacientes, que tendrán un cierto grado de similitud, será un producto diferente del hospital.

En este sentido, cada grupo de pacientes sería un producto hospitalario intermedio. Pero retomando las aclaraciones iniciales, definimos el producto final como la cura o mejor de la salud. En tal caso, como el alta a un paciente se le otorga cuando existe esta cura o

¹⁸ CASAS, M.. (1994). Gestión de hospitales : nuevos instrumentos y tendencias. Vicens Vives, Barcelona.

¹⁹ PRIOR, DIEGO; SOLÀ, MAGDA.(1993).L'eficiència del shospitals de Catalunya. Comparación entre els hospitals públics i els privats, Barcelona, Generalitat de Catalunya, Col.lecció els llibres dels FULLS ECONÒMICS.

²⁰ CASAS, M.. op. cit.

²¹ CASAS, M.. (1994). op. cit.

²² ERRASTI, F. (1997). op. cit.

²³ ERRASTI, F. (1997). op. cit.

mejora de su estado de salud, podemos decir que el producto final será el alta hospitalaria. Es decir, cada producto final se identificará con un conjunto de productos intermedios²⁴.

Pero es preciso hacer ciertas aclaraciones. Es posible que el alta se de también por enfermedad terminal, o bien por fallecimiento. Es decir, no todo alta hospitalaria es un producto final, sino que es necesario que este alta se deba a la cura o mejora de salud. Ante esta aclaración, es obligatorio definir lo que se entiende por salud. En este sentido, la OMS (Organización Mundial de la Salud) establece que salud es “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo es la ausencia de una enfermedad”²⁵.

Lamata²⁶ divide los tipos de productos sanitarios según su contenido, según su complejidad y según su fórmula de pago.

→Según su contenido : producto sanitario básico (prevenir, reparar y aliviar) y producto sanitario colateral (información sanitaria, investigación clínica retrospectiva, investigación prospectiva y formación de profesionales de salud).

→ Según su complejidad : producto sanitario simple (toma de tensión, anamnesis, etc.) y producto sanitario complejo (asistencia sanitaria completa a un proceso patológico, incluyendo diagnóstico, tratamiento y rehabilitación).

→Según fórmula de pago:

En atención primaria: acto médico (el producto es la consulta, la intervención, etc.) ; capitación* (el producto sería la atención primaria completa, del profesional, al colectivo asignado) ; salario (el producto es una disponibilidad horaria para que durante la misma atiende a las personas que lo soliciten), contrato cooperativo** (el producto a contratar se especificaría en el contrato y consistiría en atención primaria completa a un colectivo determinado, incluyendo la farmacia) ; procesos atendidos*** ; y realización de programas (prevención de una patología, odontología pediátrica).

En atención hospitalaria: estancias/consultas ; unidad sanitaria, UBAs y UPEs ; procesos atendidos (GRD) ; realización de programas (salud mental, SIDA, etc.) ; actividad global anual ; y contrato programa.

²⁴ ERRASTI, F. (1997). op. cit.

²⁵ PRIOR, J & SOLÀ, M. (1993). op. cit..

²⁶ LAMATA, F. et al. , op. cit.

* forma de pago utilizada parcialmente en el Insalud y en otros países en el sector público, y en también en el ámbito privado.

** fórmula en estudio por parte del Ministerio de Sanidad

*** se utiliza en Medicare, en los Estados Unidos.

Creemos que estas aclaraciones han delimitado lo que se puede entender por producto hospitalario, y será además la definición que utilizaremos en el sucesivo desarrollo del trabajo. Sin embargo, podemos hacer también algunas consideraciones.

Entre estas consideraciones se encuentra lo que se conoce como Unidad Básica Asistencial (UBA). Este concepto nace en Cataluña, debido a que el sistema de salud en esta región se lleva a cabo en gran medida mediante el concierto de la actividad asistencial tanto a entidades hospitalarias privadas como públicas. Es decir, los hospitales de la XHUP (tanto públicos como privados) proveen unos servicios sanitarios a la población que previamente ha sido contratados con la Generalitat de Catalunya.

De este modo, si una entidad por ejemplo privada, ha contratado con la Generalitat la provisión de un determinado servicio sanitario a la población que lo necesite, esta entidad facturará posteriormente a la Generalitat por dichos servicios que no han pagado directamente los usuarios (pacientes) de los mismos. Pues bien, para evitar algunos problemas a la hora de realizar este contrato de gestión entre el hospital y la Generalitat se identificó como unidad de compra lo que se conoce como “Unitat Bàsica assistencial” o UBA, que no es más que el servicio que el hospital contratado se compromete a prestar a los usuarios.

Esta aclaración la hacemos porque inicialmente se consideraba la UBA como el producto hospitalario, pero no hacía más que llevar a confusión al personal hospitalario. Actualmente subsiste la UBA como unidad de compra, pero cuando nos referimos al producto hospitalario nos estamos refiriendo a lo que explicamos anteriormente.

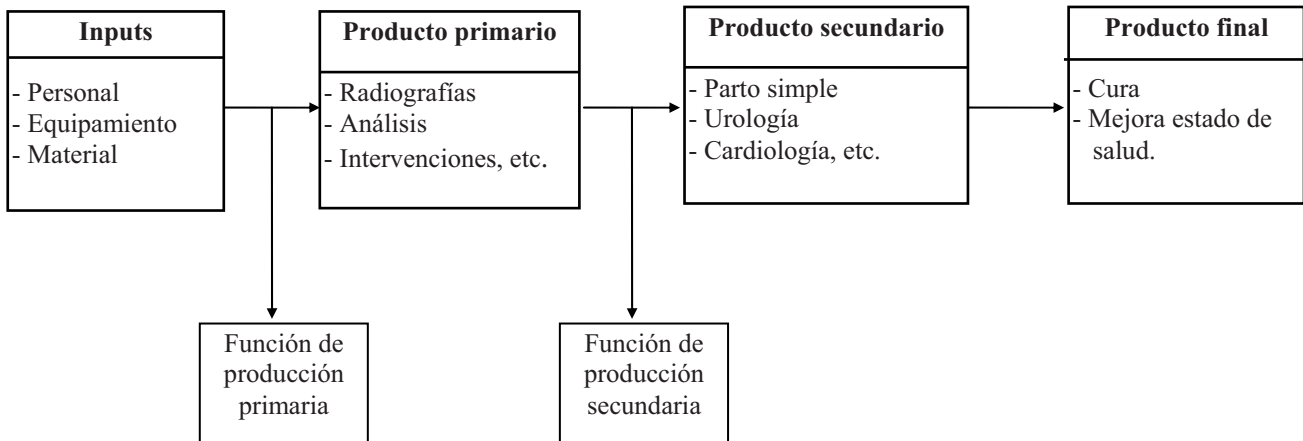
Dentro de los productos intermedios todavía se podría realizar una división entre primarios y secundarios. Si retomamos los conceptos de Unidad Productiva Especializada Primaria (UPEP) y de la secundaria (UPES), el producto resultante de la primera será primario, por cuanto su grado de elaboración es muy bajo todavía, mientras que el producto de las UPES será secundario por tener mayor grado de acabado y utilizar como inputs los productos primarios. Tanto unos como otros son intermedios, ya que el resultado tanto de las UPEP como de las UPES son pasos intermedios que contribuyen a la obtención del producto final: “la cura o mejora de la salud del paciente”.

Existen autores que, prefieren considerar al producto secundario como producto final y a la mejora de la salud como resultado. En realidad se trata de una misma cosa desde diferentes puntos de vista, pero la esencia es la misma, por lo que no vamos a entrar en esta cuestión²⁷.

²⁷ ERRASTI, F. (1997). op. cit..

Esta consideración nos lleva a considerar la figura 4.3.1., que pone de manifiesto la cadena de producción hospitalaria²⁸:

Figura 4.3.1.: Cadena de Producción Hospitalaria



Fuente: Errasti (1997), op. cit.

Relacionado con la función de producción del hospital, Rodrigues²⁹ establece cuatro niveles del proceso productivo hospitalario:

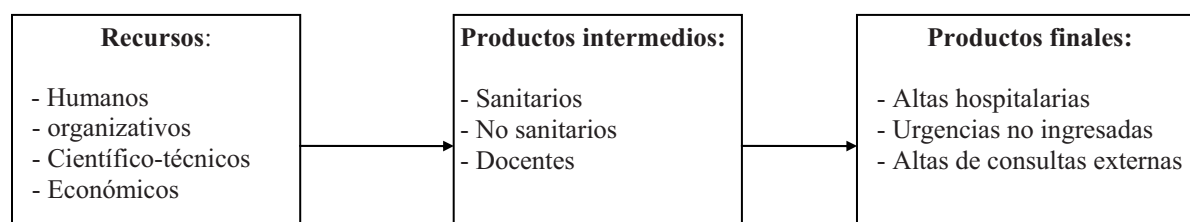
1. *Nivel estructural:* hace referencia a la estructura del hospital, como camas, quirófanos, etc.
2. *Relación entre el paciente y la estructura:* el resultado de esta relación es un conjunto de productos intermedios: radiografías, análisis, etc.
3. *Función de producción secundaria:* da como resultado unos productos con mayor grado de acabado.
4. *El hospital como productor de salud en conjunto:* es la cura o la mejora de la salud, según la función de producción que antes representamos en la figura 4.3.1..

Por su parte, los autores Guerrero, Gari y Veny³⁰ establecen el siguiente sistema de producción hospitalario (figura 4.3.2.):

²⁸ Adaptado de ERRASTI (1997). op. cit

²⁹ RODRIGUES, JM., *Le pnyect de medicalisation du systeme d'information. Mètode, definicion, organisation*, Gestons Hospitalières, 1983, nº224, p. 206-209.

Figura 4.3.2.: Sistema de Producción Hospitalario



Fuente: Guerrero y Veny (1994), op. cit.

Ante estas problemáticas para definir el producto hospitalario, en noviembre de 1987, la Comisión de Sanidad del Consejo de Europa definió lo que se conoce actualmente como Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD), que eran 14 puntos sobre los cuales todo hospital estaba obligado a registrar y guardar información. España adoptó esta normativa mediante la resolución 1/92 de la Secretaría para el Sistema Nacional de Salud. El CMBD otorgaba la información suficiente para clasificar a los pacientes en una de las enfermedades definidas a nivel internacional (Clasificación Internacional de Enfermedades, en su noventa revisión) conocido como CIE-9-MC. Sin embargo, el problema es que existen más de 12.000 códigos (enfermedades) según esta clasificación internacional, razón por la cual fueron apareciendo otras técnicas de agrupación de enfermedades que fuera menor, y por tanto, más operativa a efectos de poder clasificar a los pacientes³¹.

También se concluyó que cada grupo de pacientes que se obtuviera a partir de estos resultados constituiría para nosotros un producto, y por tanto se debía vigilar que el estos pacientes de un mismo grupo consiguieran curarse o al menos mejorar su estado de salud^{32,33}.

4.4. MERCADO

Para conocer a los consumidores antes debemos estudiar el mercado que vamos trabajar. En función del mercado al que se dirija, la empresa diseñará su producto o servicio de acuerdo con las necesidades exigentes, Ya que es en éste mercado donde se van a desarrollar sus acciones de marketing, es imprescindible conocerlo para saber cuáles son sus

³⁰ GUERRERO & VENY. (1994). Las Ventajas de Utilizar un Sistema de Agrupación de Pacientes en la Definición del Producto en la Alta Hospitalaria. *Gestión Hospitalaria*, nº3.

³¹ GUERRERO, M.; GARI, J.; VENY, J.F., Las ventajas de utilizar un sistema de agrupación de pacientes en la definición del producto alta hospitalaria, *Gestión Hospitalaria*, nº3, 1994, p. 15-25.

³² CASAS, M. (1994). op. cit..

³³ RIVERA, J. & Osende, C. (1996). El hospital del siglo XXI. *Harvard DEUSTO Business Review*, Bilbao, p. 59-65.

posibilidades y limitaciones . A continuación vamos enseñar algunas definiciones de mercado.

Para la AMA (American Marketing Association) el sería aquel “área donde se desenvuelven los compradores y vendedores de mercancías y servicios.

Utilizaremos tres parámetros para definir básicamente el mercado :

grupos de clientes homogéneos servidos

las necesidades de estos clientes, definidas a través de las funciones de uso de servicios

la tecnología o producto utilizado para satisfacer estas necesidades.

Por lo que se refiere a la variable tecnológica, se acostumbra a pensar en términos del producto utilizado, que representa el resultado de la tecnología. Así, se comprende que el producto representa la manifestación final de una serie de tecnologías. Como ejemplo, en el mercado sanitario, en un hospital, la tecnología de los equipamientos utilizados para hacer radiografías, análisis y cirugías debe ser lo más actualizada posible, para tener una seguridad en los resultados, y atender así a las necesidades de los consumidores, que en este caso es la curación de la enfermedad, de una manera adecuada.

Se debe estar siempre atento ya que una u otra variable puede sugerir cambios en la definición original de una empresa, y con los competidores presentes y potenciales. La entrada de nuevos competidores en el mercado con tecnologías nuevas, también representa una amenaza para los participantes tradicionales. Podemos decir que esta competencia es saludable ya que cada uno intenta hacerlo mejor que el otro, y así mejora la calidad del servicio, beneficiándose de todo ello el consumidor. En 1962 ya se hablaba que el objetivo fundamental del sistema mercadotécnico es servir al consumidor final³⁴.

Hace algunos años el marketing era una palabra mágica, con algunos conceptos equívocos asociada a aspectos estrictamente relacionados con las ventas, la promoción, la publicidad, etc. así como también a conceptos erróneos que lo identificaban con técnicas sofisticadas destinadas a manipular a las personas³⁵, hoy en día hay una mejor información a respecto del tema.

³⁴ TOUSLEY, R. et al.. (1962). Mercadotecnia : principios. México.

³⁵ CHIAS, J.. (1990). El Mercado son Personas : el marketing en las empresas de servicios. Madrid.

4.4.1. La Demanda y la Oferta

La demanda del mercado general es considerada, para un servicio dado, como el volumen total del consumo de un servicio (en unidades o valores monetarios) para una determinada población de una determinada área, durante un determinado período de tiempo. O sea, expresa la cantidad de un determinado Bien que los compradores están dispuestos a adquirir a cierto precio. En los servicios sanitarios no se puede tener una precisión exacta. La asistencia sanitaria es solicitada sólo cuando surge la enfermedad.

Según Errasti³⁶ la demanda de servicios sanitarios, permanece invariable para determinadas variaciones de precios, porque se comporta como un Bien de primera necesidad. En cambio, para los tratamientos preventivos no ocurre así, ante las subidas de precio se origina una disminución de la misma.

La oferta del mercado general es la cantidad de un Bien que los vendedores están dispuestos a desprenderse a un cierto precio. En los servicios sanitarios la oferta esta directamente ligada a los profesionales de la salud, que deben tener una autorización legal para ejercer la profesión, aumentando los costes de la prestación médica y alejándose así de los supuestos mercados competitivos.

En la salud, la demanda se conforma por el total de individuos y organizaciones que son clientes actuales o potenciales de un producto sanitario. Por otro lado, la oferta de servicios de atención médica está formada por las instituciones de salud públicas (los servicios médicos privados, las compañías de seguros médicos y las medicinas paralelas o alternativas).

La cultura sanitaria, la legislación sanitaria existente y los atributos del cliente, son factores condicionales del consumo de la mercadotecnia que actúan en el mercado sanitario.

Podemos ver la salud como objeto de consumo, para los médicos la salud se concibe como la ausencia de la enfermedad y una desviación de una norma fisiológica. La OMS (Organización Mundial de la Salud) estableció en 1976 que la salud “es el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Y que es un derecho fundamental. El logro del mayor grado de salud posible es un objetivo socialmente muy importante en todo el mundo”.

³⁶ ERRASTI, F.Op. Cit.

Esto significó en su momento, un avance al utilizar un modelo teórico-científico concreto que G. Engel³⁷, denomina biopsicosocial. Queremos decir con esto, que la salud del individuo tiene dimensiones biológicas, psicológicas y sociales.

4.4.2. Características del Mercado Sanitario

El mercado sanitario se divide básicamente en dos tipos: el mercado tradicional que son las instituciones públicas, con espacio rígido ya que el Estado es quien determina las necesidades a cubrir y las prestaciones de los productos básicos de la salud; y el mercado sanitario emergente que son los que están en las manos de los proveedores privados, que se hallan en continua expansión³⁸.

El crecimiento de los proveedores no públicos se produce la oferta de nuevos productos sanitarios que se relacionan con la calidad de vida. A éstos no les interesan los productos básicos, como las aplicaciones de vacunas, puesto que ya están cubiertos por el Estado.

Tanto en España como en Brasil hay un desarrollo importante del sector privado en la prestación de los servicios de atención a la salud clásicos, como las áreas de atención primaria y especializada, que son más problemáticas en el sector público. Por otro lado hay un estancamiento del sector público y de sus beneficios. La asistencia sanitaria, en la mayoría de los países occidentales, ha sido asumida por el Estado que asegura a todas las personas dicha asistencia en condiciones de igualdad, como se puede ver en el capítulo 1.

4.4.3. Segmentación de Mercado

Cuando segmentamos un mercado, estamos dividiendo el mercado general en submercados más pequeños y homogéneos, con consumidores de estos mercados con las mismas características de compra. Con la selección de los mercados lo que se intenta alcanzar es lo que se ganará con los planes y acciones futuras del gerente. El Marketing Mix deberá adaptarse así al submercado elegido³⁹.

³⁷ ENGEL, G. L. (1977). "The Need for a New Medical Model : a challenge for biomedicine". Science.

³⁸ERRASTI, F. (1997). op.cit.

³⁹ LAFUENTE, J. M.. (1995). Marketing Estratégico para Empresas de Servicios. Madrid.

En el área de la salud, la segmentación ha de ayudar a detectar qué población está mejor o peor atendida para así distribuir los recursos, como en el caso de las Instituciones Públicas.

Lo que diferencia los servicios públicos de las otras empresas es que aquellos tienen la obligación de dirigirse a todo lo relacionado con el servicio, a todo el mercado potencial, sus usuarios reales y los no motivados. Con la segmentación se detectará la calidad de la atención, optimizando el esfuerzo, y permitiendo que todos lleguen a ser usuarios del servicio.

Podemos definir y segmentar el mercado identificando en primer lugar, grupos homogéneos de clientes o posibles clientes que posean las mismas necesidades a satisfacer con los servicios ofrecidos; en segundo término, podemos identificar el posible uso del servicio que permita satisfacer las necesidades latentes de los clientes/consumidores/pacientes y por último, identificando la tecnología del servicio que debe emplearse para proporcionar la satisfacción de uso.

El mercado es segmentado o bien de acuerdo con las características de los consumidores (demográficas, socioeconómicas, geográficas y psicográficas) o por su respuesta (beneficios, uso y lealtad) al producto⁴⁰.

Según Josep Chias⁴¹ es complejo segmentar un mercado, esta decisión debe ser tomada a través de muchos análisis y de forma diferenciada para cada empresa, porque el mercado se segmenta el que lo analiza y atiende sobre todo a su capacidad de acción frente al mismo.

4.5. DIMENSIONES PSICOLÓGICAS Y SOCIALES DEL CONSUMIDOR

Toda empresa de servicio que hace su gestión dirigida hacia el cliente, tiene una preocupación mayor en satisfacer las necesidades y deseos de sus clientes⁴². Un hospital no es distinto, éste debe estar orientado a sus usuarios y satisfacerlos, aunque en algunas ocasiones lo que el paciente desea no coincida con la necesidad del tratamiento médico. Por ejemplo, una dieta alimenticia determinada pelo médico⁴³, todos sabemos que la alimentación de un Hospital no es tan exquisita así, pero dependiendo de la enfermedad se pasa una dieta

⁴⁰ ALVAREZ, H.P.. (1995). Mercadotecnia en Salud: aspectos básicos y operativos. Universidad Juarez Autónoma de Tabasco. México.

⁴¹ CHIAS, J.. op.cit.

⁴² SPRENG, R. A. ; Mackenzie, S. B. & Olshavsky, R. W. (1996). *A reexamination of determinants of consumer satisfaction*. Journal of marketing, Julio, 60, pagina 15.

especial, no quedándose tan agradable. A veces hay pacientes que les gusta que el médico le recete medicamentos sin necesitarlos realmente, cuando esto no se sucede el usuario se queda insatisfecho con el profesional. En estos casos, la organización deberá realizar un esfuerzo de explicación para reunir ambas cosas y, en cualquier caso, efectuar los cambios necesarios para adecuarse a las necesidades de los pacientes.

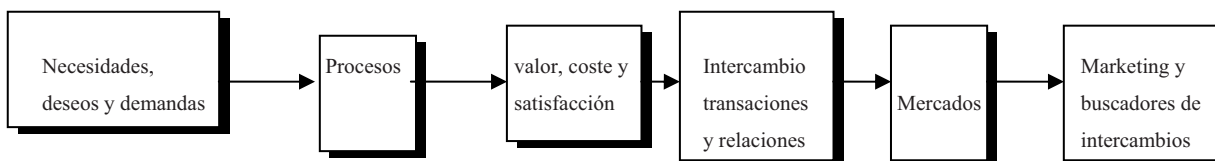
La investigación del consumidor hace parte de la investigación del Marketing y es definida por León y Olabarriá⁴⁴ como un proceso sistemático y objetivo de recogida y análisis de datos relativos al comportamiento del consumidor.

4.5.1. Las motivaciones del consumidor

Kotler⁴⁵ define las necesidades como una carencia de un bien básico, los deseos como la carencia de algo específico que satisface las necesidades básicas y las demandas como deseos de un producto específico, en función de una capacidad de adquisición determinada (figura 4.5.1.1.). Si nos dirigimos hacia el consumidor sanitario, se queda un poco complejo, pero podemos decir que el paciente/usuario tiene la necesidad de ir a un hospital, pero si tiene la opción de elegir, puede ir a lo que le guste más o que sea en su punto de vista mejor que los otros, y una vez elegido, estará así creando una demanda.

El autor resalta que los expertos de marketing crean el deseo de los consumidores y influyen la demanda enseñando un producto o servicio más atractivo, costeable y disponible, no creando la necesidad, pues ella ya existe en cada consumidor.

Figura 4.5.1.1.: *Necesidades, Deseos y Demandas.*



Fuente: KOTLER, P. ; Camara, D. & Grande, I.. (1994).

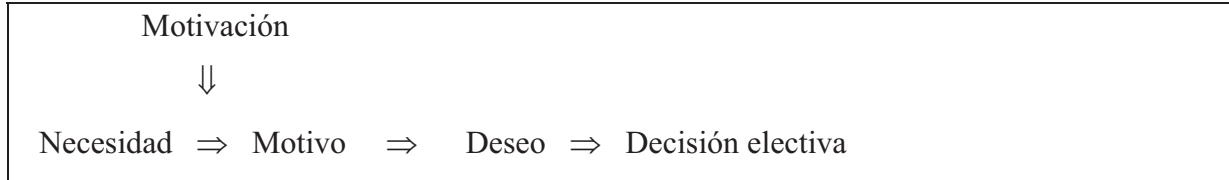
En el servicio, como un bien intangible, el consumo está ligado por los deseos de los consumidores, pero detrás de un deseo (búsqueda de satisfacción centrada en un producto o servicio) hay un motivo (explicación inmediata del deseo) y detrás de un motivo una

⁴³ ERRASTI, F. (1997). Op. Cit.

⁴⁴ LEÓN, J. L. & Olabarriá, E. (1991). Conducta del consumidor y márketing. Bilbao: Deusto.

necesidad (una constante que refleja las ansias del consumidor)⁴⁶, como podemos ver en el cuadro 4.5.1.1..

Cuadro 4.5.1.1.: Motivación



Fuente: LEÓN, J. L. & OLABARRÍA, E.. (1991).

Hay varias teorías de motivación humana, aquí citaremos cuatro:

- # Teoría de motivación de Herzberg
- # Teoría de motivación de Maslow
- # Teoría de motivación de Freud
- # Teoría de motivación de Murray

La teoría de Maslow es la más conocida, y se basa en las siguientes premisas⁴⁷:

1. Una persona tendrá muchas necesidades.
2. Estas necesidades variarán en importancia y, por lo tanto, pueden catalogarse dentro de una jerarquía.
3. La persona buscará satisfacer primero la necesidad más importante.
4. Una vez que la persona tiene éxito al satisfacer una necesidad importante, ésta cesará de ser motivadora por el momento.
5. La persona entonces tornará su atención a la siguiente necesidad en importancia.

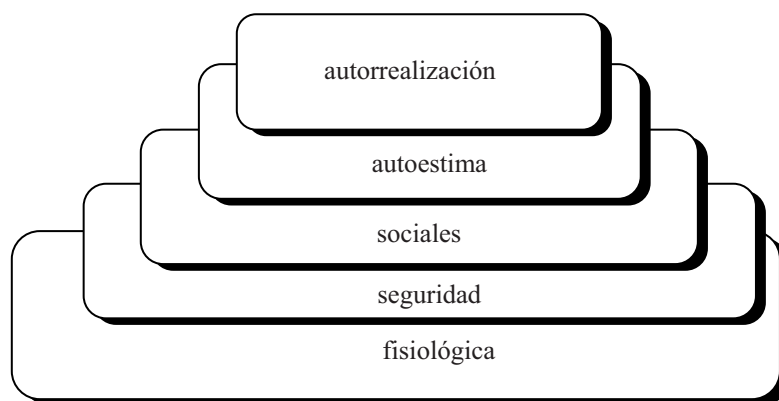
Según Maslow, las necesidades, en orden a su importancia, se clasifican en fisiológicas, de seguridad, sociales, de estima y de autorrealización. La teoría de Maslow, que es bastante conocida, trata de las necesidades humanas, estableciendo una jerarquía entre ellas; y clasificándolas en cinco tipos: fisiológicos (alimento, descanso, vivienda, etc.; condiciones para mantener la vida); de seguridad (protección contra las amenazas, donde descansan en el entorno); sociales (necesidad de sentirse valorado en un grupo); de autoestima/reputación (confianza en si mismo, éxito y competencia) y de autorrealización (desarrollo de todas las potencialidades personales). Según Maslow, la necesidad superior solamente surge cuando la necesidad inferior a esta ya está satisfecha (figura 4.5.1.2.).

⁴⁵ KOTLER, P.. (1994). op. cit.

⁴⁶ LEÓN, J. L. & OLABARRÍA, E.. (1991). Conducta del Consumidor y Marketing. Bilbao.

⁴⁷ MASLOW, A. H.. (1954). "Motivation and Personality". Nueva York.

Figura 4.5.1.2.: Jerarquía de Necesidades de Maslow



Fuente : Varo, J..(1994).

Según la teoría de Herzberg, las personas tienen dos tipos de necesidades en el trabajo: las necesidades higiénicas (sueldo, condiciones de trabajo, etc.); y las necesidades motivadoras (éxito personal, reconocimiento, etc.) productoras de insatisfacción o desánimo si no se satisfacen.

La finalidad del comportamiento es la satisfacción de estas necesidades y en el otro enfoque, el fin del comportamiento sería el deseo de alcanzar un determinado objetivo o meta.

Jaime Varo divide las necesidades en cuatro:

La necesidad de afiliación \Rightarrow es la necesidad de sentirse miembro de un grupo, de ser querido y apreciado por los demás. Es sobretodo el deseo de establecer, renovar o mantener una relación positiva con un grupo, siendo una reacción defensiva ante la situación de insatisfacción causada por un trabajo rutinario.

La necesidad de poder \Rightarrow existe la necesidad de poder orientada al desarrollo personal y también la necesidad dirigida a colaborar con la institución donde trabaja.

La necesidad de autorrealización \Rightarrow en esta necesidad, la persona utiliza y aprovecha todo su potencial y capacidad.

La necesidad del éxito \Rightarrow es el deseo de hacer las cosas bien, de tener éxito en sus relaciones y la gana de atingir ciertos patamares de excelencia.

Podríamos decir que el consumidor sanitario busca un hospital para satisfacer sus necesidades fisiológicas y de seguridad, no dejando de tener también un poco de la necesidad de estima.

La Teoría de Freud defiende que las personas probablemente no tienen clara conciencia de los motivos reales que guían su conducta, esto es debido a que tales motivos se configuraron en su niñez y que a menudo están reprimidos en su propia conciencia.

En la Teoría de Murray se defiende que todos tenemos las mismas necesidades básicas, aunque diferimos en la importancia que les atribuimos. El autor divide las necesidades psicogénicas en las siguientes⁴⁸:

- Necesidades asociadas con objetos inanimados.
- Necesidades que reflejan deseo de poder, ambición y prestigio.
- Necesidades que implican defensa de estatus o evitación de las humillaciones.
- Necesidades relacionadas con el poder ejercido, resistido o suscitado.
- Dominación sobre otros.
- Necesidades sadomasoquistas (agresión).
- Necesidad de inhibición.
- Necesidades relativas al afecto.
- Necesidad de intercambio social.

El análisis de la conducta del consumidor tiene como objetivo explicar el porqué del comportamiento de éste, enseñando los procesos racionales o emocionales de la compra y el porqué de la aceptación o rechazo de un producto.

Cualquier investigador que pretende ver una situación de consumo y conocer la estructura del proceso de la toma de decisiones del consumidor y sus variables, de una forma global, debe utilizar un enfoque interdisciplinar y no un punto de vista parcial, ya que el campo psicológico es mucho complejo⁴⁹.

León y Olabarría⁵⁰ caracterizan la motivación de conducta en energía y dirección ; motivos estáticos y cambiantes ; origen biológico o cultural ; y motivos intrínsecos o extrínsecos.

En la energía o dirección ellos definen la energía como el esfuerzo exacto para dar satisfacción a un motivo. Ya el componente dirección es el modo concreto de llegar a una satisfacción..

La motivación estática o cambiante es presentada para llamar la atención que las motivaciones no son permanentes y varían, como las opiniones de las personas, con el pasar de tiempo.

⁴⁸ LEÓN, J. L. & OLABARRÍA, E., op. cit.

⁴⁹ PUJALS, P.S.. (1991). La Investigación Motivacional en Marketing y Publicidad. Bilbao.

⁵⁰ LEÓN, J. L. & OLABARRÍA, E., op. cit.

En la motivación biológica o cultural afirman que hay una mezcla imposible de discernir entre lo genético y lo social.

Los motivos intrínsecos son aquellos que tienen que ver con las cualidades tangibles de los productos, en cuanto que los motivos extrínsecos son aquellos en que hay una conexión entre un producto y otros ámbitos de la experiencia del consumidor. Por ejemplo para un paciente, el precio, las instalaciones, la consulta en hospital son motivos intrínsecos, mientras la curación es un motivo extrínseco.

Hay algunas teorías de motivación. Jaime Varo las llama modelos y las clasifica en tres : modelo de fuerza y coerción ; modelo económico/mecánico ; y modelo de crecimiento o de sistema abierto. Ya Errasti, enumera tres teorías : la teoría mecanicista ; la teoría psicosociológica ; y la teoría antropológica.

Podemos definir cada una de las teorías, observando que algunas de ellas son básicamente iguales. En el modelo de fuerza y coerción, se supone que el hombre, cuando se le fuerza a una situación en la que rinde o es sancionado, trabaja mejor. Pero, en la realidad, la coerción produce la alienación y separación de la tarea.

El modelo económico/mecánico y la teoría mecanicista tratan básicamente de la misma cosa. En este modelo/teoría, el individuo está motivado a trabajar por dinero, por el objetivo económico o meramente por un condicionamiento, o sea, por una recompensa.

El modelo de crecimiento o sistema abierto y la teoría psicosociológica, están basadas en la teoría de Maslow y la teoría de Herzberg, ya comentado anteriormente.

El desarrollo de líneas adecuadas que permitan la motivación y la incentivación de los trabajadores del Sistema es un elemento clave en la política de personal. Es necesario que se busquen vías de y mecanismos de estímulo que acerquen y comprometan la consecución de los objetivos⁵¹.

Actualmente, las organizaciones están delegando cada vez más atribuciones y responsabilidades para resolver los problemas y los trabajadores exigiendo más autonomía, desarrollo personal y autorrealización. Todo esto hace con que la motivación tenga una importancia cada vez mayor en las empresas⁵².

Cabe citar aquí tres conocidas teorías de la administración en relación a los recursos humanos : la teoría X, la teoría Y, la teoría Z. McGregor es el padre de las teorías X e Y. En la teoría X, la persona no se siente atraída por el trabajo, evitándolo siempre, teniendo que ser

⁵¹ ALENDE MACEIRA, M^o X., (1997) . Situación y Expectativas de los Profesionales del Sector Sanitario. Revista de Administración Sanitaria, n^o 4 vol. I, oct./dic.. <http://www.dinarte.es/ras/ras4/poli2.htm>.

⁵² VARO, J. (1994), op. cit.

constantemente controlado, necesitando por tanto de un gestor autoritario, encajando bien en un modelo mecanicista. En la teoría Y, el individuo tiene interés por el trabajo. Cuando hay condiciones favorables de trabajo, el hombre demuestra la responsabilidad, adecuándose bien a un modelo psicosociológico.

La teoría Z, cuyo autor es Ouchi, es fruto de una investigación que tuvo como referencia la existencia de las teorías X e Y. Esta teoría cree que los resultados de las empresas cambian cuando el factor trabajo se compromete libre y decididamente con la organización. La dirección en que se basa esta teoría tiene una preocupación igual con la producción, con el hombre y con la empresa.

4.5.2. Las Actitudes del Consumidor

4.5.2.1. Actitudes y Motivaciones

Según León & Olabarriá⁵³ la motivación tiene diversas vías de expresión o de manifestación, o sea, el consumo de determinados productos o servicios pueden o no concretarse en el deseo de los consumidores, y está directamente orientado a las estructuras de la personalidad de la persona, de una forma innata o aprendida. La actitud siempre se refiere siempre a un objeto, lugar, persona o situación concreta. Existiendo una correspondencia entre esta y la conducta. Por ejemplo, una actitud de tipo acción sería el gusto por la lectura, por el contrario, la conducta opuesta sería la propia lectura de narrativa.

La actitud es una manera de estar delante de una situación determinada que depende de factores individuales y sociales, o sea del conjunto de inclinaciones, sentimientos, prejuicios, ideas, temores, amenazas o convicciones del individuo acerca de un asunto específico⁵⁴.

El grupo social donde la persona convive influye fuertemente en las actitudes de una manera general, dependiendo de la influencia y de la fuerza de lo que se recibe, se puede cambiar de actitud.

Ya Quintallina⁵⁵ hace una distinción de la conducta del consumidor y la investigación motivacional, él cita que la investigación de las motivaciones tradicionalmente trataba de responder al por qué de la conducta del consumidor, o sea, de averiguar los motivos que impulsan a la conducta o a la acción. Para el citado autor, la investigación de las motivaciones

⁵³ LEÓN, J. L. & Olabarriá, E. (1991). Op. Cit.

⁵⁴ PUJALS, P. S. (1991). La Investigación Motivacional en Marketing y Publicidad. Bilbao: Deusto.

⁵⁵ QUINTANILLA, I. (1991). Psicología y Marketing : evaluación de la conducta del consumidor y otras extensiones. Valencia: Promolibro.

es una parte importante de la psicología del consumidor, pero el estudio de los motivos no sirve únicamente para intentar explicar la conducta del consumidor o del ser humano y el estudio de ésta pasa por otras variables psicológicas que, aunque con conexiones con la motivación, no son exclusivamente motivos, sino actitudes, valores, creencias o percepciones, aspectos todos, que influyen en los procesos cognitivos que determinan las acciones de las personas y de los potenciales consumidores.

Siguiendo la línea de su pensamiento se suele cometer el error de confundir la investigación de las motivaciones con las técnicas cualitativas. Las técnicas cualitativas intentan responder al por qué de una conducta, incluido el estudio de los motivos de esa actitud. Mientras que las técnicas cuantitativas se ocupan de averiguar la frecuencia con que se producen determinadas actitudes, tratan de responder cuánto.

Las técnicas cualitativas no se resumen únicamente al estudio de la motivación, sino que también investigan otras variables que pueden influir en las actitudes de los individuos. Para el autor, las técnicas cualitativas son más profundas que la investigación de las motivaciones por qué incluyen otros conocimientos que vienen de la psicología experimental, la psicofisiología, la evaluación conductual y la psicología social.

El autor⁵⁶, dentro del modelo tentativo de la conducta del consumidor, pone la actitud como uno de los componentes de la conducta individual. Para él, la conducta del consumidor es la suma de los componentes de la conducta individual (percepción, aprendizaje, actitudes, personalidad) más el desarrollo de la conducta encauzada (expectativas, necesidades, afán de logro, motivación) y el sistema personal (valores y metas, habilidades, experiencia, autoconcepto).

Otro punto fuerte que podemos citar es la publicidad, que puede influenciar fuertemente en las actitudes de las personas sobre productos, servicios y hábitos de consumo. En el caso de un hospital podríamos citar ejemplos de la publicidad negativa. Las personas no eligen los hospitales públicos muchas veces debido a cantidad de artículos que salen en los periódicos, hablando mal sobre ellos. Raramente se ve una propaganda llamando a los consumidores para que asistan a estos centros. Esa imagen negativa se fija en la mente de las personas y causa rechazo sobre el servicio hospitalario público.

4.5.2.2. Escalas de actitud

Pujals⁵⁷ define las escalas de actitud como un método que miden características diversas de los consumidores en la forma más objetiva posible. El proceso es hecho a través de encuesta donde el sujeto señala, dentro de varios ítem, qué acepta o prefiere. Hay diferentes tipos de escalas para la medición de actitudes y opiniones, como podemos citar algunas como forma de ilustración :

escalas de puntos → es una encuesta sencilla que el sujeto puntúa o tacha de acuerdo con que acepte o rechace el producto o servicio.

escalas de clasificación directa → se clasifican las preferencias sobre las preguntas que se proponen.

escalas de comparación binaria → las cuestiones se presentan en forma de pares, y de cada par el sujeto debe elegir una.

escalas de intensidad → son las más utilizadas y la pregunta es referida al producto, hábitos de compra, imagen, etc., respondiendo el sujeto de acuerdo con su grado de preferencia.

4.5.3. La Percepción del Consumidor

Podemos decir que una persona motivada está preparada para actuar y la forma en que ella decide actuar está directamente influenciada por su percepción de la situación. León & Olabarría⁵⁸ definen la percepción como un proceso mediante el cual dicha persona da significado a los estímulos que llegan, que puede darse rápida o lentamente, dependiendo de la persona en cuestión. Personas distintas en el mismo estado de motivación y situación objetiva, pueden actuar de forma totalmente diferente, porque perciben la situación de modo diferente.

La estructura de la personalidad es susceptible de influencias culturales que van conformando la totalidad del carácter de cada individuo, donde se ve que la experiencia “caracterológica” es única y personal⁵⁹. El autor citado anteriormente puntualiza también que “la individualidad es tan evidente en la personalidad que no es fácil encontrar dos personas que sean totalmente iguales”.

⁵⁶ QUINTANILLA, I. (1991). Op. Cit.

⁵⁷ PUJALS, P. S. (1991). Op. Cit.

⁵⁸ LEÓN, J. L. & Olabarría, E. (1991). Op. Cit.

⁵⁹ Del Pino, A. M. (1990). Los Nuevos Consumidores Españoles. Bilbao:Deusto.

La persona organiza un producto o servicio a través, podemos decir, de sus cinco sentidos : vista, oído, olfato, tacto y gusto. En el caso de un hospital el que influye más es el sentido de la vista, cómo la persona ve las instalaciones y la manera que es atendida/recibida. Y que llamamos de sentido sensorial. La segunda acción que viene es la selección, queremos decir, la persona elige previamente lo que se quiere percibir, es la relación del estímulo con el campo que le rodea, como el precio del producto o servicio. Por último podemos ver la interpretación de cada persona que tiene relación con las condiciones dentro de cada individuo.

Para explicar por qué las personas pueden tener diferentes percepciones del mismo objeto o situación de estímulo, vamos a exponer tres mecanismos : la exposición selectiva, la distorsión selectiva y la retención selectiva.

En la exposición selectiva, el consumidor está expuesto a muchos estímulos durante el día. Todos los días se ven varias formas de publicidad, la mayoría de estas, serán eliminadas y algunas llamarán más atención de los consumidores. A veces un mensaje publicitario dirigido hacia un cierto mercado, pasa desapercibido por quién lo tiene que ver y es necesario algún estímulo mayor para que sea finalmente advertido. Por ejemplo, anuncios que son de tamaño mas grande o utilizan cuatro colores , cuando la mayoría de los anuncios son en blanco y negro ; o son novedosos y ofrecen contraste, son más susceptibles de percibirse.

La distorsión o interpretación selectiva se produce cuando una persona tiende a deformar la información para que quepa dentro de su significado personal. O sea, son posibles interpretaciones en torno a una situación u objeto que se elige de acuerdo con sus experiencias, creencias y actitudes previas o estados momentáneos del individuo.

Y por último la retención o memorización selectiva. Las personas tienden a retener/memorizar una información que respalde sus actitudes y creencias. Por ejemplo, si una persona es reprimida sexualmente, en un anuncio que tenga connotaciones sexuales, este individuo tenderá a rechazar este producto o servicio, olvidándolo o memorizándolo para no cometer el error de comprarlo.

Los tres factores perceptuales citados hacen que las personas de la mercadotecnia trabajen duro para pasar por filtros perceptivos muy poderosos y tales personas están obligadas a trabajar con la repetición de mensajes publicitarios y poner énfasis en la simplicidad y en la claridad del mensaje.

4.5.4. El Aprendizaje del Consumidor

El aprendizaje es uno de los modelos de la conducta del consumidor según Pujals⁶⁰, en el modelo de aprendizaje el consumidor sigue la inercia de la costumbre y apenas racionaliza sus compras y hace referencia a la repetición de los mensajes publicitarios a fin de reforzar al comprador. En otra definición de León & Olabarría⁶¹ el aprendizaje “ es el proceso de registro mental y afectivo que con carácter duradero proviene de la experiencia personal y/o de información a través de terceros y que previsiblemente producirá cambios o un refuerzo en el comportamiento.

Podemos decir que el aprendizaje es el nombre que se da a cambios en la conducta del individuo que resulta de la experiencia. Es una conducta aprendida y se basa en reacciones instintivas, estados psicológicos temporales del organismo, como la sed y el sueño.

Hay diversas teorías acerca de cómo se produce el aprendizaje, pero vamos a ver las dos más importantes. El aprendizaje acognitivo y el aprendizaje cognitivo.

El aprendizaje acognitivo se entiende como el aprendizaje de comportamientos o conductistas, donde se estudia las relaciones estímulo-respuesta, y se encuentra en el terreno de los comportamientos de consumo más automáticos⁶². Los autores citan tres modalidades de condicionamiento que denomina acognitivas que inducen al aprendizaje conductual que son :

condicionamiento clásico → en el condicionamiento clásico hay dos principios importantes : la simple asociación repetida entre dos estímulos, un neutro y otro afectivo ; el segundo principio es por que medio se puede llegar a alcanzar el ideal de toda persuasión, para sobrepasar los niveles de la racionalidad que sirven a menudo al individuo para oponerse al convencimiento. El condicionamiento clásico son, dicho de una manera sencilla, las asociaciones repetidas*. En marketing el campo favorito de aplicación de esta teoría es la publicidad.

condicionamiento instrumental → a diferencia del condicionamiento clásico, donde el estímulo condicionado es anterior a la respuesta, en el condicionamiento instrumental la respuesta (compra) viene determinada por sus consecuencias esperadas. Esta modalidad puede ser utilizada no sólo para el aprendizaje de conductas, sino también para su extinción, que es más propia del marketing social**.

⁶⁰ PUJALS, P. S. (1991). Op. Cit.

⁶¹ LEÓN, J. L. & Olabarría, E. (1991). Op. Cit.

⁶² LEÓN, J. L. & Olabarría, E. (1991). Op. Cit.

* El tipo de publicidad que hace la Coca-cola es un ejemplo.

condicionamiento por imitación → es un tercer modo de aprendizaje automático que procede por observación y posterior imitación de lo que terceras personas hacen. Este tipo de aprendizaje produce sus mayores efectos en la difusión de innovaciones.

El aprendizaje cognitivo esta más dirigido hacia los comportamientos reflexivos. En esta teoría, para comprenderse el comportamiento humano tiene que comprenderse el funcionamiento de la mente, o sea, el procesamiento de la información que tiene como factor fundamental a la memoria. Para el consumidor es más sencillo elegir un producto o servicio si éste se ha memorizado , en caso contrario se producirá una elección casual.

4.5.5. Técnicas de Investigación del Comportamiento del Consumidor

Las técnicas utilizadas para la investigación de mercados se clasifican generalmente en técnicas cualitativas y técnicas cuantitativas⁶³. Habíamos comentado anteriormente algo sobre estas dos técnicas, donde se enseña que mientras las cuantitativas intentan responder a la pregunta “cuanto”, sobre la conducta de consumo, empleando métodos estadísticos para el análisis de los datos y ofreciendo resultados cuantificados, las cualitativas buscan responder a la pregunta por qué de la conducta, intentando explicar las causas que motivan a los consumidores a comportarse de la manera en que lo hacen.

Las técnicas cualitativas y cuantitativas son divididas por León & Olabarría⁶⁴ de la siguiente forma, como muestra el cuadro 4.5.5.1.:

Cuadro 4.5.5.1.: Técnicas Cualitativas y Cuantitativas

Técnicas Cualitativas	Técnicas Cuantitativas
Entrevista en profundidad	La encuesta
Los grupos de discusión	Las escalas de medición
Las técnicas proyectivas	El diferencial semántico

Fuente Leon & Olavaria (1991). Op. Cit.

Se cita también la investigación experimental que es una técnica de experimentación que busca conocer cómo los consumidores responden a un producto, a través de un

** Tiene el propósito de reducir ciertas conductas, como por ejemplo, la divulgación de letreros prohibiendo fumar.

⁶³ QUINTANILLA, I. (1991). Op. Cit.

experimento que expone una serie de individuos frente a un estímulo, con el objetivo de observar y medir la transformación hecha en los mismos por la influencia de ese estímulo, que pueden ser un precio, un nuevo envase, etc.

Ya Quintanilla⁶⁵ agrupa las técnicas en cinco grandes apartados que son :

métodos de encuesta → los métodos de encuesta se basan en la interrogación directa del consumidor cuyas características, conductas o actitudes sean relevantes para los objetivos de la investigación. La encuesta puede variar según la vía elegida, puede ser por correo, por teléfono y personal.

Hay también otros métodos de encuesta citados por el autor de los que destaca estos cinco : las escalas de actitud (los informes y declaraciones que las personas verbalizan espontáneamente ante las preguntas que se formulan en las escalas); listas de clasificación (asociación de productos con sus presentaciones materiales, como envase, logotipo, colores, etc.); asociación de palabras y complementación de frases; la entrevista de exploración psicológica (obtención de información a partir de un diálogo con el entrevistado con técnicas y modelos psicológicos diversos); y reuniones de grupo (dinámicas de grupo).

métodos de observación → los métodos de observación son utilizados con menor frecuencia, pero últimamente viene tomando una importancia considerable permitiendo registros sistemáticos que el caso de la conducta del consumidor revelan datos, sujetos a posteriores interpretaciones de gran interés. Esta técnica está dividida en tres : selección de la conducta a observar (utilizadas para conductas que miden el efecto de la publicidad y relacionadas también con nuevos sistemas de venta y distribución); el método empleado para llevar a cabo la observación (la hora de utilizar la observación, la observación controlada y la observación sobre el terreno); y el sistema de registro utilizado (medios físicos, medios mecánicos y medios electrónicos).

métodos psicológico - experimentales → determinan las condiciones de la situación de prueba hasta llegar a establecer relaciones causa - efecto. Dentro de los métodos psicológico - experimentales hay el taquitoscopio, que es un instrumento utilizado para mostrar a los sujetos experimentales, estímulos ópticos en exposiciones breves, siendo utilizada para el análisis de la publicidad y de los productos o servicios. Hay también el mostrador rápido que consiste en la rápida presentación de un conjunto de objetos y

⁶⁴ LEÓN, J. L. & Olabarría, E. (1991). Op. Cit.

es utilizada para el diseño de productos, envases y etiquetas, etc. Por último hay las medidas psicofisiológicas, que es la relación de los factores fisiológicos con los factores conductuales o psicológicos y es utilizado para evaluar el recuerdo de la publicidad en los sujetos y sus reacciones.

métodos de psicodiagnóstico → en este método se incluyen procedimientos de obtención de información donde se utilizan algún tipo de prueba psicométrica o teste psicológico. Son utilizados generalmente para descubrir rasgos del carácter, orientaciones de interés en consumidores de determinados productos y estructuras de inteligencia en grupos de usuarios o consumidores. El empleo de este método lleva tiempo y debe haber una disponibilidad de los participantes. Los procedimientos de psicodiagnóstico más utilizados son los testes de personalidad, donde se determinan orientaciones de intereses y rasgos de determinados grupos de consumidores ; y testes proyectivos, que son utilizados como estímulo al que se puede asociar una determinada cualidad o conducta que procede del sujeto que realiza la prueba.

métodos centrados en la creatividad → son procedimientos aplicados en reuniones de grupo, donde se crean conceptos de productos nuevos o desconocidos. Hay dos tipos de métodos más conocidos y utilizados centrados en la creatividad, el primer es el *brainstorming* donde se desarrollan la creatividad en reuniones de trabajo libremente, teniendo que haber una asociación de ideas que deben ser explotadas al máximo par que el método funcione adecuadamente. El segundo es el *Espy*, que es considerado una de los métodos más importantes en creatividad, pero tiene un elevado costo. Consiste en facilitar espontáneamente la expresión, actitudes y frenos de un grupo de consumidores, que son aprovechadas en *slogans*, ideas, imágenes publicitarias, mensajes promocionales, etc.

Como las técnicas de encuestas son las más utilizadas, citaremos la que fue realizada con usuarios de la sanidad⁶⁵ sobre la asistencia sanitaria en España. Fueron realizadas 2.142 entrevistas a personas mayores de 15 años y el resultado concluye que la percepción personal de los pacientes sobre la sanidad privada es mejor que la de la pública en cuatro aspectos, que son : accesibilidad de la asistencia, aspectos humanos, calidad de los servicios médicos y calidad de la información al paciente, superando el sector público al privado solamente en la opinión sobre el precio de la sanidad.

⁶⁵ QUINTANILLA, I.. (1991). Op. Cit.

⁶⁶ REAL, J.. (1995). Los Usuarios o los Nuevos Clientes de la Sanidad. Curso UIMP.

Otro ejemplo de resultado de encuesta que podemos citar es la que fue realizada con los usuarios de un hospital donde se analiza la opinión de estos sobre la asistencia prestada en las consultas externas y su centro de especialidades⁶⁷. La encuesta fue realizada en el período de una semana por los funcionarios de la recepción de las consultas externas a los usuarios que llegaban o a sus acompañantes. Fueran repartidos 980 cuestionarios y recogidos apenas 319. En los resultados alcanzados se constata que se han podido identificar importantes problemas de calidad percibida por los usuarios, a saber:

- los funcionarios y los administrativos fueran considerados con una mala información suplementaria ;
- las resultados de las pruebas analíticas realizadas en el centro de especialidad eran repartidas inadecuadamente ;
- fueron detectados malas condiciones estructurales en las consultas externas del centro de especialidades ;
- el tiempo de espera muy prolongado para una próxima visita en las consultas externas de hospital ; y
- demora excesiva en el tiempo de espera para la visita concertada en el hospital.

4.5.6. El Proceso de Compra

En el proceso de compra intervienen varias formas de influencia sobre el consumidor. Podemos citar algunas de ellas, como por ejemplo, la cultura, el grupo con el que convive el consumidor, la propia influencia personal y la familia.

Podemos decir que entre los consumidores hospitalarios, la familia sería de una gran influencia en sus decisiones de “compra”. Esto se da por qué muchas veces la persona es vulnerable y no puede elegir uno u otro sitio para ser atendido.

El proceso de compra se divide en tres modelos : los modelos fenomenológicos, los modelos lógicos y los modelos teóricos⁶⁸.

los modelos fenomenológicos → reproducen todas las etapas mentales y emocionales por las que pasa el comprador a la hora de tomar decisiones, recogiendo los fenómenos reales experimentados por él mismo: **necesidad** ⇔ **posibles soluciones** ⇔ **compra** ⇔ **reacción posterior a la compra**

⁶⁷ BOIX, J.H. Et al. (1995). Análisis de Opinión de los Usuarios sobre la Asistencia Prestada en las Consultas Externas de un Hospital y su Centro de Especialidades : componentes y diferenciais. Revista Gestión Hospitalaria, nº 4, p.32-38.

⁶⁸ VELA, C. & Bocigas, O. (1996). Fundamentos de marketing. Universidad Pontificia Comillas. Madrid.

La ventaja de este modelo es que se puede revelar la existencia de tipos diferentes de consumidor y la importancia que tienen determinados factores para los clientes.

los modelos lógicos → estos modelos comprenden todas las decisiones que debería tomar el consumidor y en el orden lógico en el que debería tomarlas. Ellos pueden suministrar una información útil a la empresa, estableciendo todas las decisiones que debería tomar el consumidor, conociendo en qué aspectos y momentos deberá ayudarle a tomar ciertas decisiones.

los modelos teóricos → estos modelos comprenden verbal y gráficamente las variables más importantes que influyen en la decisión de compra, considerando al comprador como un solucionador de problemas y un procesador de información.

Ante todo debemos concluir que después de todo lo dicho sobre el comportamiento de consumidor aún existe un camino muy largo por recorrer para llegar a alcanzar el conocimiento pleno de la personalidad humana. Las personas son entidades complejas y dinámicas, como el mundo, cuya evolución a veces imperceptible, se desarrolla de una manera constante. En estas condiciones debemos estar atentos y ser especialmente sensibles.

Por este motivo, el consumidor hospitalario merece aún más si cabe, una atención especial, ya que estamos tratando con seres humanos y más específicamente con lo que más se aprecia y valora : la salud. La responsabilidad de los estudiosos de la mercadotecnia, les debe hacer estar más atentos a cualquier los tipos de cambios tanto por lo que se refiere a lo tecnológico o profesional, como también al comportamiento humano.

Con frecuencia, en este campo, resulta muy difícil y trabajoso aplicar estrictamente lo teórico, pero no se puede dejar de intentarlo, sin olvidar a los consumidores en general y de las necesidades preferenciales que éstos nos plantean a nivel humano : cuidar el trato, personalizar la atención y mantener el respeto en la medida en que se pueda con valores que no se deben perder de vista en una sociedad.

4.6. EL MARKETING MIX DIRIGIDO HACIA EL SERVICIO HOSPITALARIO

Para que se establezca un plan de marketing hay que tener una preocupación con cuatro elementos que componen el plan, el cual McCarthy denominó de 4Ps, y lo que se ha venido a llamar de *marketing-mix*, que es “la gama de productos y servicios, con sus

condiciones y precios, en lugares específicos y una comunicación directa personalizada o masiva”⁶⁹.

Los 4Ps son identificados como⁷⁰ : Producto o los servicios que ofrece; Precios; Plaza o lugar donde se prestan esos servicios; y Promoción.

★ *Producto o servicios que ofrece*

Para un hospital, el primero componente del *marketing-mix*, es el servicio que ofrece. Se debe destacar que los servicios ofrecidos en un hospital son muy diversos, con características propias, que hace falta una estrategia de marketing adecuada para cada uno de ellos. Cada servicio tiene su grado de importancia y se debe establecer prioridades. Dependiendo de la filosofía y misión del hospital, se adecuará la importancia del servicio, distinguiendo aquellos que configuran el núcleo del hospital, de aquellos otros que sirven de apoyo, de los que son complementarios.⁷¹ Para que se establezca las debilidades y las fortalezas de cada uno de ellos y para el hospital, debe ser realizada una análisis profundizada de los servicios. Como el servicio en la mayoría de las veces es intangible*, el marketing debe tener una preocupación con que necesita y desea el consumidor y conocer cuales están satisfaciendo el hospital.

★ *Precios*

La política de precios para el mercado sanitario es un poco distinto y no tan transparentes como en los otros mercados. Algunas veces se dice que la sanidad privada es más barata, cuando se pone el ejemplo de los costes de algunos hospitales privados en relación con los hospitales públicos, o de algunas compañías de seguros que venden pólizas al sector público en comparación con el coste de Insalud.

Para que exista esta comparación tenemos que analizar tres puntos importantes⁷². Primero, no se puede comparar una pequeña clínica privada con un hospital público de urgencia, con servicios centrales complejos, con especialidades, con unidades de cuidados intensivos, con diálisis, etc. Segundo, debe ser hecha una comparación de las características de los pacientes atendidos, sus edades y la cronicidad de la enfermedad. El coste de un parto de un joven es mucho menor que de una mujer mayor con problemas oncológicos. Eso porque

⁶⁹ CHIAS, J. (1990). El Mercado Son Personas : el marketing en las empresas de servicios. Madrid : Mcgraw - Hill .

⁷⁰ IRELAND, R.C, in Errasti (1997), op. Cit.

⁷¹ ERRASTI (1997), op. Cit.

* para COBRA , op.cit, el servicio de electricidad por ejemplo es tangible.

el tiempo de permanencia y la cantidad y el costes de los medicamentos de la señora son muchos mayores. Tercero, en el caso de que el personal de una compañía privada comparta su trabajo con otra pública, las retribuciones salariales, como los costes correspondientes de seguridad social son muchos menores.

En España como en Brasil algunos servicios públicos, como en el caso de la sanidad, no se paga una tasa en la hora de recibir el servicio, pareciendo así que el servicio ofrecido es gratuito.

Cuando se trata de compañías de seguros o mutuas⁷³, hay una importancia mayor relación a precio, debido a que a veces los consumidores sanitarios eligen el servicio por el precio y calidad. Y como en el caso privado la competencia es mayor, el coste de la asistencia es un factor tenido en cuenta.

★ *Plaza o lugar donde se prestan esos servicios*

Cuando se piensa en plaza viene en la mente el sitio donde está localizada la empresa, en nuestro caso, el hospital. Para los servicios privados, los hospitales se concentran en lugares de mayor renta, segundo las reglas del mercado. Ya en los servicios públicos, se procura una distribución igualitaria.

Como el local físico, hay otros aspectos a ser analizados. La accesibilidad, el tiempo de demora, la barrera organizativa.

Errasti⁷⁴, muestra el teléfono, como medio de comunicación, una puerta de entrada al hospital y destaca que él no es tan necesario, pero algunos puntos pueden ser importantes para que ocurra una mejora en la atención de los pacientes, como una implantación de línea de llamada gratuita para que los médicos puedan tener facilidades de comunicarse con otros colegas respecto de sus pacientes que necesitan ser trasladados al hospital de su colega. Líneas especiales para servicios de urgencia, etc. Y una fácil localización de los médicos para que si alguno paciente necesite entrar en contacto con su médico para comentar de su tratamiento.

El servicio de Admisión es otro punto a ser citado. Es un servicio donde existe el primero contacto directo con el paciente y debe de ser correcto, es la primera impresión del consumidor con el hospital. Es necesario que sean dada las informaciones que el usuario necesite, para su satisfacción. La “barrera organizativa” es una dificultad para el acceso del

⁷² LAMATA, F. ; Conde, J. ; Martinez, B. & Horno, M. (1994). Marketing Sanitario. Madrid: Diaz de Santos.

⁷³ ERRASTI, F. (1997). op. cit.

⁷⁴ ERRASTI, F. (1997). op. cit.

paciente al servicio completo y la satisfacción de la necesidad planteada. En algunos casos son justificados, pero en otros podrían simplificarse.

★ *Promoción*

En los hospitales privados la promoción puede ser hecha como en las otras empresa, pero, en los hospitales públicos es un poco más complejo, aunque no sea imposible. Se puede hacer promoción con el propio personal, cuando ha cumplido un determinado tiempo de trabajo en la institución o ha realizado una determinada tarea con éxito*. Con los pacientes se puede hacer una cena especial de Nochebuena o regalar un ramo de flores a la madre que acaba de dar a luz. Hay otros tipos de promociones que se hace como : Semana del Tabaco, Semana de Donación de Sangre, etc. Algunos hospitales en España realizan este tipo de promoción entre otros**. En algunos hospitales hay servicios de promoción y marketing que incluyen los estudios de mercado, las encuestas a los pacientes para conocer su grado de satisfacción, la información, el apoyo a los servicios del hospital para su promoción, la relación con los medios de comunicación social, etc..

4.7. EL MARKETING INTERNO

El marketing interno es una parte del marketing que se preocupa con la mejora del desempeño del personal en contacto con los clientes internos (pacientes/usuarios), o sea, “un modelo de intervención que permite a la empresa disponer permanentemente de un capital humano capaz de dinamizar y acompañar su propio desarrollo⁷⁵. El marketing debe tener una preocupación con el profesional que trata directamente, en el caso del hospital, con los pacientes y sus familiares para que poseen un tipo de conocimiento, habilidad, actitud y aptitud con ellos.

En el marketing aplicado al desarrollo de los recursos humanos representa un giro sustancial y progresivo respecto de los supuestos tradicionales de la dirección y gestión de personal.. El objetivo es que el profesional se sienta atraído y tenga un incentivo para continuaren en la institución, ofreciéndoles unos productos-trabajos que valgan la pena comprar.

* como el caso de “cruz azul” del Insalud, insignia de la Fundación Jiménez Díaz.

** Hospital N.ª Señora de Aránzaza (S. Sebastián), Príncipe de Asturias (Madrid), Clínica Universitaria de Navarra, etc..

⁷⁵ QUINTANILLA PARDO, I. (1991) Recursos Humanos y Marketing Interno. Ed. Piramide, Madrid.

El objetivo mayor del marketing interno es la mejora de la organización, los empleados y los servicios que se ofrecen. Pero hay otros objetivos que vamos a listar⁷⁶ :

- Facilitar la contratación del trabajador.
- Atraer y conservar el personal.
- Mantener el nivel de calidad en la prestación de los servicios.
- Alcanzar la efectividad del coste mediante una productividad elevada.
- Profesionalizar y motivar los trabajadores.
- Conseguir que cada miembro del personal esté convencido del producto que debe vender.
- Capacitar a cada trabajador para comunicarse plenamente con el cliente en el proceso producción - consumo.
- Lograr la máxima posibilidad real de alcanzar los objetivos.
- Optimizar la relación coste - beneficio.

Es importante “vender” la empresa, su gestión y sus productos al personal además de informar y motivarlos. No se puede obligar a los empleados que le gusten el trabajo que hacen, hay que convencerlos de esto y venderles el producto interno en todas sus dimensiones (el producto en sí, el precio, la distribución y la comunicación), como oferta global. El empleado se convierte en consumidor o cliente.

Para una posible aplicación del marketing en la política de personal, Quintanilla (1991) establece ciertos principios :

- ✓ El marketing aplicado a política de personal es una filosofía organizacional.
- ✓ Esta “filosofía” se basa en el intercambio social. Entre la organización y sus empleados ; entre los empleados y los empleados ; entre la organización, sus empleados y sus clientes.
- ✓ Es un instrumento basado en el marketing y la psicología del personal cuyo principal objetivo es la mejora de la organización, la satisfacción los empleados y la calidad de los servicios que ofrecen.
- ✓ Los clientes de la empresa son tanto los usuarios como los empleados.
- ✓ Cada empleado es cliente de otro empleado y recíprocamente.
- ✓ El factor humano no es otro de los elementos de la empresa, el factor humano es la empresa.

⁷⁶ Sasser, W. E. ; Normann, R. in Varo, J.. op. cit.

4.7.1. El Marketing Mix del Mercado Interno

El marketing mix fue comentado en el capítulo anterior, pero dirigido hacia el mercado externo. Ahora iremos hablar del mismo marketing mix ; donde Varo define como una combinación de diferentes medios y instrumentos (producto, precio, distribución y comunicación) que dispone una empresa para alcanzar los objetivos fijados ; aplicado al marketing interno, donde la denominación es la misma, aunque el significado es diferente. A seguir vamos a exponer los instrumentos del marketing mix en el mercado interno.

* *Producto*

El producto interno es el trabajo en sí mismo. El puesto de trabajo es considerado como un producto que debe venderse al que lo desempeña. Si el trabajador considera que el puesto de trabajo no le va a proporcionar las satisfacciones a las cuales cree que tiene derecho a percibir, entonces no va a comprarlo. Quintanilla⁷⁷ cita cuatro elementos claves : contenido del trabajo, la valoración de los resultados del trabajo, la relación laboral y el entorno psicosociológico.

Con el fin de mantener un proceso constante de adaptación permanente del puesto (producto) al trabajador (cliente) hay un objetivo de alcanzar la máxima eficacia, sino también obtener información sobre las expectativas del personal.

Hay algunos factores que son determinantes para la motivación del personal y la eficiencia en el trabajo⁷⁸ :

- La variedad de actividades.
- La tarea con identidad propia y constitutiva de un todo.
- La transcendencia o impacto en el entorno.
- El grado de autonomía.
- El grado de información sobre la eficacia del desempeño.

* *Precio*

Es “el esfuerzo que el trabajador está dispuesto a hacer para desarrollar nuevos sistemas de trabajo, o simplemente, un trabajo de ‘mejor calidad’”⁷⁹. El objetivo es incentivar los esfuerzos psicológicos asociados al trabajo bien hecho facilitando los beneficios a través de la percepción sociogrupal, resultados de trabajo y esfuerzo psicológico. Si los beneficios son superiores a los costes (esfuerzo laboral) las personas aceptan el trabajo y desarrollan

⁷⁷ RODRIGUEZ PORRAS, JM. (1991). El Factor Humano en la Empresa. Bilbao.

⁷⁸ Quintanilla Pardo. ; Flipo JP. in Jaime Varo, op. Cit.

⁷⁹ QUINTANILLA PARDO, I. (1991). Recursos Humanos y Marketing Interno. Piramide. Madrid.

motivaciones intrínsecas que mejoran los resultados, caso contrario puede haber una alienación del trabajador y una restricción del rendimiento o mismo la huida del trabajo. La actitud del trabajador depende de la relación coste - beneficio.

✧ *Distribución*

La distribución del producto interno tiene como objetivo desarrollar una estructura dinámica y ágil capaz de incorporar nuevas ideas y sugerencias a través de la flexibilización de las estructuras, el desarrollo de participación de los empleados , los niveles jerárquicos y los grupos de trabajo solapados, la dirección participativa propagada y los principios de la calidad total establecida.

✧ *Comunicación*

La comunicación interna es un elemento clave de la función directiva, en el cual sin ella el marketing interno es imposible. El producto interno debe promocionarse y comunicarse lo más ampliamente posible con el objetivo de dar a conocer los beneficios del producto interno asimilando la calidad imprescindible mediante de la comunicación interna, la publicidad y promoción, y reuniones de trabajo.

Como ya fue dicho, los funcionarios son muy importantes para que se alcance los objetivos establecidos. Dada esta importancia, el capítulo siguiente se ocupará de descorrer sobre los recursos humanos en los hospitales con un enfoque en el marketing y la calidad.

CAPÍTULO 5: LOS RECURSOS HUMANOS EN LA SALUD

CAPÍTULO 5: LOS RECURSOS HUMANOS EN LA SALUD

Actualmente el cambio es la única certeza del futuro próximo en las empresas de todo el mundo. Como el proceso de mudanza es cada vez más rápido y continuo, esto hacen con que los gerentes se actualicen y se reciclen delante de un panorama tan poco alentador. Todos buscan una respuesta o solución para que no se queden atrás de la competencia. ¿Que y cómo hacer? Son algunas preguntas que son hechas por los gestores que tiene una visión holística de la empresa y que buscan una solución a largo plazo para todas estas preguntas.

En el futuro uno de los problemas más grandes que los líderes tendrán que enfrentar es cómo podrán generar el capital intelectual (Warren Bennis)¹, o sea, desarrollar una arquitectura social para motivar a las personas con un potencial estupendo para que trabajen en grupo y desdoble su creatividad.

En el área de salud no es diferente, hay una gran necesidad que el personal tenga una complicidad debido a especificidad del sector y la interdependencia de los departamentos/sectores del hospital, hace falta una fuerte unión para que hayan resultados favorables dentro del objetivo y misión de la institución.

Los recursos humanos en los hospitales son de fundamental importancia, tanto cuantitativamente (materiales siempre más sofisticados con más mano de obra), como cualitativamente y sociológicamente. El contacto directo del personal con los usuarios enseña la importancia de esta relación humana que acarrea consecuencias que pueden ser positivas o negativas en función tanto de la reputación del establecimiento como de la propagación de su imagen ante los consumidores.

La formación del personal de salud es explícitamente necesario, como ya fue dicho anteriormente, el futuro está lleno de sorpresas y riesgos, la competencia será contumaz y los cambios son la única certeza en este camino incierto. Para que una empresa esté preparada para competir con las otras en el futuro se hace necesario, y es de fundamental importancia, una renovación y mejora constante de su cuadro funcional, y esto se da a través de la preparación de sus funcionarios. En el hospital, todo esto se ve de una forma más contundente, pues se trata de una empresa basada en el conocimiento formada por especialistas, donde su trabajo exige una constante disposición de aprendizaje y mejora. El personal con el pasar del tiempo puede adquirir nuevas capacidades, a través de nuevos conocimientos, pero también puede perderlas a través de un proceso de obsolescencia. El

¹ In GIBSON, R. (1997). Preparando el Futuro. Ediciones Gestión 2000, S. A. Barcelona.

propio profesional siente la necesidad de tener la posibilidad de formación, como es el caso de una encuesta con enfermeras de un hospital del País Vasco, donde 67,4% cree que hay una necesidad de cambio en la posibilidad de formación.²

Podríamos decir que el hospital es una organización diferente de las demás y su recursos humanos más todavía, pues hay una multiprofesionalidad y interrelacionalidad, donde cada profesional tiene su importancia. Esta formación profesional debe estar dirigida hacia todos los niveles de funcionarios de un hospital, para que haya una homogeneidad de capacitación profesional, pudiendo así estar preparado para el cambio y la innovación tan constantes en los últimos tiempos.

Errasti afirma que esta formación tiene gran importancia en relación a un hospital, ya que cada enfermo tiene derecho a un trato de calidad y como el trato con distinto es personal estrecho se hace necesario adquirir un estándar en su comportamiento. Si el hospital no tiene esta preocupación, tenderá a destruir poco a poco su capital intelectual y las aptitudes humanas de sus componentes, no pudiendo así competir en igualdad con otros que estén más comprometidos con este factor.

Cuando se habla de formación en salud, generalmente se piensa en la Universidad, quizá porque es una institución por la que pasa, si no la mayoría, por lo menos el personal más en evidencia, desde el punto de vista social, de los que trabajan en los servicios de salud. Pero, es cierto decir, que hay de incluirse también la formación de técnicos auxiliares, donde el proceso de formación se realiza en instituciones no universitarias³.

Tenti⁴ comenta que “mientras quienes desempeñan un oficio deben rendir permanentemente examen de su saber, a los profesionales la sociedad (y la legislación) les confiere o les otorga la confianza a priori del saber que su título legítima”.

Los estudiantes de medicina pueden enfrentar problemas legales de “ejercicio ilegal de la medicina”, pues a veces inmediatamente después de terminar todas las materias, pero antes de la titulación, la mayoría, ya está en los internados. Por otro lado, para muchas legislaciones, al otro día de la titulación se puede efectuar cualquier práctica médica aún que sean algunas que no se halla capacitado para hacerlo.

La aprobación de la Ley General de Sanidad de España, donde se configuró el Sistema Nacional de Salud, todavía carece de un diseño de una política de personal, para que permita optimizar el aprovechamiento de sus propios recursos humanos⁵.

² ERASTI, F. (1997). Principios de Gestión Sanitaria. Diaz de Santos, Madrid.

³ ROVERE, M. A.. (1993). Planificación Estratégica de Recursos Humanos en Salud. Programa de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud. E.U.A : OPS/OMS.

⁴ TENTI FANFANI, E. (1990). Universidad y Sociedad. Buenos Aires.

Para que se garantice un nivel de calidad adecuado en la atención de salud, se ve como uno de los elementos fundamentales la formación continuada de los profesionales sanitarios. Además, los programas de formación continuada no pueden desarrollarse aisladamente en los diferentes niveles del sistema, así se debe haber una interacción de la formación continuada dentro del contexto de la política de recursos humanos de la organización⁶.

A pesar de todo eso, algunos predicadores de un modelo racionalista y ordenador tienen un cierto desconsuelo por la ‘resistencia pasiva’ que los profesionales de salud parecen generar al cumplimiento de normas. Pero, hay uno principio de Flippo (in Rovere, 1993) que dice que cuanto más simples son las tareas que se realizan en la línea de producción, más fácil es concentrar el poder en la cabeza de la organización. Recordamos que existen pocas organizaciones con tareas tan complejas en la línea de producción como los servicios de salud y con profesionales universitarios en la línea de producción, cosa rara en otras organizaciones⁷.

La participación de los funcionarios y su integración en la totalidad de los niveles de actividad resulta de fundamental importancia para llegar a alcanzar una cultura empresarial orientada hacia el mercado. Sin la colaboración de los trabajadores sería prácticamente imposible que se pudiera desarrollar un proyecto en una empresa. Se comentó en el capítulo 4 la importancia de la cultura organizacional como pieza fundamental dentro del proceso de aceptación de la formación profesional dentro del hospital, bien como la importancia de la comunicación interna haciendo un paralelo del marketing interno y los recursos humanos como apoyo.

El aprendizaje en las organizaciones tendrán una énfasis en el apartado sobre las organizaciones inteligentes como la quinta disciplina trazando un paralelo con la formación continuada.

5.1. BREVE HISTÓRICO DE LOS RECURSOS HUMANOS

Para empezar a hablar de los recursos humanos, sería interesante antes comentar sobre la historia de la gestión hospitalaria que es relativamente corta, donde se inició aproximadamente su desarrollo a comienzos de la década de setenta, el cual se ha

⁵ ALENDE MACEIRA, M^a X.. (1997). Situación y expectativas de los Profesionales del Sector Sanitario. Revista de Administración Sanitaria, nº 4, vol. I, oct/diez.

⁶ MARTÍN ZURRO, A.. (1992). La Formación Continuada desde la Perspectiva del Área de Gestión. Revista Gestión Hospitalaria, nº1.

⁷ ROVERE, M. A.. (1993), op. cit.

caracterizado por un proceso de cambio de un sistema cerrado (el mundo hospitalario durante mucho tiempo fue basado en la caridad y la asistencia prevalecía la curación, donde la asistencia era prestada por monjas, diáconos y hermanos laicos) a otro abierto. A comienzos de los años 70 el sistema hospitalario empezó a abrirse más debido a tres razones básicas : se produjo un largo período de fuerte crecimiento económico iniciado a los finales de los años 60 ; hubo una disminución de vocaciones en las congregaciones religiosas, y los avances científicos y tecnológicos estaban en su auge, aumentando considerablemente las posibilidades de curación. En este período los primeros jefes de departamento personal comenzaban a trabajar en los hospitales.

En paralelo, para los recursos humanos, en la década de 1980⁸ aparecen reformas radicales y ruptura con los viejos moldes, pero centradas en la empresa. Es un período más complejo, más individualista y menos misericordioso que los anteriores, quizá por ser los años de alto índice de desempleo.

En el mismo período nacen los Centros de Formación profesional para jóvenes y las Escuelas Técnicas especializadas y el desarrollo de las técnicas son más asequibles para el usuario. Como también : el desarrollo de la informática y de la ofimática, una tendencia a la privatización y reaparece en escena el pequeño accionista. Los Sindicatos luchan por conservar el apoyo de sus afiliados, pues su papel tradicional se ve minado.

En el sector sanitario se mejora el servicio a los enfermos y surgen importantes políticas de reforma, como también grandes reformas educativas, que incluyen : educación continuada, enseñanza a distancia y los estudios abiertos o autocontrolados. Hay una mayor colaboración entre los empresarios, pero poca relación empresarios - gobierno.

En respecto a las crisis y los cambios en la Europa de 1993, Carreras⁹ destaca las principales repercusiones en relación con los recursos humanos donde en aspectos generales hubo una creciente reacción tipo ético, como la reafirmación de valores y que se cobrará más importancia la Cultura Empresarial con la que el personal pueda identificarse. El autor afirma que habrá menos confianza y fidelidad, el trabajador no basará tanto su seguridad en estar empleado sino en ser “empleable” y que habrá un alto grado de movilidad. Para él, el futuro económico en Europa será prometedor en las próximas décadas siendo cada vez más importantes el dominio de idiomas. Habrá una tendencia de las empresas tener mucho interés en mejorar su eficiencia y su jerarquía empresarial tornarse más informal, donde la

⁸ CARRERAS DE NADAL, C.. (1991).La Gestión de Recursos Humanos :1993. Revista Gestión Hospitalaria, nº3.

⁹ CARRERAS de NADAL, C., op. cit.

responsabilidad se llevará a niveles inferiores y se prestará más atención al individuo. A pesar del artículo ser del año 1991, se muestra actual en relación a las perspectivas del futuro próximo, como la flexibilidad de gestión, participación más activa de los sindicatos, etc.

Lograr que la empresa cuente en todo momento con los mejores empleados y que estos aporten lo mejor de sí mismos en orden a su éxito es la última misión de la dirección de recursos humanos¹⁰.

En los hospitales los recursos humanos tienen una importancia tanto en el aspecto cuantitativo, provenientes de las actividades del sector hospitalario que necesitan (materiales siempre más sofisticados con mucha mano de obra); tanto en sus aspectos cualitativos, en respecto al contacto humano directo dentro del tratamiento de los enfermos, como también el papel que el personal del hospital tiene en relación la imagen de la organización¹¹. Además, el personal sanitario, corresponde, entre otras cosas, alrededor del 70 % de su presupuesto de gasto.

En el área de salud, los recursos humanos podrían ser conceptuados inicialmente como “un área de estudio con un campo de objeto de análisis e investigación propio”¹². Hay una distinta perspectiva de análisis sobre el campo de los servicios de salud por ser no sólo un campo de estudio, sino también un campo de sometido a una dinámica de cambio (reproducción/transformación), o sea, los estudios que sobre él se realizan influyen e intervienen directa o indirectamente sobre él.

Medici y Col¹³ dividen en tres subconjuntos el campo de RR. HH. en salud para que se lo comprenda mejor, que son:

- a) Trabajadores por cuenta propia o autónomo.
- b) Los empleados del sector salud en entidades públicas o privadas con finalidad de prestación de servicios de salud.
- c) Los empleados de salud en establecimientos de otra naturaleza (comercio, industria, bancos), o aquellos que teniendo formación práctica específica en salud, trabajan en actividades relacionadas con la misma, fuera del sector.

¹⁰ LLATA, L. J. G.. (1997). Recursos Humanos y Sistema Nacional de Salud: un desafío a la capacidad directiva. Revista de Administración Sanitaria, nº 4, vol. I, oct/diez. [Http://www.dinarte.es/ras/ras4/poli2.htm](http://www.dinarte.es/ras/ras4/poli2.htm).

¹¹ LETEURTRE, Hervé D.. (1993). Hacia una Política Eficaz de los Recursos Humanos en el Área de Salud. Revista Gestión Hospitalaria, nº1.

¹² ROVERE, M. A., op. cit.

¹³ MEDICI, A. et al. (1991) in ROVERE, M. R., op. cit.

No se puede olvidar también los estudiantes de carreras y profesiones, cuya función es desempeñarse en el sector salud, y otro que incluye a personal de salud que no trabaja, pero busca hacerlo.

5.2. EL FACTOR HUMANO

Podemos decir que el factor humano es una pieza fundamental para que haya armonía en cualquier empresa. En un hospital son básicamente importantes las relaciones humanas, tanto entre los propios trabajadores como entre los funcionarios y los pacientes. Y aún más la relación paciente y médico, que es una pieza muy importante dentro del hospital.

Corella¹⁴ define muy bien el gestor, dice que el “es quien facilita la auténtica trascendencia del ser humano por medio de la realización del trabajo”. O sea, el dirigente debe ser el responsable del bienestar de su personal. Una persona produce mejor cuando esta satisfecha con su trabajo, cuando esta motivada para trabajar. En el caso contrario no desarrollará su productividad y le faltaran ideas, no habrá eficiencia, rompiendo así la cadena de calidad.

El autor cita también que en las empresas de servicios de salud, hay una amplia variedad de titulaciones, formación y educación de personas, dispersando mucho el grupo profesional y dificultando así que se pueda producir un clima laboral de conjunto e interrelacionado, que resulte satisfactorio para las necesidades individuales.

Difficilmente los empleados podrán hacer un buen servicio* a los usuarios si no están satisfechos con su trabajo. La calidad y las relaciones humanas están verdaderamente unidas y condicionan las relaciones entre el agente proveedor (trabajador) y el consumidor de los servicios de salud.

En la década de ochenta¹⁵, existían varias formas de conseguir una mayor satisfacción de los funcionarios en el trabajo, a través de una integración e identificación de sus capacidades con los objetivos de la institución. Haciendo que el trabajador tenga una mayor concienciación en relación a su trabajo y consecuentemente mejorando la calidad de asistencia al consumidor.

¹⁴ CORELLA, J. M.. (1996). La Gestión de Servicios de Salud. Diaz de Santos. Madrid.

* La asistencia será de baja calidad, rompiendo la calidad.

¹⁵ ERRASTI, F.. (1997). Principios de Gestión Sanitaria. Diaz de Santos, Madrid.

Según Donabedian¹⁶ la sensación de satisfacción general puede favorecer el mejor desempeño del profesional, que puede venir a través del ambiente y las condiciones de trabajo, de la atención proporcionada por sus colegas, como también de la atención que él mismo provee.

5.3. LA FORMACIÓN EN LA EMPRESA

Como ya se fue comentado, el mundo está cambiando y evolucionando en una gran velocidad y las empresas tienen que acompañar estos cambios para continuar en el recto de la competencia. Es asombrosa esta velocidad de evolución en el área de las ciencias empresariales donde desaparecen y aparecen oficios por un cierto tiempo. Estos cambios producen transformaciones en las profesiones, teniendo como consecuencia mudanzas en los conocimientos, capacidades y actitudes esperadas de los trabajadores, donde tienen que desempeñar funciones diferentes de que venían realizando.

Actualmente, en las organizaciones donde se viven estos sucesos, se observa la necesidad de mano de obra especializada donde capacitar al personal en nuevas técnicas, ideas o formas de actuación es continuamente necesario¹⁷. La tendencia actual es sustituir los puestos - oficio tradicional (centrados en tareas concretas, delimitadas en una especialidad, con conocimientos muy específicos y basadas en manuales de normas y procedimientos) por puestos polivalentes (centrados en una finalidad o misión amplia con distribución de responsabilidades).

Esto hace que disminuya el número de niveles y amplíe el ángulo de control en la estructura organizacional. La reducción de los números de niveles hace que se redefina la división vertical y horizontal del trabajo a causa de la agrupación de las calificaciones tradicionales en las nuevas y más amplias, definiendo, pues una necesidad de formación en la empresa y exigiendo una ampliación de los conocimientos, capacidades y actitudes de los empleados afectados¹⁸.

Olea¹⁹ destaca tres motivos de la formación en la empresa : investigación* ; política de pleno empleo** ; y el efecto de succión de la mano de obra cualificada***. Todos estos motivos

¹⁶ DONABEDIAN, A. (1991). La Calidad de la Atención Médica : definición y métodos de evaluación. México: Ediciones Científicas.

¹⁷ OLEA, I. (1974). La Formación y Selección del Personal. Manuales Prácticos de Gestión de Empresas. Bilbao: Deusto Ediciones.

¹⁸ ALBIZU, Eneka. (1997). Flexibilidad Laboral y los Recursos Humanos. Anil Sociedad Económica. Barcelona.

¹⁹ OLEA, I. (1974) La Formación y Selección del Personal. Manuales Prácticos de Gestión de Empresas. Deusto ediciones. Bilbao.

expuestos y algunos más son de fundamental importancia para que la empresa que desea mantenerse competitiva y rentable tendrá que permanecer cerca a los problemas de formación del personal.

5.3.1 Algunos Conceptos de Formación

Generalmente no se tiene claro la definición de formación, para eso, vamos a exponer algunos conceptos y comentar las diferencias o igualdades de definiciones encontradas en el estudio hecho.

La autora Pilar Pineda²⁰, comenta que hay algunos autores que hablan de formación continua en la empresa cuando se refieren al tema, pero para ella la formación ya es implícitamente continua en una empresa y prefiere “acotar” el termino continuo. Y sigue con algunas definiciones de formación que serian interesantes de enseñar.

- “La formación en la empresa es toda formación profesional (...) dada en los locales de una empresa y a una persona que tiene el estatus de trabajador o de empleado ; puede ser impartida en el puesto de trabajo o fuera del mismo, o combinar estos dos tipos de formación.”²¹

- “Formación en la empresa puede definirse como el proceso que pretende eliminar las diferencias existentes entre aquello que un empleado puede ofrecer a partir de sus habilidades, experiencias y aptitudes acumuladas, y aquello que es exigido por el lugar de trabajo que ocupa.”²²

Con estas dos definiciones podemos ver que la primera trata la formación de una forma más al nivel de empresa, de contrapunto la segunda muestra una formación más centrada en el individuo trabajador.

Podemos también observar en las definiciones que presentamos a seguir, que hay una preocupación con el individuo y sus conocimientos, técnicas y actitudes, pero dirigido a una mejora en el ámbito laboral y con la intención de desarrollar más conocimiento para haber una armonía en el entorno del trabajo.

* Según Jacques Servan-Schreiber in Olea (1974) “el nivel de vida de los pueblos depende y dependerá fundamentalmente de su capacidad de investigación y innovación”.

** La nueva cifra del paro laboral corresponde necesariamente una mayor actividad de las empresas en cuanto a formación del personal.

*** Los países más avanzados tecnológicamente, las empresas más avanzadas provocan sobre sí una atracción de los trabajadores más preparados.

²⁰ PINEDA, Pilar.. (1995). Auditoría de la Formación. Ediciones Gestión 2000. Barcelona.

²¹VIET et al. In PINEDA (1995).

²² EDWARDS & others. In PINEDA (1995).

- “Formación es un esfuerzo sistemático y planificado para modificar o desarrollar el conocimiento, las técnicas y las actitudes a través de la experiencia de aprendizaje y conseguir la actuación adecuada en una actividad o rango de actividades. Su propósito en el mundo de trabajo es capacitar a un individuo para que pueda realizar convenientemente una tarea o trabajo dados.”²³
- “La formación a la empresa es definida como la adquisición sistemática de habilidades, normas, conceptos y/o actitudes que conducen a una mejora de ejecución en el contexto laboral.”²⁴
- “La formación se define como una metodología sistemática y planificada, destinada a mejorar las competencias técnicas y profesionales de las personas en el trabajo, a enriquecer sus conocimientos, a desarrollar sus actitudes y a la mejora de sus capacidades.”²⁵

Para que se diferencie la educación o formación en general, en la empresa se ha cualificado la formación como profesional (FP). La FP tenía una visión más especializada en las empresas tradicionales, centrada en mejorar la relación entre las características y condiciones de la persona y los requerimientos del puesto de trabajo.

Con el pasar del tiempo el concepto ha ido añadiendo nociones de polivalencia, de desarrollo de potencialidades o de adiestramiento en técnicas u orientaciones de aplicación general, debilitándose así la conexión entre el trabajador y unas capacidades profesionales especializadas propias de un trabajo concreto y limitados. Actualmente se engloba en la noción de FP en la empresa todo el proceso de transferencia de conocimientos y de habilidades y de modificación de actitudes que mejoren la competitividad de la empresa y la calificación profesional de sus trabajadores.²⁶

Generalmente se hace una confusión delante del concepto de educación y formación, a seguir tenemos dos definiciones de educación casi idénticas citadas por autores distintos.

“Educación es un proceso orientado a mejorar la capacidad de la persona para asimilar y desarrollar conocimientos, técnicas y valores. La educación es ‘mas general que específica’, y se dirige a la base de lo que se ha venido en llamar ‘capital humano’.”²⁷

²³ BUCKLEY, R. & Caple, Jim.. (1991). La Formación : teoría y practica. Diaz de Santos. Madrid.

²⁴ GOLDSTEIN in PINEDA (1994).

²⁵ SOLÉ PARRELLADA, Francesc & Mirabet Vallhonestá, Maria. (1994). Cómo Confeccionar un Plan de Formación en una Empresa. Hogar del Libro, S. A. Cataluña.

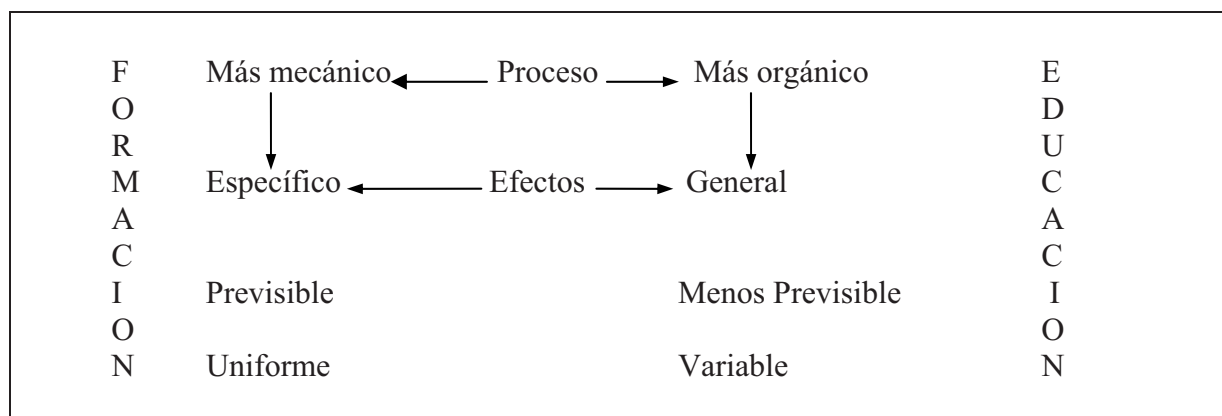
²⁶ FERNANANDEZ CAVEDA, A.. (1997). Manual del Director de Recursos Humanos. Bilbao: Editorial CISS, S. A...

²⁷ SOLÉ PARRELLADA, Francesc & Mirabet Vallhonestá, Maria. Op. cit..

“Educación es un proceso y una serie de actividades orientados a capacitar a un individuo para asimilar y desarrollar conocimiento, técnicas, valores y comprensión, factores que se relacionan no sólo con un campo de actividad reducido sino que permiten definir, analizar y solucionar una amplia gama de problemas.”²⁸

Pero, lo que se observa es que hay unas distinciones entre educación y formación expresadas en términos de procesos y efectos como se puede observar en el cuadro 5.3.1.1..

Cuadro 5.3.1.1.: Distinciones entre Educación y Formación



Fuente : BUCKLEY ; R. & Caple, J. (1991). La Formación : teoría y practica. Diaz de Santos. Madrid.

Para mejor comprender el cuadro anterior vamos enseñar las opiniones que exponen Kenny y Reid (in Buckley, 1991) en relación a las distinciones de formación y educación, donde consideran : el proceso (mecánico y orgánico), la orientación (individuo y trabajo), el método, el contenido (uniforme y variable) y el grado de precisión (especifico y general).

Segundo los autores, la formación está más dirigida al trabajo que la persona y implica en la adquisición de conductas, ideas, hechos, etc., con respecto a su precisión se define mejor en un contexto de trabajo específico. Y como la educación está más orientada a la persona hay una precisión más general y en consecuencia el proceso es más orgánico, el cambio en el individuo es menos previsible. Por otro lado, la formación es previsible, por tener un proceso más mecánico, o sea, que hace hincapié en respuestas uniformes y previsible a una instrucción y una orientación normalizadas, reforzadas mediante la practica y la repetición. Respecto al contenido, la formación es más uniforme dentro de los límites marcados por las diferencias individuales, pues el aprendizaje son específicas las conductas. Por otro lado, la

²⁸ BUCKLEY, R. & Caple, Jim.. (1991). La Formación : teoría y practica. Diaz de Santos. Madrid.

educación “se dedica a aumentar la variedad de diferencias individuales enseñando de tal forma que cada individuo se comporta de una manera particular”.

El educar y el formar no se contradicen, al revés se complementan. No hay educación sin retención de conocimientos, por otro lado hace falta una aplicación más o menos directa de la formación para que se pierda gran parte de su eficacia y el resultado del esfuerzo desarrollado y de los recursos empleados en la acción formativa no se acabe con el tiempo. Según M. Porter, “la educación no es solamente una necesidad social, sino también una necesidad económica”²⁹.

Por otro lado no podemos olvidar las otras definiciones afines que también hacen parte del contexto de formación como el aprendizaje y el desarrollo. Podemos definir el aprendizaje y el desarrollo con los siguientes conceptos dados por Buckley³⁰.

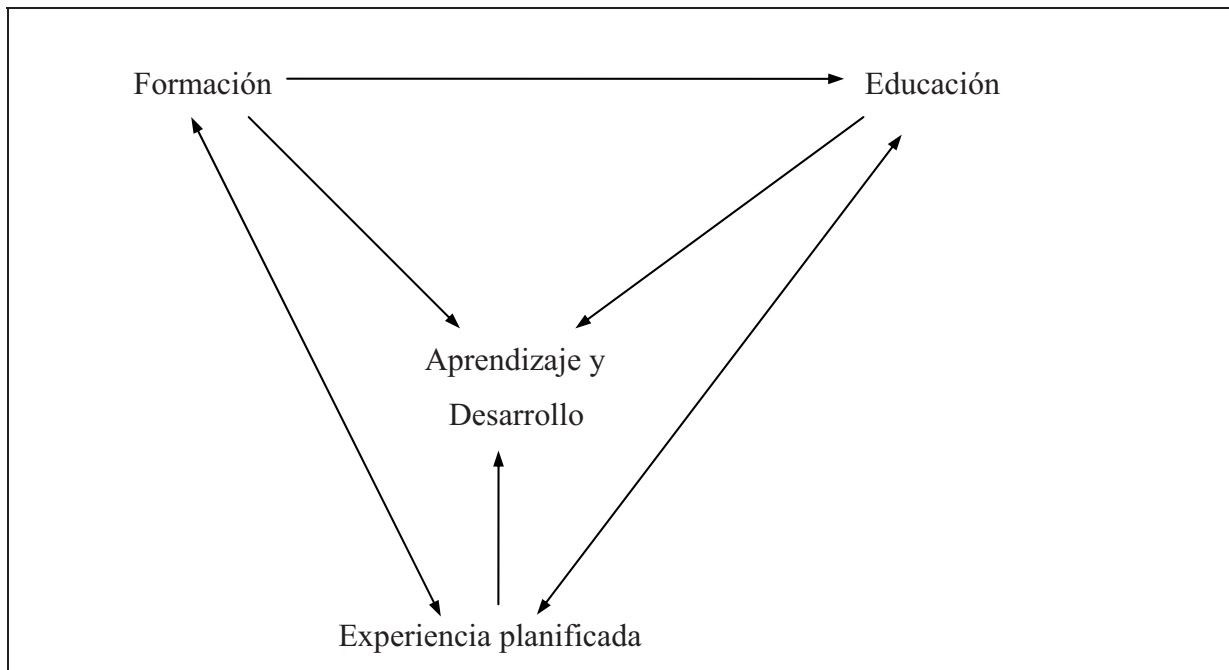
“Aprendizaje es el proceso por el que los individuos adquieren conocimiento, técnicas y actitudes a través de la experiencia, la reflexión, el estudio o la instrucción.”

“Desarrollo es el incremento general y la intensificación de las técnicas y capacidades de un individuo a través de la aprendizaje consciente e inconsciente.”

Como podemos observar en la figura 5.3.1.1., la formación, la educación y la experiencia planificada son interdependientes y contribuyen potencialmente con el desarrollo y con el aprendizaje. La experiencia planificada integra y actúa de catalizador entre las técnicas, las ideas, habilidades adquiridas por medio de la formación y la educación.

²⁹ PORTER in SOLÉ PARELLADA, F. & Mirabet Vallhonestà, M. Op. cit.

Figura 5.3.1.1: *La Formación, la Educación y la Experiencia Planificada*



Fuente : BUCLEY ; R. & Caple, J.. (1991). La Formación : teoría y practica. Diaz de Santos. Madrid.

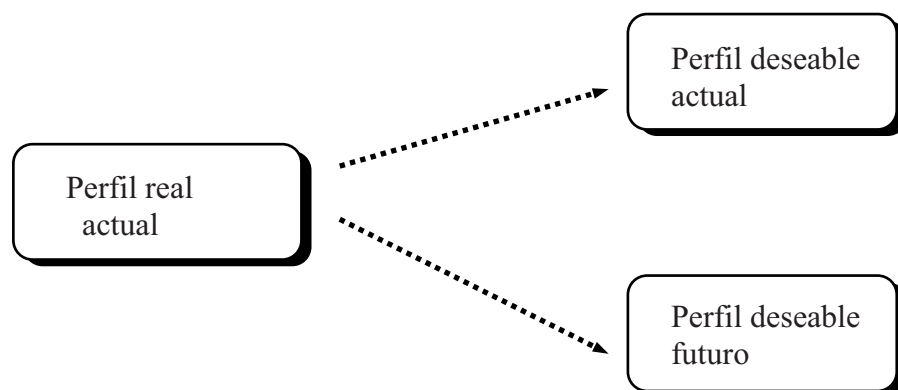
5.3.2. Objetivos y Necesidades en la Formación

La formación para que obtenga resultados debe estar planteada en un plan general de formación. Un plan empieza con la definición de las necesidades de formación en la empresa. Pero la “necesidad no existe en si misma, sino que se define siempre por la desviación entre un perfil deseable y un perfil real”³¹. Los dos perfiles se refieren a los conocimientos, capacidades y actitudes, la diferencia que hay entre un y otro es que el primero los utiliza como necesarios para resolver un problema de polivalencia o de disfuncionamientos que se producen en la actualidad (los índices de absentismo, la rotación, los bajos niveles de motivación, los índices de accidentabilidad laboral, etc.), mientras que el segundo, el perfil deseable futuro los necesitarán en un futuro más o menos próximo teniendo en cuenta la evolución previsible de los contenidos de los empleos, los proyectos de inversión, de organización, de desarrollo comercial, etc., que se realizarán (el cambio de la estrategia de la empresa, el lanzamiento de nuevos productos y servicios, etc.). Se ilustra bien en la figura 5.3.2.1.:

³⁰ BUCLEY, R. & Caple, J.. op. cit..

³¹ ALBIZU, E. op. cit..

Figura 5.3.2.1: *Detección de las Necesidades de Formación.*



.....> *necesidades de formación*

Fuente : ALBIZU, Eneka. (1997). Flexibilidad Laboral y los Recursos Humanos. Anil Sociedad Económica. Barcelona.

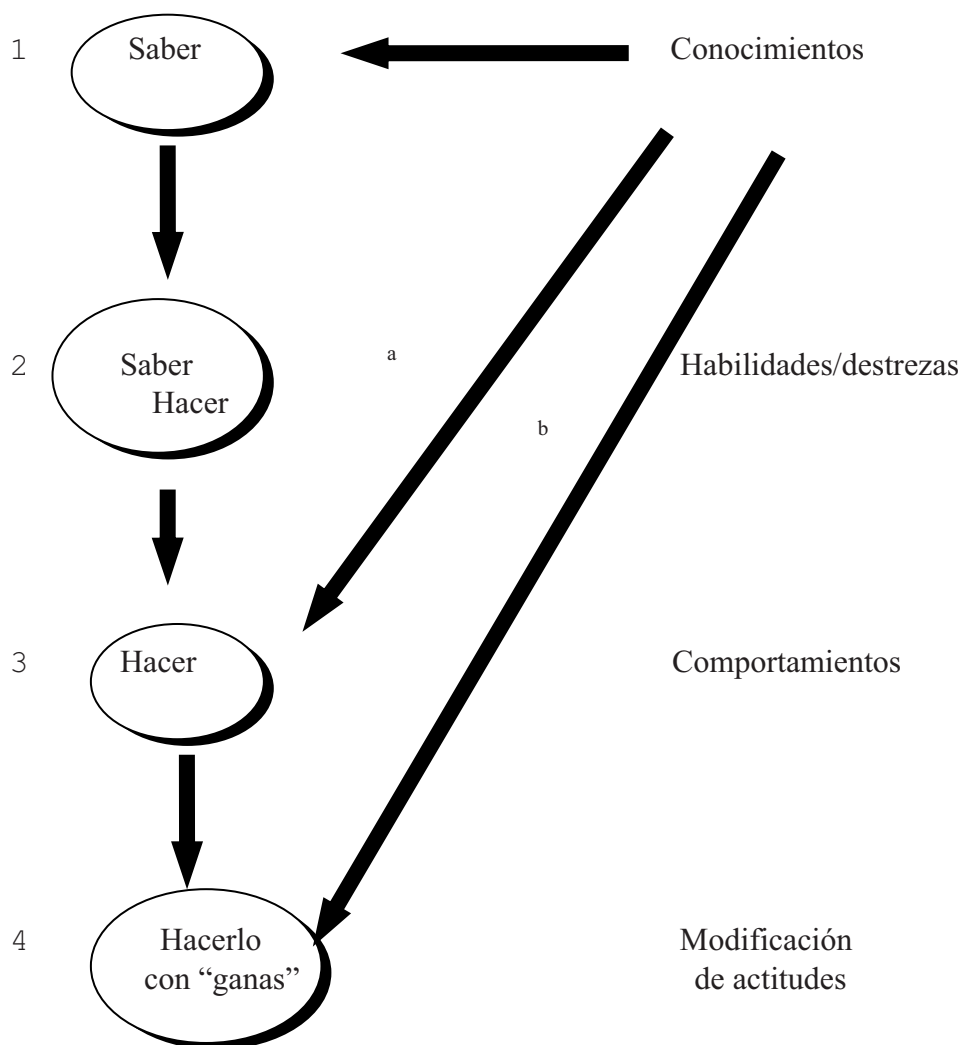
Después de detectadas las necesidades de formación, se pasan a formular los objetivos de formación que se pretende alcanzar. A seguir vamos a exponer algunos objetivos generales de empresas.

Olea³² resume en tres los objetivos de la formación, o sea, los conocimientos, aptitudes y actitudes. El primero es el saber, el segundo es el poder y el tercero es el querer del funcionario.

Se puede percibir un aprendizaje en el trabajador cuando él manifiesta un comportamiento distinto después de pasar por un proceso de desarrollo de sus habilidades, destrezas y aptitudes a través de la necesidad de adquirir conocimientos. Sólo se aprende cuando aparece un comportamiento nuevo. Para eso existen cuatro etapas (figura 5.3.2.2.) que el individuo pasa para llegar hasta el aprendizaje: el saber (conocimientos), el saber hacer (habilidades/destrezas), el hacer (comportamientos) y el hacerlo con ganas (modificación de actitudes). Pero, se existe una motivación fuerte, la persona puede pasar del saber directo para el hacer, además se hay una motivación muy fuerte, se puede pasar con tranquilidad del saber para el saber con ganas. Acelerando así el proceso de aprendizaje³³.

³² OLEA, I. op. cit.

Figura 5.3.2.2: Las Cuatro Etapas del Proceso de Aprendizaje



Fonte: OLEA, Ismael. (1974). La Formación y Selección del Personal. Manuales Prácticos de Gestión de Empresas. Deusto ediciones, Bilbao.

Básicamente el objetivo de la formación en la empresa es intentar que todos los puestos de trabajo (a todos los niveles) de la misma, estén ocupados por personas que tengan las aptitudes, conocimientos y motivaciones indispensables para realizar las tareas propias de cada puesto³⁴.

³³ BARREDA MARTINEZ, R. (1995). Aprendizaje: la función de educación en la empresa moderna. CONORG. Madrid.

^a motivación fuerte

^b motivación muy fuerte

³⁴ CASTANYER FIGUERAS, F.. La Formación Permanente en la Empresa. Marcombo ed. Barcelona, 1988.

De una manera general el objetivo de la formación es mejorar la competitividad de la empresa por medio de la mejora de calificación profesional de sus trabajadores.³⁵ La formación como trayectoria profesional puede ser citada de una forma tripartida :

- Formación para el comienzo del desempeño profesional (nueva situación de trabajo).
- Formación para el mantenimiento (perfeccionamiento profesional).
- Formación para el cambio.

Sarramona³⁶ coloca como objetivos generales la formación en la empresa de la siguiente manera:

- Habilitar de forma progresiva para realizar tareas de mayor preparación y responsabilidad.
- Actualizar los conocimientos y habilidades que permitan afrontar los avances producidos en el entorno laboral (tecnología, cambios de procedimientos, etc.).
- Hacer de la formación una fuente de satisfacción profesional y de mejora personal, a la vez que se cubren las necesidades de los puestos de trabajo.

Para Albizu³⁷, los principales objetivos de la formación son :

- a) Mejorar la competitividad de la organización por el desarrollo de su potencial técnico y la adecuación de los saberes de sus trabajadores a lo exigido por los puestos, tanto en la actualidad como en el futuro.
- b) Posibilitar la flexibilidad laboral interna.
- c) Garantizar o desarrollar las competencias de aquellos trabajadores contratados, trasladados o promocionados, asegurando la permanencia del personal valioso.
- d) Consecuentemente, mejorar la calidad del trabajo y reducir los costes en muchas áreas de la empresa.
- e) Preparar al personal para la introducción de las innovaciones y cambios, que se van a producir cada vez con mayor frecuencia debido a la creciente contingencia del entorno.
- f) Motivar a los trabajadores por el proyecto empresarial. La formación contribuye a que el personal se identifique con los objetivos de la organización.
- g) Mejorar las relaciones interpersonales y la comunicación en el seno de la empresa.

³⁵ Fernandez Caveda, A.. Op. cit.

³⁶ SARRAMONA in Pineda, P. op. cit.

³⁷ Albizu, E.. op. cit.

Ya los autores Harper & Lynch³⁸ destacan con respecto a los objetivos perseguidos con la formación, los objetivos siguientes :

1. Homogeneizar las pautas de comportamiento y actuación profesional, dotando a todos los miembros de la organización de la necesaria cultura común.
2. Establecer un canal efectivo de comunicación en el seno de las organizaciones empresariales.
3. Desarrollar sistemas específicos de motivación dirigidos a estimular la productividad general del personal de la empresa.
4. Apoyar técnicamente la promoción interna.
5. Desarrollar potenciales, facultades, aptitudes y características, en suma : incrementar las posibilidades del equipo humano.
6. Instrumentalizar el sistema de perfeccionamiento de los distintos niveles profesionales, con el fin de adaptarlo a las actuales necesidades.
7. Potenciar la relación humana y determinar una serie de pautas comunes de acción.

Hay casos en que la formación no debe ser utilizadas, pues puede ser un gran error para la empresa. Entre de algunos podemos citar cinco³⁹ :

- En los procesos de selección, como instrumento filtrador, excepto en los casos que para ocuparse el cargo sea necesario la obtención del título o la capacitación profesional.
- Como forma de discriminación a determinados grupos sociales o profesionales o a personas de determinadas a quienes de antemano se dificulta el acceso a los planes de formación.
- Como forma de justificar el retraso en asignación de funciones con el pretexto de necesidades de formación pendientes.
- Cuando se hace una relación directa entre formación y empleo o promoción.
- Como forma de doctrina en relación a ideas o creencias partidarias o monoculturales que no respeten la libertad y la diferencia personal.

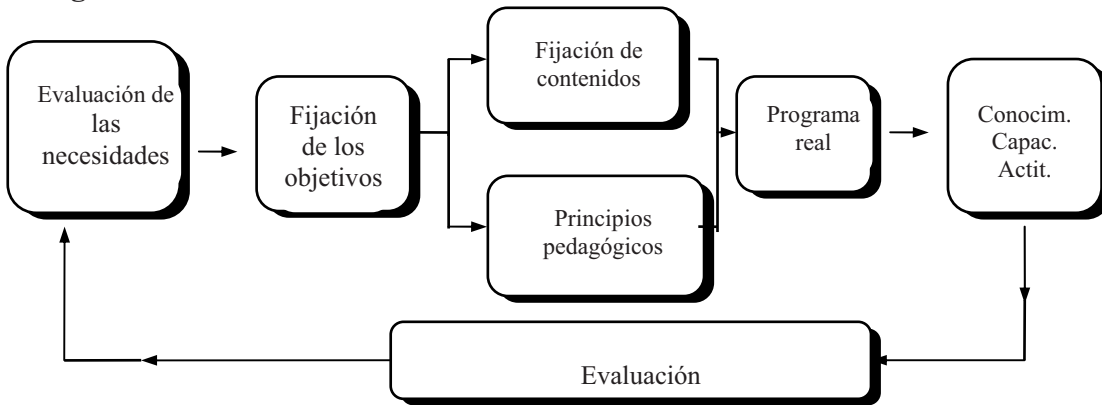
Podemos decir que el la actuación de la empresa respecto de la formación no acaba con la detección de las necesidades y fijación de los objetivo, se debe también evaluar la actividad de la formación tanto a nivel de impactos sobre los parámetros de explotación afectados por problemas generados a consecuencia de los déficit de formación, como de la

³⁸ In CORTÉS CLAVER, E. ; Gascó Gascó, J. L. & Llopis Taverner, J. (1996). Los Recursos Humanos en la Empresa : un enfoque directivo. 2ª ed. Editorial Civitas. Madrid.

³⁹ Fernandez Caveda, A.. Op. cit.

propia formación impartida para que se pueda confirmar que la detección de las necesidades se ajustan a la realidad y los objetivos están correctamente fijados. Como demuestra la figura 5.3.2.3..

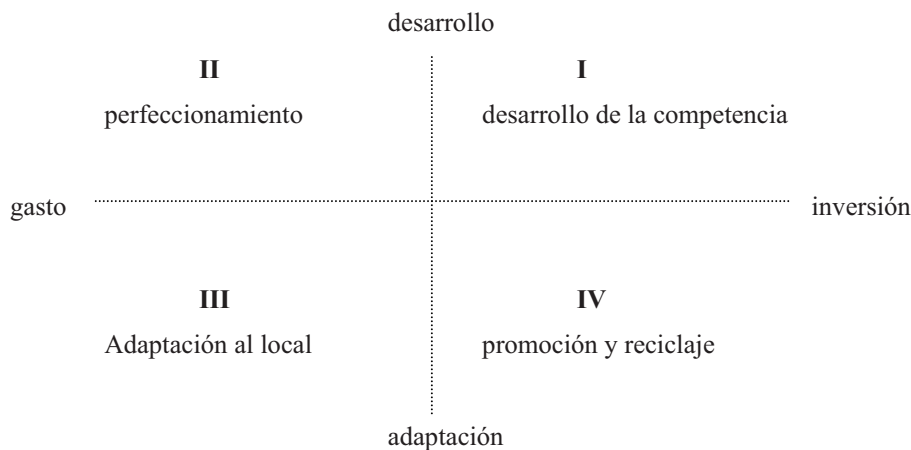
Figura 5.3.2.3.: Evaluación de las Necesidades



Fuente : ALBIZU, Eneka. Flexibilidad Laboral y los Recursos Humanos. Anil Sociedad Económica. Barcelona, 1997.

Podríamos aún citar algunos paradigmas de la formación (gráfico 5.3.2.1.), desde la perspectiva de desarrollo, gasto, adaptación y inversión.

Gráfico 5.3.2.1: Paradigmas de la Formación



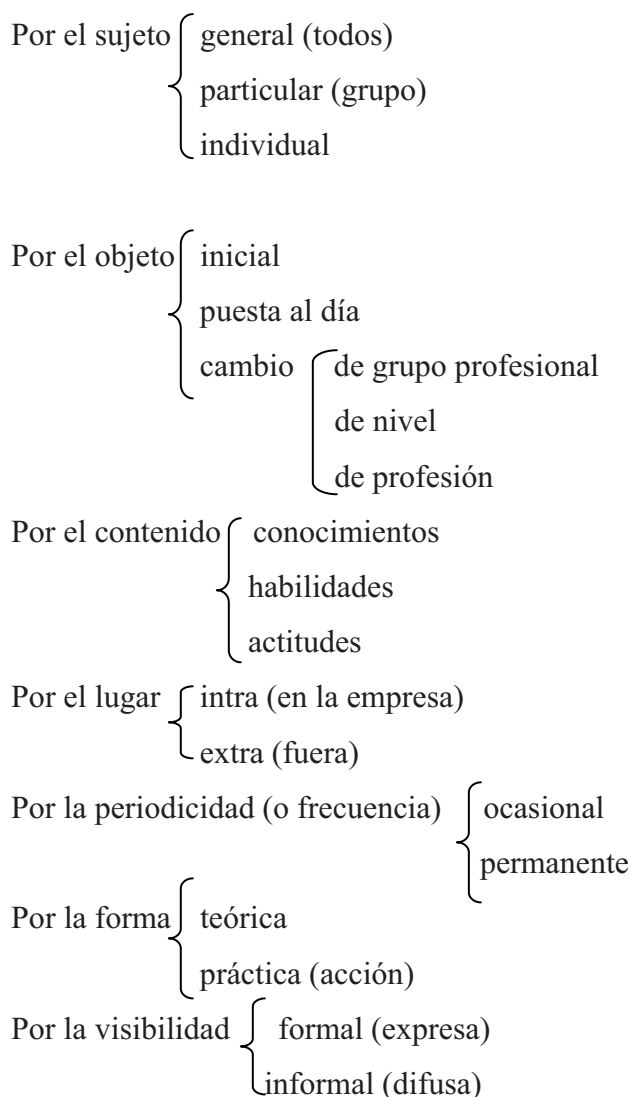
Fuente : PINEDA, Pilar. (1994). La Formació a L’Empresa : planificació i avaluació. Ediciones CEAC. Barcelona.

El paradigma I está entre el desarrollo y la inversión, o sea, se realiza en función de los recursos personales de desarrollo empresarial (formación de expertos, de la innovación, etc.). Ya en el II que se encuentra entre el desarrollo y el gasto, la formación es vista como un

incremento de capital humano de los trabajadores. En relación a la adaptación al local de trabajo (III), que se localiza entre el gasto y la adaptación, se nota la formación con acciones específicas para un determinado local de trabajo, para la introducción de una nueva técnica. Y finalmente el IV, que se queda entre la adaptación y la inversión, la promoción y reciclaje. Es la formación como una inversión para la adaptación, como la formación paralela a una carrera de promoción profesional, y de la formación en situaciones de recambio.

Con relación a los tipos de Formación podríamos resumir sencillamente, a título de ilustración en el gráfico 5.3.2.2.

Gráfico 5.3.2.2: Tipos de Formación



5.3.3. Marco Legal

En la Formación Profesional (F.P.) hay algunos conceptos básicos que en el esquema legal vigente se diferencian en la siguiente forma⁴⁰ :

- FP **reglada** → rama del sistema educativo general a cargo del Ministerio de Educación y Cultura.
- FP **ocupacional** → o formación con vistas a la recolocación o a la mejora de las posibilidades de colocación de los desempleados, a cargo del INEM (Ministerio del Trabajo y Asuntos Sociales) y que se desarrolla en el Plan Nacional de Formación e Inserción Profesional.
- FP **continua** (o permanente) → dirigida a los trabajadores ocupados y desarrollada por la empresa. Su ámbito coincide por tanto con el propio de este trabajo.

El derecho a la promoción y formación profesional en el trabajo y el deber correlativo de los poderes públicos de fomentar una política que garantice la formación y la readaptación profesionales están insertados en la Constitución y son desarrollados en el Estatuto de los Trabajadores Españoles. Todo eso se hace real a través de⁴¹ :

- La conservación de la formación profesional adquirida y de la promoción profesional potencial en situaciones de movilidad funcional.
- El derecho a permisos especiales y la adaptación de la jornada y la preferencia para elegir turno para realizar estudios, seguir cursos y realizar exámenes de FP.
- La existencia de dos modalidades especiales de contratos formativos (prácticas y aprendizaje).
- La intervención de la representación legal de los trabajadores tanto en los planes de FP como en la utilización de los contratos formativos.

En países como Estados Unidos, Francia y Japón, hay una atención, en términos económicos absolutos, dirigida hacia la formación en las empresas privadas y en la Administración, con el objetivo de conseguir para sus trabajadores las cualificaciones que necesitan. Por otro lado, en España, la formación no recibe la misma atención en relación a los citados países. “La media de la inversión privada en formación de sus empleados asciende al 0,2% de la masa salarial, mientras que la media comunitaria está cifrada en torno de 1,5%”.

⁴⁰ Fernanandez Caveda, A.. op cit.

⁴¹ Fernanandez Caveda, A.. Op. cit.

Por contra, se invierte muchos mas en el sector público, el gasto privado en formación es seis veces inferior al público, donde de las 75.000 ptas./persona dedicadas a la educación y formación en España, 64.200 ptas., o sea, 85%, proviene del gasto público, y el restante tienen un origen privado.

El marco de ayudas para la Formación Continua se establece a partir del Acuerdo Nacional sobre Formación Continua (ANFC), hecho en el día diecinueve de diciembre de 1996 que se encuentra en vigor desde 1 de enero de 1997 al 31 de diciembre de 2000, como también el Acuerdo tripartito, como en el ANFC, entre las representaciones sindicales y empresariales más significativas de ámbito estatal (CEOE, CEPYME, UGT y CC.OO), que como consecuencia, se creó la Fundación para la Formación Continua (FORCEM), organismo encargado de incitar la formación de los empleados en las empresas y que es de la misma vigencia. Las directrices de la Resolución del Consejo de las CC.EE. (5/06/89) señaló algunos fines como la adaptación permanente a la evolución, promoción social y prevención ; estableciendo como objetivos la promoción personal y profesional, la mejora de la competitividad empresarial, la adaptación al cambio y desarrollo de nuevas actividades. Todo eso oriundo de que se constató que había una falta de conocimientos básicos y los cambios organizativos, tecnológicos y estructurales eran intensos cada vez más⁴².

La fundación gestiona paritariamente los recursos provenientes del Fondo Social Europeo y parte de los recursos de la cuota de formación profesional detrída de los pagos realizados a la Seguridad Social, que a partir de estos acuerdos empezaron a dedicarse específicamente a la formación continua, donde en el año de 1996 consiguieron un montante superior a los 70.000 millones de pesetas y 20% de la población activa acogieron a los planes de formación. La FORCEM beneficia aquellas empresas que desarrollen acciones formativas dentro de las condiciones estipuladas (planes de empresas, agrupados o intersectoriales) y a los trabajadores ocupados mediante los permisos individuales de formación, excepto los trabajadores de Administración pública.

Los planes que tienen prioridad, total o parcial de serien beneficiados por la fundación son los que⁴³ :

- # Estén incluidos en un plan estratégico en materia de RR.HH. de la empresa o sector.
- # Estén dirigidos a la mejora de la competitividad* y del empleo.

⁴² Fernanandez Caveda, A.. Op. cit.

⁴³ ALBIZU, E.. op. cit.

* “las competencias son el conjunto de conocimientos, técnicas, aptitudes y destrezas directamente útiles y aplicables en el contexto particular de un puesto o situación de trabajo. La competencia materializa las capacidades que posee la persona” in ALBIZU, E.. op. cit

Signifiquen la incorporación de acciones formativas en las áreas definidas en los programas comunitarios.

Incluyan la participación de las mujeres en las acciones de formación, en relación a la plantilla total.

Incluyan la participación de los trabajadores mayores de 45 años, en proporción, también, a la plantilla.

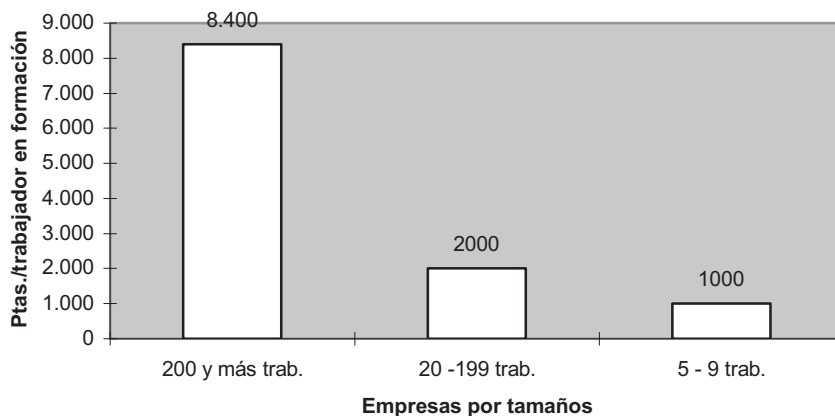
Incorporen trabajadores no cualificados en su función, en proporción a la plantilla de las empresas.

Estén destinados a la mejora de la gestión, especialmente de las PYME.

Estén dirigidos a la formación de empresas de 250 o menos trabajadores de plantilla, y consideren especialmente a las empresas de 25 o menos trabajadores.

Estén destinados a corregir posibles desequilibrios entre la oferta y la demanda de cualificaciones^{**}, en el ámbito territorial y sectorial correspondiente.

Gráfico 5.3.3.1: Gasto (ptas.) por trabajador en función del tamaño empresarial (media nacional) en 1996.



Podemos observar en el gráfico 5.3.3.1., que la inversión mayor está más localizada en las empresas más grandes en relación al año de 1996 en España.

^{**} “cualificación es todo aquello que capacita a una persona para desarrollar una profesión.” In ALBIZU, E.. op. cit

5.4. LA ORGANIZACIÓN INTELIGENTE Y LA FORMACIÓN CONTINUADA

Por todo que hemos visto con relación a la formación, creemos que es importante relacionarla con la organización inteligente. En cuanto la formación trata de una forma desarrollar los conocimientos y actitudes del trabajador dirigido a la empresa en si, en la organización inteligente se habla del aprendizaje continuo hacia el propio trabajador para su propio desarrollo individual con el propósito más global.

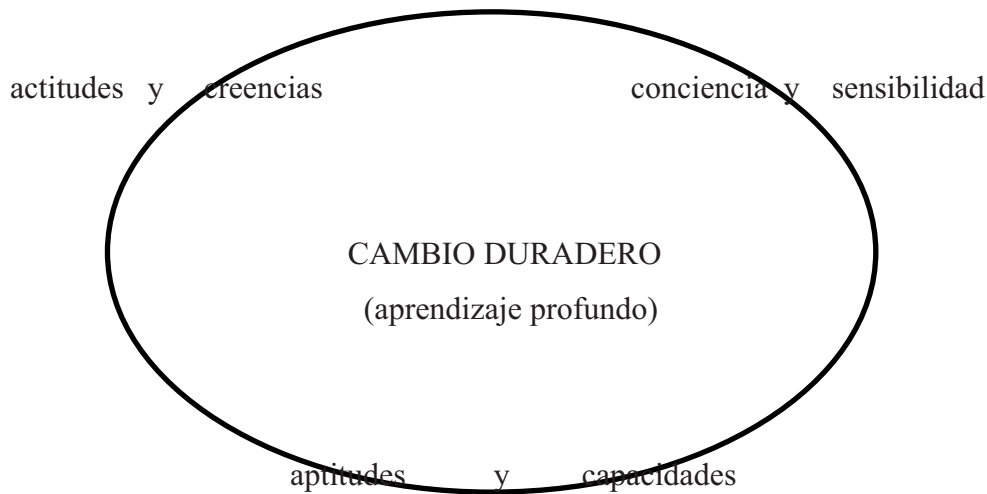
Para que podamos comprender mejor, vamos explicar un poco de las cinco disciplinas de aprendizaje que constituyen los programas permanentes de estudio y practica de esta organización inteligente que son: dominio personal, modelos mentales, visión compartida, aprendizaje en equipo y pensamiento sistémico⁴⁵.

- ✧ Dominio personal - técnica donde se aprende a expandir la capacidad personal para que se pueda crear los resultados deseados. Crea también un entorno empresarial que alienta a todos sus integrantes a desarrollarse en dirección a las metas y propósitos que escogen.
- ✧ Modelos mentales - se aprende a reflexionar, aclarar continuamente y mejorar la imagen interna del mundo, observándose como se modela los actos y decisiones.
- ✧ Visión compartida - se elabora un sentido de compromiso grupal acerca del futuro que se quiere crear, y los principios y lineamientos con los cuales se espera lograr.
- ✧ Aprendizaje en equipo - son las transformaciones de las aptitudes colectivas para el pensamiento y la comunicación, de modo que los grupos de personas puedan desarrollar una inteligencia y una capacidad mayor que la equivalente a la suma del talento individual de sus miembros.
- ✧ Pensamiento sistémico - una manera de analizar (una lenguaje para describir y comprender) las fuerzas y interrelaciones que modelan el comportamiento de los sistemas.

El desarrollo de nuevas aptitudes y nuevas perspectivas mentales (individuales o colectivas) enseñase el ciclo de aprendizaje profundo (figura 5.4.1.), que es la esencia de la organización inteligente. Para que se pueda activar este ciclo son necesarias la cinco disciplinas, ya comentadas anteriormente. Funcionando este ciclo, los cambios resultantes son profundos y duraderos, pero hace falta un compromiso sostenido con estas disciplinas.

⁴⁵ SENGE, P.. (1995). La Quinta Disciplina en la Práctica : estrategia y herramientas para construir la organización abierta al aprendizaje. Barcelona: Ediciones Granica..

Figura 5.4.1.: Ciclo de Aprendizaje Profundo



Fuente: SENGE, P.. (1995). *La Quinta Disciplina en la Práctica : estrategia y herramientas para construir la organización abierta al aprendizaje*. Ediciones Granica. Barcelona.

Cuando se nota que se puede hacer cosas que no se podía hacer antes es la señal que el ciclo de aprendizaje existe y es genuino, ocurriendo manifestaciones de nuevas aptitudes.

Senge clasifica en tres grupos las aptitudes que caracterizan la O. I. :

- Aspiración : los individuos, equipos y organizaciones son capacitados para orientarse hacia sus auténticos intereses, no cambian sólo porque necesitan, pero porque lo desean. Esta aptitud esta desarrollada en las disciplinas ‘dominio’ personal y ‘visión compartida’
- Reflexión y conversación : Son capacitados a reflexionar sobre premisas profundas y pautas de conducta, tanto a nivel individual como colectivo. Esta aptitud esta desarrollada en las disciplinas ‘modelos mentales’ y ‘el aprendizaje en equipo’.
- Conceptualización : la capacidad de ver los sistemas y fuerzas que están en juego. Lo que parecía para el individuo una cosa sencilla, se queda más complejo desde el punto de vista de otras personas. La elaboración de descripciones coherentes de una totalidad requiere aptitudes conceptuales que no se encuentran en las organizaciones tradicionales. El pensamiento sistémico y los modelos mentales ayudan a desarrollar esta aptitud.

Estas aptitudes conducen a un cambio profundo, inevitable y a una nueva conciencia porque modifican el modo de pensar e interactuar. Por consecuencia de todo eso, las personas tiene una nueva conciencia y una mayor sensibilidad en la manera de ver las cosas.

Según Steib⁴⁶ las organizaciones inteligentes ('learning organization') son "las empresas que tienen capacidad de aprender y renovarse de forma continua, de manera que logran adaptarse permanentemente al cambio y a la incertidumbre". El autor resalta que el diseño y la implantación de un programa de formación continua no son suficientes para transformar una empresa en una organización inteligente, en cuanto la formación el aprendizaje es más individual, la última trata del aprendizaje de una forma más colectiva, que es básicamente la esencia de la organización inteligente. Y comenta también que para que la transformación en una organización inteligente sea exitosa es necesario que va más allá de la formación, pues requiere un cambio de mentalidad en todos los niveles.

Por todo que hemos visto en este capítulo sobre formación, vale decir que concordamos con el autor cuando habla sobre la forma individual de ser de la formación, pero se pone en duda cuanto a la discusión que se hay o no un cambio de mentalidad en los trabajadores en una formación. De hecho, la organización inteligente es mas dirigida al colectivo y a la esencia del trabajador como forma de cambiar la cultura de la empresa y alcanzar sus objetivos, pero no podemos olvidar la formación como forma de se iniciar una mudanza de pensamiento.

5.5. LA FORMACIÓN DEL PERSONAL SANITARIO

Según Peter Drucker⁴⁷ "el conocimiento es información que cambia algo o a alguien, sea convirtiéndose en base para la acción o bien haciendo a un individuo capaz de una acción diferente y más afectiva".

Para que una empresa esté preparada para competir con las otras en el futuro se hace necesario, y es de fundamental importancia, una renovación y mejora constante de su cuadro funcional, y esto se da a través de la preparación de sus funcionarios. En el hospital, todo esto se ve de una forma más contundente, pues se trata de una empresa basada en el conocimiento formada por especialistas, donde su trabajo exige una constante disposición de aprendizaje y mejora.

En el sistema sanitario, las actividades posibles de formación continuada son de diversos tipos, pues se refieren a diferentes estamentos, instituciones y centros. Una de las causas de un programa no seguir equilibrado y eficaz serian estas diversidades que existen y

⁴⁶ STEIB, N.. (1997). ¿Tiene su empresa capacidad para aprender de forma continua ? Revista Harvard Deusto Business Review. Ediciones Deusto, nº 76, enero/febrero.

⁴⁷ DRUCKER, P.. (1973). *Management Tasks, Responsibilities, Practices*. Nueva York: Harper Row.

producen problemas. En los hospitales, por ejemplo, la tradición científica es indudablemente mayor que en la atención primaria. También es superior la competitividad y el grado de complejidad técnica de los procesos atendidos⁴⁸.

Esta formación profesional debe estar dirigida hacia todos los niveles de funcionarios de un hospital, para que haya una homogeneidad de capacitación profesional, pudiendo así estar preparado para el cambio y la innovación tan constantes en los últimos tiempos. Podríamos citar como ejemplo el Hospital Vall d'Hebron⁴⁹, que a cada año forma a 480 especialistas (programa MIR), más de 80 profesionales de la enfermería y desarrolla docenas de proyectos de investigación, como podemos ver en el cuadro 5.5.1..

Cuadro 5.5.1.: Actividades Realizadas por los Hospitales de Vall de Hebrón

Indicadores de actividad	1994	1995	Variación
Actividad de investigación y docencia			
Proyectos de investigación	289	254	-12,1%
Número de residentes	477	466	-2,3%
Actividad universitaria			
Nº de alumnos matriculados UAB	450	489	8,7%
Nº de alumnos matriculados EUI	334	354	6%

Fuente: Memoria Hospitales de Vall de Hebrón⁵⁰.

La formación tiene gran importancia con relación a un hospital, ya que cada enfermo tiene derecho a un trato de calidad y como el trato con distinto es personal estrecho se hace necesario adquirir un estándar en su comportamiento. Si el hospital no tiene esta preocupación, tenderá a destruir poco a poco su capital intelectual y las aptitudes humanas de sus componentes, no pudiendo así competir en igualdad con otros que estén más comprometidos con este factor⁵¹.

Según Errasti⁵², el personal “puede adquirir nuevas capacidades, a través de nuevos conocimientos, y puede también perderlas, a través de un proceso de obsolescencia”. El autor

⁴⁸ MARTIN ZURRO, A. (1992), op. cit.

⁴⁹ CUERVO, J. I. (1996). Preparant el Futur. Una Nova Organització per als Hospitals Vall d'Hebron. Revista Salut Catalunya, nº 2, vol. 10.

⁵⁰ MEMORIA HOSPITALES DE VALL DE HEBRÓN, (1995), Barcelona.

⁵¹ ERRASTI, F.. (1997), op. cit.

⁵² ERRASTI, F.. (1997), op. Cit.

enumera tres tipos de formación profesional: formación básica, donde se adquiere el conocimiento para el ejercicio de ciertas funciones; el perfeccionamiento en la formación, donde se adquiere capacidad para adecuarse a las nuevas exigencias que se plantean, como las innovaciones tecnológicas; y el desarrollo formativo, donde se adquieren nuevos conocimientos para la asunción de nuevas tareas en el proceso de formación dentro de la organización.

Echániz⁵³ incide en que la base del sistema descansa sobre la formación y conocimientos teóricos y prácticos sobre gestión hospitalaria. Destaca una formación de los profesionales de la salud más orientada hacia la gestión y ahorro de recursos.

De este modo distingue las siguientes formaciones:

1. Facultativo: durante un período de formación debe introducirse asignaturas que le ayuden a familiarizarse con términos como: coste, eficiencia, y optimización de recursos hospitalarios. Se incluyen aquí los licenciados en medicina, cirugía, farmacia y odontología, entre otros.
2. Diplomados en enfermería: desde 1970 los estudios de enfermería tienen rango universitario, sin embargo el número de horas lectivas es insuficiente. La diplomatura consta de 3.900 horas, y se tendría que aumentar a 4.600 horas, tal y como recomienda la Unión Europea.
3. Técnicos especialistas sanitarios: de igual forma que para la diplomatura en enfermería, debería aumentarse el número de horas lectivas hasta 3.000.
4. Auxiliares de enfermería: la principal medida sería en este caso el desarrollo de un mayor número de especialidades en este ámbito.

Evidentemente existen más implicados en una organización hospitalaria, si bien es cierto que los anteriores citados son los que tienen la mayor responsabilidad de la eficiencia del hospital. A título de ejemplo, exponemos el siguiente dato estadístico (cuadro 5.5.2):

⁵³ GACETA DE LOS NEGOCIOS. (1996). La Sanidad Española : realidades y perspectivas. Jornadas de 6 y 7 de noviembre de 1995.

Cuadro 5.5.2: *Número Total de personal en Establecimientos Sanitarios públicos y no públicos, según la categoría, año 1993, en España*

Categoría	Públicos	No Públicos	Total
TOTAL	372.270	76.929	449.199
Personal directivo y de Administración	5.243	1.597	6.840
Médicos	64.285	21.643	85.928
Medicina Interna y Especialidades médicas	17.217	5.113	22.330
Cirugía Gral. y Especialidades Quirúrgicas	19.726	8.098	27.824
Especialistas en Obstetricia y Ginecología	5.171	2.273	7.444
Especialistas en Pediatría	3.224	1.026	4.248
Especialistas en Psiquiatría	2.034	696	2730
Servicios y departamentos Centrales	12.272	2.150	14.422
Guardia	4.641	2.287	6.928
Farmacéuticos	1.065	366	1.431
Otros titulados superiores	1.664	556	2.220
A. T. S. y diplomados en enfermería	91.812	12.532	104.344
Matronas	3.140	843	3.983
Fisioterapeutas	3.029	702	3.731
Otros titulados de grado medio	1.524	444	1.968
Técnicos sanitarios	8.750	1.433	10.183
Administrativos	84.767	17.728	102.495
Asistentes sociales	1.080	286	1.366
Personal de oficio cualificado	8.053	1.818	9.871
Personal de oficio no cualificado	47.152	8.445	55.597
Otro personal	21.552	3.661	25.213

Fuente : Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado (1993). Ministerio de Sanidad y Consumo, INE - Instituto Nacional de Estadística, Madrid.

Respecto a la necesidad de un formación continuada Martín Zurro (1992) lista algunas de ellas : deterioro de la competencia profesional; formación básica inadecuada al ejercicio posterior; progreso científico y técnico; practica incorrecta; deseo de aprendizaje de los profesionales; cambio en el sistema sanitario

5.5.1. Formación Médica Continuada

Hay una polémica muy grande sobre la importancia del médico dentro de un hospital. Podríamos citar una anécdota que consta en un discurso de apertura⁵⁴, en la que una religiosa, directora de enfermería de un hospital, había tenido un problema con un médico e hizo un comentario a otro médico del hospital. “Doctor, que bien funcionaría el hospital sin los médicos”. Y el médico contestó : “Hermana, sin los médicos no habría hospital”.

Es cierto que el médico tiene una importancia fundamental dentro de un hospital, pero no podemos olvidarnos de las otras personas que forman parte del cuadro funcional. Un médico no podría trabajar si el quirófano no estuviera limpio, si no hubiera material para trabajar y si no recibiera tampoco su sueldo mensual. Hay personas detrás de esto todo, para que todo funcione de una manera realmente satisfactoria para todos. Es cierto que la carga de responsabilidad es más fuerte para el médico, pero el también tiene mayor poder de decisión sobre el paciente. Y sobre la imagen del hospital en que trabaja.

Según el artículo de Paloma⁵⁵, que es médica, las actuaciones, eficacia y calidad asistencial del médico, son la base de la mejora o deterioro del prestigio del hospital, de su imagen, de su atractivo, de su eficiencia y, de su desarrollo de futuro.

Actualmente la calidad técnica, que antes era la más importante dentro del hospital, se ha quedado obsoleta, según Inacio Leon⁵⁶, hay otra serie de aspectos que permiten valorar la calidad de un sistema que no sea solamente la relación médico - paciente (desde el punto de vista puramente técnico). Empiezan a tener importancia también, ahora, la accesibilidad, la continuidad y la responsabilidad personal que recibe y percibe el paciente. O sea, todo el funcionamiento del hospital depende de una integración interdepartamental, una participación y responsabilidad de cada funcionario que hace parte de esta plantilla.

⁵⁴ PALOMA, J. M^a. (1995). La Actuación del médico y su incidencia en la Gestión del Hospital. Gestión Hospitalaria, n° 4, p. 8-10.

⁵⁵ PALOMA, J. M^a. (1995). op. cit.

⁵⁶ LEON, I. M.. (1995). Curso UIMP. El Médico: pieza angular de la provisión o mero intermediario. Santander, 10-14, julio, p. 175-183.

Por otro lado, la formación médica continuada es actualmente una necesidad no sólo del profesional como también de la institución y de la sociedad, todo eso debido a los avances científico y técnicos de la medicina en el ejercicio profesional, vale decir que los conocimientos científicos que no tengan un valor concreto en la práctica profesional del médico⁵⁷.

Según Segovia⁵⁸, en países desarrollados, como España, la educación y la formación del médico están divididas en tres etapas:

1 - La licenciatura fue la primera que se estableció y que en la época era suficiente, donde se la otorgaba después de haber cursado los estudios formativos en las facultades de medicina y se concedía un título que permitía ejercer libremente durante toda la vida profesional del médico sin necesidad de incorporar nuevos conocimientos en términos legales.

2 - La especialización hace parte de la segunda etapa, el cual fue una consecuencia inmediata y necesaria del progreso científico y técnico de la medicina. Pero inicialmente habían algunas particularidades. Inicialmente, existían las especialidades en función de la edad del paciente, del sexo o del tipo de enfermedades más frecuentes. Aparecieron especialidades de tipo médico quirúrgico de órganos determinados, donde después fueron creándose las especialidades de Pediatría, Ginecología, Fisiología, Otorrinolaringología, Urología, Oftalmología, etc. Generalmente la especialización empezaba durante la carrera y la legislación no separaba competencias especializadas salvo en Odontología. El médico podía realizar todo tipo de actividades médicas y quirúrgicas amparado por ley y sólo lo que le impedía de realizar un acto médico o quirúrgico era su conciencia.

Pero el gran cambio en la formación de especialista en España fue cuando fue instaurado el sistema de médicos internados y residentes (MIR) en los grandes hospitales públicos (1968). Hoy en día se puede observar que el programa también se encuentra en los hospitales privados, pero con una incidencia más baja respecto a los hospitales públicos.

3 - La tercera etapa es la Formación Médica Continuada, no se trata sólo de adquirir conocimientos útiles sólo para el diagnóstico, sin apenas trascendencia terapéutica. Actualmente, la responsabilidad del médico empieza a ser mayor porque sus conocimientos empiezan a traducirse en un quehacer terapéutico cada vez más exigente, más eficaz y por tanto de mayor responsabilidad con el enfermo.

⁵⁷ SEGOVIA DE ARANA, J. M^a. (1998). Anales del Sistema Sanitario de Navarra. Vol. 21, n° 1, enero - abril.

⁵⁸ SEGOVIA DE ARANA, J. M^a. (1998). Op. Cit.

Debemos tener en cuenta que la formación del médico hospitalario es un largo proceso que dura por lo menos 35 años que se inicia en la etapa formativa de pregrado para adquirir la licenciatura, sigue con el acceso a la formación especializada y se concluye con la jubilación. Las etapas de pregrado y la etapa de formación especializada tienen una influencia decisiva en la capacitación del profesional hospitalario. La masificación, la inadecuación de la oferta a las formativas reales[#], la ausencia de planificación por objetivos y el anquilosamiento de las estructuras universitarias han tenido y aún tienen importantes deficiencias en la formación de licenciatura. Con la entrada de España en la CEE se ha puesto en marcha una obligada revisión del sistema formativo de las ciencias de la salud a través de la homogeneización de objetivos y enseñanzas⁵⁹.

5.6. LA TECNOLOGÍA COMO APOYO A FORMACIÓN EN EL ÁREA DE SALUD

Sin embargo, reconocemos que uno de los puntos más sorprendentes es la utilización de la realidad virtual en la medicina hospitalaria. Lo más interesante no es lo impresionante que puede llegar a ser el futuro, sino que ya existen técnicas impensables hace años, lo que en absoluto nos hace dudar sobre el desarrollo que se va a experimentar de aquí a unos años en la medicina hospitalaria.

En muchas ocasiones se habla de realidad virtual y no se conoce exactamente a qué nos referimos, sobre todo si no la hemos experimentado alguna vez. Levis la define como “una base de datos gráfica interactiva, generada por ordenador, explorable y visualizable en tiempo real con la forma de imágenes de síntesis tridimensionales, que da la sensación de inmersión en la imagen”. Hay tres requisitos principales que tiene que reunir un sistema digital para poder ser calificado de realidad virtual⁶⁰:

1. Inmersión del usuario, que en nuestro caso sería el médico. El médico debe estar convencido que se encuentra en un sistema digital que puede proporcionarle experiencias positivas en la práctica de su trabajo.

[#] En el año de 1975 existían más alumnos matriculados en Barcelona y Madrid que en EE. UU. Y Gran Bretaña. En 1979 eran necesarios 3000 médicos al año y se licenciaban 14.000.

⁵⁹ GARCÍA LEGIDO, A.. (1991). Formación del Personal Médico Hospitalario. Revista Gestión Hospitalaria, nº 2.

⁶⁰ LEVIS, D.. (1997). Realitat Virtual : nova eina al servei dels professionals de la salut. Revista Vall d'Hebrón, nº 18, primavera.

2. Interactividad: el médico debe ser capaz de actuar en el entorno virtual de igual manera que lo haría en el entorno real.

3. Seguimiento de la posición/orientación del usuario dentro del entorno simulado.

En un estudio de mercado realizado en 1993, se identificaron más de 800 proyectos en el mundo que hacían servir la realidad virtual, incluyendo el área médica. Esta cifra, si bien no es actualmente demasiado significativa, nos da idea del potencial importante que puede tener en el futuro⁶¹. Sin duda en el caso de la medicina la justificación es todavía mayor, por cuanto se trata de mejorar la calidad de vida de los ciudadanos.

La medicina es uno de los campos en los que la realidad virtual puede traer más consideraciones ventajosas, sobre todo como instrumento diagnóstico y terapéutico, así como en la cirugía. La realidad virtual aplicada a la medicina hospitalaria consiste básicamente en la introducción del médico en un entorno simulado virtual en el que puede explorar todas las partes de cuerpo del paciente desde diferentes ángulos, cosa impensable en el mundo real, donde a lo sumo se disponen de imágenes por monitores, y nunca tan clarividentes como podría ser la realidad virtual⁶².

Anualmente desde 1993 se viene realizando un fórum internacional conocido como *Medicine Meets Virtual Reality*, centrado en la realidad virtual y su aplicación a la práctica médica. Este es un ejemplo del interés que despierta este tema, que acogió a más de 700 participantes en 1995.

Si bien la tecnología no está todavía a la altura de lo deseado para conseguir el perfeccionamiento de estas técnicas, es cierto que el futuro es francamente prometedor.

Wike⁶³ describe un futuro bien diferente al actualmente existente en cuestión de 7-10 años. Considera que actualmente una persona consulta a su médico 4 o 5 veces al año, mientras que dentro de diez años se podrá acceder a los médicos mediante los ordenadores. Una de las aplicaciones de la realidad virtual es la planificación para tratamientos de radioterapia. Consiste en que el médico coloca un casco en su cabeza, que le permite moverse alrededor del cuerpo del paciente con especial detalle en aquellas zonas más interesantes.

Otra de las aplicaciones de la realidad virtual es la enseñanza. Se dice que en el futuro podrá sustituir los cadáveres reales con los que deben trabajar los estudiantes de medicina⁶⁴.

⁶¹ LEVIS, D., op. cit.

⁶² LEVIS, D., op. cit.

⁶³ WIKE, A., in BENGOA, R.. Los Primeros Pasos para una Reforma Sanitaria: incorporar a los profesionales de la salud. Boletín de Estudios Económicos, vol. LI, nº159, diciembre de 1996, p. 517-529.

⁶⁴ LEVIS, D., op. cit.

Muchos de los modelos existentes actualmente se han centrado en el abdomen. La simulación es realista y la interacción con los órganos de interés es excelente⁶⁵.

En la celebración que ha tenido lugar en San Diego en 1996 sobre medicina y realidad virtual, se ha puesto especial interés en conseguir que el médico introducido en el mundo de la realidad virtual tenga una sensación de tacto semejante a la que tiene cuando trata con el cuerpo real del paciente. A efectos de cirugía, este aspecto toma una especial relevancia.

Otra de las utilidades de la realidad virtual es la telecirugía. Es de especial interés cuando se trata de operaciones quirúrgicas de alto riesgo y se requiere que la operación sea reconducida por grandes especialistas que no pueden encontrarse en el quirófano real. El médico situado lejos del mismo, se pone en contacto con el quirófano real donde se encuentran otros médicos que realizarán la operación real. Sin embargo, el médico que no se encuentra presente puede explorar el cuerpo del paciente como si lo tuviera delante de él, y de este modo puede colaborar dando indicaciones durante la operación⁶⁶.

En las operaciones que requieran la presencia del médico, no será necesario que el paciente vaya al quirófano, sino que podrá ser operado en un centro ambulatorio, sin la necesidad de ir a un hospital. Ello será posible porque el paciente se recuperará, con el uso de las nuevas tecnologías, mucho antes que ahora, y por tanto no necesitará los servicios de un hospital⁶⁷.

El uso combinado de la realidad virtual, la tecnología, y el control remoto, está dando lugar a lo que se conoce actualmente como Cirugía Mínimamente Invasiva. Algunos de los lugares del cuerpo materialmente inaccesibles o que ponen a su acceso verdaderas dificultades, son el claro paradigma de los puntos en los que la realidad virtual será sin duda una indudable mejora. Permitirá no solo entrar en el cuerpo del paciente, sino también ampliar las zonas con lesiones que más interesen estudiar⁶⁸.

Muchas de las operaciones se realizarán por robot, con la ayuda de enfermeras especializadas. En todo caso, mediante la telemedicina, se podrán poner en contacto con el cirujano, quien sólo realizará personalmente las intervenciones más complicadas y que no sean mecánicas⁶⁹.

El grupo farmacéutico Glaxo, asociado a la Universidad de Nueva York y a la empresa inglesa Division LTD, han desarrollado un sistema de realidad virtual destinado a la

⁶⁵ LEVIS, D., op. cit.

⁶⁶ LEVIS, D., Op. Cit..

⁶⁷ WIKE, A., Op. Cit.

⁶⁸ LEVIS, D.. (1997). Realitat Virtual : nova eina al servei dels professionals de la salut. Revista Vall d'Hebrón, nº 18, primavera.

concepción de nuevos medicamentos. Se trata de realizar simulaciones moleculares, con lo cual se pueden conocer los resultados de estos experimentos sin haberse llevado a cabo en la realidad. Todo este entorno de ventajas que parece aportarnos la realidad virtual en el mundo de la medicina, no se acaba aquí. Una de las ventajas será también que permitirá reducir drásticamente los experimentos realizados con animales⁷⁰.

También se habla de que el paciente será su propio médico. Se pondrá un reloj “healthwatch” que le permitirá hacer un control médico continuo sobre su estado físico y mental, transmitiéndose la información se dirigirá automáticamente a un banco de datos. Ante este entorno tan dinámico, los hospitales deberán adoptar estructuras más flexibles, capaces de adecuarse a toda variación en dicho entorno⁷¹.

Falta mucho por hacer, pero el cambio no es una utopía; es algo que ya ha comenzado, y la experiencia nos muestra que cuando la ciencia entra en un campo nuevo es imparable. Tan sólo rechazo de la gente, que en este caso no estaría justificado, podría frenar el desarrollo de la realidad virtual aplicada a la medicina. En este sentido, comenta Bengoa⁷² que estos cambios tecnológicos vendrán precisamente dados por el entorno: serán los propios ciudadanos los que exigirán la adopción de estas tecnologías. Además de la realidad virtual, hay también la posibilidad de los profesionales de salud adquirieren conocimientos a través de la internet sin pérdida de tiempo y con comodidad, pues debido a cantidad de opciones ofrecidas en internet el profesional se actualiza desde de su consultorio, hospital o mismo de casa.

A título de ejemplo podemos listar algunas de los ‘database’ y ‘sites’ disponibles en internet dirigido hacia los profesionales de salud: WebMedline, CliniWeb, Dxplain y la fusión de los tres anteriores MedWeaver⁷³.

El WebMedline facilita la busca sobre literatura médica con textos y artículos implantados desde la MEDLINE database de la Universidad de California.

El CliniWeb sirve para que los médicos puedan hacer prácticas a través de la internet como un ataque de corazón.

El Dxplain informa sobre diagnósticos de diversas enfermedades.

⁶⁹ WIKE, A., Op. Cit.

⁷⁰ LEVIS, D., Op. Cit.

⁷¹ BENGUA, R., Op. Cit.

⁷² BENGUA, R.. (1996). op. cit.

⁷³ DETMER, W. M. & Shortliffe, E. H.. (1997).. *Knowledge Diffusion in Medicine : using the internet to improve*. Communications of the ACM, vol. 40, nº 8, august.

A pesar de toda esa innovación tecnológica, el acceso se da en la mayoría para los médicos, los profesionales de salud todavía tiene una cierta dificultad de formación a través de este proceso moderno.

Hay una necesidad de plantear nuevas necesidades de formación para que el hospital pueda alcanzar sus objetivos. Este planteamiento de nuevas necesidades son debido a los cambios tecnológicos, sociales, laborales y del entorno, los sistemas de promoción y otras modificaciones en la organización que vienen ocurriendo últimamente con extrema rapidez. La incentivación y la motivación son puntos fuertes para que se obtengan resultados positivos en la formación continuada de los profesionales de salud. Es necesario tener en cuenta en la política de personal el valor estratégico de la formación continua como un elemento crucial de las reivindicaciones de quienes trabajan en el sector sanitario, dada su importancia para una motivación profesional orientada a incrementar los conocimientos de quienes trabajan en el sector. Hay la necesidad de introducción del concepto de recertificación, valorable, como máxima expresión de la formación continuada.

5.7. GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS HACIA LA CALIDAD HOSPITALARIA

El hospital ha pasado desde una clásica concepción como institución de beneficencia con escaso personal a una concepción moderna que lo define como un hospital con recursos humanos especializados y con alta tecnología⁷⁴. Pero entonces surge la pregunta inmediata de querer saber qué es lo que se entiende por un hospital moderno. Si acudimos a la OMS, un hospital “es una parte integrante de una organización médica y social cuya emisión consiste en proporcionar a la población una asistencia médico-sanitaria completa, tanto curativa como representativa, y cuyos servicios externos irradian hasta el ámbito familiar, siendo también un centro de formación del personal médico-sanitario y de investigación biosocial”⁷⁵.

Nadie duda actualmente de la importancia cuantitativa y cualitativa que ha adquirido el personal de un hospital, a quien cabe imputar el 70% de su presupuesto de gastos. Desde los años ochenta, se ha insistido cada vez más en la necesidad de potenciar la motivación y la satisfacción en el trabajo de los profesionales de la salud⁷⁶.

⁷⁴ LÓPEZ ARBEOLA, P. (1995). La sanidad: un sector en cambio. Un nuevo compromiso entre la administración, usuarios y proveedores. Curso UIMP, Universidad Internacional Menéndez Pelayo, Santander, julio de 1995, p. 207.

⁷⁵ PEIRÓ, J.M. (1992). Comportamiento laboral de médicos y ATS, y el usuario. *Gestión Hospitalaria*, nº3, p. 52.62.

⁷⁶ ERRASTI, F. (1997) Op. Cit., p. 261.

Pero para poder desarrollar esta parte dedicada al estudio de la gestión de recursos humanos, debemos tener claro cual es el objetivo del personal del hospital. Si no sabemos dar respuesta a esta pregunta, no podremos orientar el estudio de los recursos humanos hacia el desempeño que de ellos se espera. En este sentido, hemos encontrado una aproximación adecuada en el Dr. Segobia⁷⁷, quien establece que “el fin propio del acto médico ha sido siempre la curación o el alivio del enfermo”.

Esta definición, a pesar de ser sencilla, nos dice mucho. De ella se extrae que el médico no tiene como objetivo principal la reducción de costes y el ahorro continuo de recursos. Esta definición está anteponiendo sobre todo la calidad del servicio hospitalario, si bien ello no impide que dicha calidad se intente dar con un mínimo coste.

Bajo esta perspectiva, podemos añadir a tenor de todo ello que la reducción de los ciclos productivos hospitalarios, así como la aparición de las nuevas tecnologías de la salud, ha provocado la necesidad de organizaciones más flexibles, pero no olvidemos que dicha flexibilidad debe comenzar por las personas, lo cual requiere a su vez su satisfacción y motivación en el trabajo diario⁷⁸.

La nueva concepción de los recursos humanos tiene como fondo dirigirlos y coordinarlos, más que administrarlos⁷⁹. En este sentido, Lattman⁸⁰ nos establece que la gestión de recursos humanos presenta dos grandes dimensiones:

1. La que afecta a la dirección de los recursos humanos, y que está relacionada con las formas de entender la vinculación del individuo con el proyecto, con la institución y con sus propias capacidades.
2. La dimensión instrumental o funcional, que es la que trata de resolver los problemas funcionales para administrar eficientemente los recursos disponibles.

Una gestión eficiente de los recursos humanos debe tratarlos desde los diferentes puntos de vista posibles⁸¹:

- Global.
- Individual.
- Funcional.
- Organizativo.

⁷⁷ DR. SEGOBIA, Catedrático de Psicología Social, Universitat de Valencia, Ponencia del Symposium de humanización de la asistencia sanitaria, hospital General La Fe, Valencia.

⁷⁸ LORENTE, JOSÉ MARÍA. (1994). La Gestión Hospitalaria frente la Siglo XXI: Nuevas organizaciones e instrumentos. *Gestión Hospitalaria*, nº4, p. 87.

⁷⁹ ERRASTI, F., (1997) Op. Cit., p. 262.

⁸⁰ LATTMAN; GARCÍA ECHEVARRÍA (1992). *Management de los Recursos Humanos en la Empresa*. Madrid: Díaz de Santos.

Otra aportación en este sentido la debemos a Peiró⁸², que es uno de los autores más incidentes en la gestión de recursos humanos en los hospitales. Este autor distingue tres grandes determinantes del comportamiento del personal sanitario:

1. Nivel instrumental: se refiere a las características del puesto de trabajo, las tareas diarias que se realizan, roles, etc.
2. Nivel grupal y departamental: el trabajo también se realiza en grupo, y este también influye en el comportamiento del profesional de la salud. Es necesario en este sentido que exista un buen estado de colaboración entre los profesionales para consecución de los objetivos de la organización.
3. Nivel organizacional: según cuales sean los fines del hospital, es evidente que el personal sanitario se comportará de una forma o de otra.

La gestión de recursos humanos es la herramienta más idónea que cabe establecer para conseguir la implicación de todo el personal del hospital en aras a la consecución de sus objetivos, para lo cual es esencial la motivación y satisfacción de este con la organización⁸³.

En este sentido, Peter Drucker⁸⁴ establece al respecto que “un orden social eficaz, y el hospital ha de serlo, ha de conferir responsabilidades y atribuciones a todos sus miembros”.

Con todo lo que se acaba de decir, queda claro que la formación del personal hospitalario es un factor de vital importancia. Es por eso por lo que Figuerola establece que “el papel de las empresas en la formación de sus empleados es irrenunciable porque es insustituible”.⁸⁵

En este sentido, Lattman diferencia tres tipos de formación:

1. Formación básica: consiste en la adquisición de conocimientos para el ejercicio de la profesión.
2. El perfeccionamiento en la formación: Consiste en profundizar en lo ya aprendido, con el fin de conseguir mayor eficiencia y eficacia en el trabajo.
3. Desarrollo formativo: consiste en la adquisición de nuevos conocimientos para adecuarse a las nuevas necesidades dentro de la organización.

Como se puede deducir, según las anteriores definiciones estaríamos haciendo referencia a la tercera modalidad. El trabajo se constituye como el inicio o punto de apoyo de

⁸¹ ERRASTI, F. (1997) Op. Cit.

⁸² PEIRÓ, J.M^a. (1992), Comportamiento laboral de médicos y ATS, y el usuario. Gestión Hospitalaria, nº3, p. 54.

⁸³ LORENTE, J.M. (1994) Op. Cit..

⁸⁴ DRUCKER, P., Administración para el futuro, Parramón Editores, 1993.

la productividad y la innovación tecnológica como dice Peter Drucker⁸⁶. Con ello quiere decir que el factor humano es el factor productivo más importante. Es el que hace posible el resto de factores productivos como el capital y la tecnología. Sin embargo, según los datos de Errasti, en la mayoría de los hospitales los gastos de formación en los médicos es del 1% de la masa salarial. Como dice Kressler (in Errasti⁸⁷), el porcentaje de gastos de formación sobre la masa salarial oscila entre el 1 y el 5 por ciento, dependiendo del sector y del nivel jerárquico de una organización en general.

Pero si bien la formación es sin duda un aspecto esencial para conseguir la excelencia en el trabajo, no debemos de olvidarnos de otras áreas que contribuyen también a este objetivo. En este sentido, nos ha parecido apropiada los factores señalados por Lorente⁸⁸, que de alguna forma recoge varios de los aspectos que hasta ahora hemos considerado:

1. Selección de personal: en este sentido, tal y como este autor señala, es necesario invertir en una adecuada selección de persona. Ciertamente, las posteriores tareas de formación e incentivación perderán gran eficacia si la selección de personal ha sido defectuosa y no se ha conseguido reclutar a las personas más válidas.
2. Estabilidad laboral: es también un tema bastante discutido desde que tomaron importancia los contratos temporales en sus diferentes modalidades. Coincidimos con Lorente, quien afirma que un empleo estable contribuye a que el personal se sienta integrante de la organización. Sin embargo creemos necesario hacer un inciso, ya que dicha estabilidad también puede llevar al conformismo si no va acompañado de las adecuadas políticas de motivación a las que después haremos mención.
3. Formación continuada: según Lorente es la inversión más rentable en los hospitales, ya que contribuye no sólo a mejorar las aptitudes del personal, sino también las actitudes.

En este sentido, cualquiera que posea unos conocimientos debe asumir que en unos pocos años tendrá que actualizarlos y adquirir nuevos conocimientos⁸⁹.

En esta misma línea parece enmarcarse De Kelety⁹⁰, quien establece que “no basta tener un conocimiento profundo y exhaustivo de la profesión (sanitaria) o la especialidad para

⁸⁵ FIGUEROLA, J. (1971). La Formación del Capital Humano. Madrid: CECA.

⁸⁶ DRUCKER, P. (1993). La Sociedad Procapitalista. Apóstrofe.

⁸⁷ ERRASTI, F. (1997) Op. Cit.

⁸⁸ LORENTE, J.M. (1994) Op Cit..

⁸⁹ ERRASTI, F. (1997) Op. Cit..

⁹⁰ DE KELETY, A.. (1991). La evolución de la organización sanitaria y sus repercusiones en los procesos de formación de mandos intermedios. Todo hospital, Barcelona, marzo 1991.

dirigir un departamento, sino que, además, se requieren conocimientos sobre gestión”. En este sentido, señala que el director de un departamento se mueve entre fuerzas distintas:

- Su propia independencia como profesional de la medicina: con esto se refiere a su labor como médico, en sus tareas sanitarias.
- La buena gestión de su departamento: se refiere a la otra parte de su labor, la gestión, ya que no debe tan sólo ser un buen profesional sanitario, sino también serlo en la esfera económica y de administración de recursos.

El conocimiento se plantea, de esta forma, como el principal medio de producción, y que lo podemos definir siguiendo a Drucker⁹¹ como “la información que cambia algo o alguien, sea convirtiéndolo en base para la acción o bien haciendo a un individuo capaz de una acción diferente y más efectiva”.

También Kravetz⁹² considera en este sentido que, la carrera profesional del médico y personal de enfermería no es algo puntual, sino que se desarrolla en base a un proceso continuo de autoevaluación, educación, formación, y adquisición de experiencia laboral.

4. La promoción interna: es una asignatura pendiente y que resulta imprescindible para la motivación del personal en su trabajo según Lorente. En este sentido también se pronuncia Errasti. Según este autor, la promoción interna ha sido algo esencial en las organizaciones tradicionales, de forma que cuando una persona se incorporaba a una empresa, podía estimar el puesto que a cabo de ciertos años podría ocupar. Sin embargo, como muy bien afirma, es también cierto que la desventaja de este sistema es que resulta insatisfactorio para algunos, a la vez que muy lento⁹³. En este sentido, Llano⁹⁴ establece que “las organizaciones se han hecho cargo de la promoción profesional y humana de conformidad con quienes trabajan en ellas, de manera sistemática y programada”.
5. La incentivación: en este sentido, considera Lorente que para asegurar la eficacia de un sistema de incentivos es necesario que una parte de ella esté ligada a un componente variable de retribución.

Si la motivación y la satisfacción del personal interno hospitalario son tan importantes, quizás sea el momento de hacer nuestras primeras menciones a este respecto. En este sentido,

⁹¹ DRUCKER, P. (1993) *La Sociedad Procapitalista*, Op. Cit.

⁹² KRAVETZ, D. (1990). *La Revolución de los Recursos Humanos*. Aedipe. Bilbao: Deusto.

⁹³ ERRASTI, F., Op. Cit.

⁹⁴ LLANO, C. (1991). *El Empresario y su Mundo*. México: McGraw Hill.

Moreu⁹⁵ establece que con frecuencia se ha tendido a confundir algunos términos que a su entender son importantes. Se refiere esencialmente a los conceptos de motivación y satisfacción. Para aclararnos la distinción entre ambos, recurre a algunos ejemplos que reproducimos en el cuadro 5.7.1.:

Cuadro 5.7.1.: Insatisfacción X Motivación

Insatisfacción	Motivación
<ul style="list-style-type: none"> • Política de la empresa • Salario • No reconocimiento de la jerarquía • Las condiciones de trabajo • El trabajo con los compañeros 	<ul style="list-style-type: none"> • Logro • Reconocimiento • Trascendencia social

Fuente: Revista Gestión hospitalaria, nº1, 1994, p. 37.

Pero Moreu⁹⁶ también introduce la confusión entre los conceptos motivación e incentivos. En este sentido establece que deberán realizarse aquellas medidas que generen motivación, de modo que la relación presente entre el estímulo motivacional y el incentivo vendría determinado como enseña el cuadro 5.7.2. :

Cuadro 5.7.2.: Medidas que Generen Motivación

Elemento motivador	Interpretación	Incentivo
<ul style="list-style-type: none"> • Logro • Reconocimiento • Trascendencia social 	<ul style="list-style-type: none"> • Yo me siento bien • Necesito que la empresa me lo reconozca • Necesito que la sociedad me lo reconozca 	<ul style="list-style-type: none"> • Profesionales (asistenciales, docentes e investigadores). • Económicos • Carrera profesional

Fuente: Revista Gestión Hospitalaria, nº1, 1994, p. 38.

Como se puede observar, este autor considera como importantes tres tipos de incentivos:

⁹⁵ MOREU OROBRIGHT, F.(1994). Motivación y Sistemas de Incentivos. Gestión hospitalaria, nº1.

⁹⁶ MOREU OROBRIGHT, F.(1994) Op. Cit.

- *Profesionales*: incluye aquí la realización de actividades como la investigación y la docencia.
- *Económicos*: sería básicamente el salario y los incentivos de componente monetaria.
- *Carrera profesional*: se refiere aquí al hecho de que una carrera profesional brillante proporciona por sí solo un importante incentivo de satisfacción consigo mismo.

Los planes de formación continua del personal ha de contemplar aspectos asistenciales, de gestión, de comunicación, calidad personal y otros deben contribuir a mantener motivado al personal, con el fin de que brinde una asistencia de calidad y personalizada.

El seguimiento del personal en relación a sus funciones, actitud y aptitud, forman parte de una adecuada gestión, junto con el establecimiento de planes de carrera y promoción. Es necesario trascender, en tanto sea posible, las rigideces del marco jurídico-laboral, de manera que se logre una asignación de recursos humanos adecuada y flexible que facilite la reasignación de tareas.

La definición de criterios claros para el establecimiento de las compensaciones económicas juegan un importante papel incentivador. Los sistemas de evaluación, promoción y compensación deberán adaptarse a ese marco más flexible de relaciones laborales.

Una gestión de calidad requiere la adopción de un modelo de gestión descentralizado, con involucración de los responsables médicos en la gestión. Como contrapartida de la asunción de responsabilidades y riesgos, ha de haber recompensas a la buena gestión.

Creemos también mencionar la aportación de Peter Drucker en relación a las motivaciones del personal sanitario. Señala cinco necesidades de estos⁹⁷:

1. Ser un buen profesional, haciendo su contribución a la empresa.
2. Oportunidades de ascender como profesional, como empleado y como colaborador individual.
3. Incentivos financieros.
4. Su tarea debe ser la de un profesional.
5. Reconocimiento profesional, tanto dentro de la empresa como en la comunidad.

Como se observa, existe una cierta correlación entre los motivaciones (necesidades) señalados por Drucker y lo señalados por Moreu, esencialmente en lo que se refiere a la necesidad de reconocimiento profesional.

Según López Arbeola⁹⁸, la participación activa de los profesionales es imprescindible para lograr ese incremento de eficiencia. Comenta que actualmente el personal hospitalario se encuentra desmotivado por culpa del propio funcionamiento del sistema de salud. Por esta razón, establece como necesario la creación de un ambiente más propicio, capaz de motivar al personal hospitalario, de forma que este se vea más involucrado en el proceso asistencial.

Todo lo que se ha dicho hasta el momento se puede resumir en una cosa: un cambio cultural del personal hospitalario. Así lo reconoce también el Sr. Sedano⁹⁹ (Responsable de la División de Atención Farmacéutica y Prestaciones Complementarias) en la entrevista que le hemos realizado, cuando afirma que el primer punto de partida debe ser la de implicar al personal sanitario, es decir, conseguir en este un cambio cultural introduciéndole el concepto de “eficiencia”.

En este sentido, la misión de la dirección se extiende a la comunicación y concienciación de todos los integrantes de la organización respecto a costes de no calidad, en los planos clínico y hotelero, y en general en su repercusión respecto a la reputación del centro. El liderazgo trasciende los límites del centro y alcanza a la sensibilización de la sociedad respecto a temas como la financiación sanitaria, legislación laboral, etc. Se trata de lograr un verdadero cambio de cultura en la dirección de los centros sanitarios, para transitar de un papel de administradores a otro de liderazgo. Dicho liderazgo implica asumir un compromiso firme y decidido en el proceso de mejora.

Con este fin se hace necesario el desarrollo de un nuevo estilo de dirección profesional, participativa y por objetivos (económicos, asistenciales, de gestión,...) definidos de forma clara y precisa, de tal manera que sus resultados sean medibles. Tal estilo de dirección se desarrolla en el marco de un modelo descentralizado, con responsabilidades y competencias delimitadas.

La política de formación, los sistemas de motivación e incentivación, así como la eficiencia de su labor y demás tiene como base principal el cambio cultural al que tantos y tantos autores de gestión hospitalaria apelan. Aceptando, pues, como premisa de partida, la necesidad de un cambio cultural, debemos indagar sobre lo que ello supone y se requiere para llevarlo a buen término. En este sentido, Andrew¹⁰⁰ establece la dificultad de llevar a cabo un cambio cultural, máxime cuando este cambio es profundo. Considera que el cambio cultural

⁹⁷ DRUCKER, P., Op. Cit.

⁹⁸ LÓPEZ ARBEOLA, PABLO, La sanidad: un sector en cambio. Un nuevo compromiso entre la administración, usuarios y proveedores, curso UIMP, Op. Cit., p. 207.

⁹⁹ Entrevista a EUGENI SEDANO I MONASTERIO, Jefe de al División de Atención Farmacéutica y Presentaciones Complementarias.

debe empezar por los directivos de la organización. Estamos de acuerdo con ello, y ocurre en todas las organizaciones, ya que difícilmente los trabajadores van a cambiar sus valores empresariales si no existe una fuerza que lo sugiera, que empuje, y que tome la iniciativa.

En la misma línea, Drucker¹⁰¹ define la iniciativa de la dirección en términos de liderazgo, ya que considera que la dirección debe actuar como líder de la empresa para colaborar desde arriba a ese cambio cultural. En este sentido, considera lo que son los requisitos básicos para que el liderazgo funcione de forma correcta y se pueda conseguir el cambio cultural:

1. La ejemplaridad de la conducta del líder, en su integridad.
2. La transparencia de las decisiones y actuaciones.
3. El talante, el estilo directivo.
4. Acercarse más a las personas, trabajar en equipo. Es necesario delegar.

Considera, además de estos, dos factores incluso a nuestro parecer más importantes:

1. El liderazgo no debe ser entendido como un conjunto de privilegios, sino como un conjunto de responsabilidades.
2. Los líderes han de imponerse a sí mismos la coherencia entre lo que dicen y lo que hacen. Es decir, el personal debe observar que lo que el líder propugna no queda en palabras, sino que es un proyecto real, que se puede conseguir con la colaboración de todos.

Esta consideración de Drucker nos ha hecho recordar una clasificación de los tipos de líderes que nos establece Lewin¹⁰². Este autor, se refiere a los líderes de la dinámica de grupos, sin embargo, después de haber leído su clasificación nos hemos dado cuenta de que el ejemplo es igualmente válido para el mundo empresarial. Distingue los siguientes tipos de líderes:

1. Líder autocrático: es aquel que monopoliza el comportamiento de los demás. No deja actuar a los demás, no delega y es autoritario. Vemos perfectamente que no se ajusta en absoluto al líder ideal que propugna Peter Drucker.
2. Líder Laissez Faire: es aquel que deja libertad de actuación a los demás, quizás demasiada. Podemos considerarlo como la persona que es líder pero no actúa como tal; entiende el

¹⁰⁰ ANDREW, B. (1992). Crisis. Madrid: Díaz de Santos.

¹⁰¹ DRUCKER, P. (1993). Administración para el Futuro. Parramón Editores.

¹⁰² LEWIN in SOLER, PERE. (1991). La investigación motivacional, Deusto, Bilbao.

liderazgo como el “dejar hacer” de Adam Smith en célebre obra de “La riqueza de las naciones”.

3. Líder democrático: es aquel que defiende la colaboración de todos. Solicita la participación de todo el personal. Su función es la de motivar, y da el impulso necesario cuando la cosa parece estancarse.

Si juntamos las aportaciones de Lewin y de Drucker, parece que el líder de este último se corresponde con el líder democrático de Lewin.

Estos últimos párrafos nos han puesto de manifiesto la importancia de un líder, así como la motivación que este debe dar al resto de personal. Pero debemos también preguntarnos si no es posible la automotivación del personal. La automotivación se consigue mediante la autonomía del personal, mediante su participación en la toma de decisiones, en el estudio de sus propuestas. Esta necesidad es la que ha dado lugar a las técnicas de participación de empleados en círculos de calidad y demás.

Bien es sabido que estas técnicas no han surgido fruto del azar, sino a consecuencia de una necesidad: la mejora de la calidad. Pues bien, no olvidemos que el hospital es una organización como lo puede ser otra empresa y, como tal, requiere de estos mecanismos que además de actuar de incentivos, promueven la calidad en los servicios hospitalarios. Luego debemos preguntarnos que técnicas se deberían emplear en los hospitales para motivar al personal a participar, a hacerles sentir como verdaderos miembros decisores. En este sentido, Varo nos establece con gran clarividencia una enumeración detallada de estos mecanismos o grupos:

1. *Unidad de garantía de calidad*¹⁰³: Tiene la función de prestar apoyo técnico a las unidades operativas y de su staff, así como a las comisiones clínicas y grupos de trabajo para la calidad.

Una propuesta de composición sería la siguiente:

- Un licenciado en medicina y cirugía.
- Una enfermera.
- Un licenciado o diplomado en empresariales.
- Un técnico industrial.
- Apoyo administrativo.

Sus funciones son las siguientes:

- a) Coordinar y evaluar la implantación del programa de calidad, ya estudiado con anterioridad.
- b) Formar a los miembros de la Comisión Central de Garantía de la Calidad.
- c) Ayudar en la redacción de procedimientos.
- d) Buscar y detectar problemas y proponer soluciones.
- e) Medir los costes de la calidad.
- f) Recopilar y elaborar informes.
- g) Evaluar la implantación y cumplimiento de las medidas correctoras en caso de desviaciones en los estándares de calidad.
- h) Confeccionar el dossier de calidad.

2. *Equipo de mejora de la calidad*: es un comité interdisciplinar que abarca todas las áreas del hospital. Está integrado por directivos de segundo nivel y manos intermedias representativas de todos los departamentos o servicios hospitalarios^{104,105}.

Sus funciones son básicamente las siguientes:

- Apoyar a la decisión de la calidad en la formulación de la política y estrategia de la calidad.
- Representar al comité Director de Calidad en todos los departamentos.
- Mediar entre el conjunto de hospitales y la dirección.

3. *Comisión Central de garantía de calidad*¹⁰⁶: su actuación se centra en el área asistencial, ya que es el órgano que se ocupa de las decisiones sobre la elaboración de planes de calidad en esta área.

Su composición sería la siguiente:

- Director médico.
- Director de enfermería.
- Subdirectores médicos.

¹⁰³ VARO, J. (1994), Op. Cit.

¹⁰⁴ BERNILLÓN, A. & Cerutti, O. (1988). *Implanter et Gérer la Qualité Totale*. París: Les Editions d'Organisation.

¹⁰⁵ DOUCHY, J.M. (1986). *Vers le Zero défaut dans l'entreprise*. París: Bordas.

¹⁰⁶ VARO, J. (1994), Op. Cit...

- Subdirectores o adjuntos de enfermería.
- Director o coordinador de calidad.
- Presidente de las Comisiones Clínicas (se explican a continuación).
- Representantes por áreas de los jefes de servicio.

Las principales funciones de este grupo serían las siguientes:

- Aprobar la política y estrategia de calidad.
- Definir los objetivos y los recursos necesarios para su consecución.
- Seguimiento del programa de calidad.
- Tomar las decisiones precisas para el progreso del programa de calidad.

4. *Comisiones Clínicas*: es el cauce mediante el cual los profesionales sanitarios autoevalúan su actividad. En este sentido, López¹⁰⁷ establece el nacimiento en los años ochenta del concepto de “autoevaluación clínica” (clinical audit), que consiste en un análisis crítico de la calidad del servicio hospitalario, en base a:

- procedimientos empleados en el diagnóstico y en el tratamiento;
- recursos utilizados;
- resultados utilizados;
- resultados clínicos;
- calidad de vida resultante para el paciente, etc.

Las funciones básicas según Varo serían las siguientes¹⁰⁸:

- Descubrir y jerarquizar los problemas.
- Vigilar los aspectos más relevantes de la asistencia.
- Analizar las causas de los problemas.
- Proponer soluciones.

Como se puede intuir, la implantación y correcto funcionamiento de las comisiones clínicas requiere un importante cambio cultura, ya que supone una actitud autocrítica, evitando que sea el cargo superior el que deba corregir los errores y deficiencias de calidad.

¹⁰⁷ LÓPEZ, P.,(1995). Op. Cit.

¹⁰⁸ VARO, J. (1994), Op. Cit.

5. *Grupos de trabajo para la calidad*¹⁰⁹: es un grupo de trabajadores que, con independencia de su calificación profesional, intervienen en el intento de mejorar la calidad. Dentro de estos grupos podemos discernir varias modalidades, algunas de las más conocidas son¹¹⁰:

- Grupos de mejora de la calidad: sus componentes son designados por la Dirección de la Calidad para resolver problemas puntuales. Una vez solucionados, se disuelven.
- Círculos de calidad: sus miembros son voluntarios, y su actividad es permanente. Como establece Varela, se trata de una técnica que nació en la industria japonesa del motor. En el sector sanitario, su aplicación va dirigida tanto a pacientes como a profesionales de la salud, ya que mediante la participación de ambos se pueden encontrar soluciones o medidas para mejorar la calidad de los servicios ofrecidos¹¹¹.
- Equipos departamentales de mejora: están constituidos por todo el personal del departamento. Su participación es obligatoria y su campo de actuación se circunscribe al propio departamento.

En este sentido, todo departamento debe incorporar tres prácticas significativas¹¹²:

- a) Mejorar continuamente lo que hace, lo cual supone un factor muy importante de satisfacción.
 - b) Desarrollar nuevas aplicaciones a partir de sus propios éxitos.
 - c) Aprender a innovar, es decir, incorporar lo que se conoce como la *gestión del cambio*.
- Brainstorming o tormenta de ideas: esta técnica, consiste en la reunión de un grupo de 6 a 8 personas durante 30 y 45 minutos con la finalidad de opinar brevemente sobre el tema elegido. Nos se trata de aportar ideas geniales en tan corto espacio de tiempo, sino de dar muchas respuestas de forma rápida, si bien después serán sometidas a un proceso de depuración. El resultado puede comportar soluciones a tener en cuenta si se emplea correctamente. Se puede aplicar a médicos, enfermeras y al personal no sanitario¹¹³.
El éxito de esta técnica dependerá en gran medida de la correcta elección de los miembros que se escojan¹¹⁴.
 - Otros: grupos autónomos, grupos de intervención, etc¹¹⁵.

¹⁰⁹ VARO, J. (1994), Op. Cit.

¹¹⁰ VARO, J. (1994), Op. Cit.

¹¹¹ VARELA, J. (1994). *Gestión de Hospitales: nuevos instrumentos y tendencias*. Barcelona: Vicens Vives.

¹¹² ERRASTI, F., Op. Cit..

¹¹³ VARELA, J. (1994) Op. Cit..

¹¹⁴ DELP, P.; THESEN, A., MOTIWALLA, J., SESHADRI, N. (1977). *Systems tool for project planning. Program of advanced studies in institution building and technical assistance methodology*.

Sin duda, todas estas técnicas pretenden de alguna forma resaltar la capacidad creadora del personal hospitalario. Esta capacidad creadora viene resaltada según Echevarría por los siguientes aspectos¹¹⁶:

1. La libertad de resolver y diseñar sus problemas
2. No admitir la igualdad como principio, sino asumir la aportación del hombre en la desigualdad.
3. El éxito compartido. Las técnicas anteriores fomentan enormemente la consecución de este éxito conseguido por la labor de equipo.
4. Definir los valores que deben ser alcanzados.

En la misma línea que Echevarría se muestra López Arbeola, quien establece el actual sistema de salud tiene como principal problema el conseguir la motivación del personal sanitario, de forma que estos se conviertan en sus propios gestores, para lo cual es necesario emprender tres líneas de actuación¹¹⁷:

1. Orientación de la gestión hacia el proceso asistencial
2. Fomento de la evaluación de los profesionales por ellos mismos.
3. Autonomía de gestión.

Estos tres factores guardan como se puede observar una gran simetría con los que establece Echevarría. Los hemos considerado de gran interés, razón por la cual vamos a estudiarlos de forma más detallada:

1. Orientación de gestión hacia el proceso asistencial.- Con esto se refiere a algo que ya no nos es nuevo, es decir, la gestión por procesos como forma alternativa a la organización funcional. No vamos a entretenernos en este punto, ya que fue objeto de estudio con el rigor que creímos necesario. Simplemente vamos a mencionar el interés que López pone a la necesidad de modificar los protocolos, que según él “son insuficientes, limitándose tan solo a los aspectos de diagnóstico y tratamiento”¹¹⁸.

En este sentido establece los requisitos básicos que deben reunir los protocolos:

¹¹⁵ VARO, JOAQUÍN. (1994) Op. Cit.

¹¹⁶ ECHEVARRÍA, S.. La ética en las instituciones económicas y sociales. Estudios sobre la Encíclica “Sollicitudo Rei Sociales”, Unión Editorial.

¹¹⁷ LÓPEZ, P. (1995), Op. Cit.

¹¹⁸ LÓPEZ, P. (1995) Op. Cit.

- a) Contenido: debe establecer un objetivo clínico donde queden establecidos tanto los resultados como las expectativas de recuperación del paciente, debe incluirse aspectos como: secuelas, mortalidad, tiempo de ingresos, etc.,. debe descubrir los pasos del proceso asistencial para cada patología.
- b) Sistemas de supervisión: se debe realizar un seguimiento sobre el grado de cumplimiento de los protocolos, lo cual supone tiempo y coste. Por esta razón, deben ser sencillos y cuantificables todos los aspectos del contenido de los mismos.
- c) Elaboración: la elaboración corresponde a los mismos profesionales, si bien deben estar sometidos a las normas generales establecidas por los comités de expertos y en base a experiencias clínicas.
- d) Papel del usuario: el usuario puede evaluar el protocolo, ya que según el proceso que se ha aplicado puede formarse una opinión sobre la adecuación o no del mismo. Es decir, se deben tener también en cuenta las opiniones de los pacientes, y revisar aquellos aspectos que hayan causado insatisfacción en los mismos.

2. Fomento de la evaluación: aquí nos resta por decir, tan solo, que se debe fomentar la autoevaluación crítica del profesional. Es decir, si como se ha dicho antes, se pretende que los profesionales de la salud sean sus propios gestores, será necesario que estos evalúen el trabajo realizado. En consecuencia, se deberán mejorar aquellos aspectos que a juicio del profesional, no se hayan realizado lo mejor posible.

Como establece este autor, es posible realizar esta autoevaluación siguiendo una serie de etapas:

- a) Definición de patrones, criterios metas, protocolos y estándares a conseguir.
 - b) Acumulación sistemática de parámetros objetivos de la actividad.
 - c) Comparación entre los parámetros conseguidos y los estándares fijados.
 - d) Identificación de las diferencias entre unos y otros, así como la adopción de medidas correctoras.
 - e) Verificación de los efectos de la autoevaluación sobre la calidad.
3. Autonomía de gestión.- Para López, la cultura basada en el aumento de la calidad y reducción de costes es una necesidad irremediable. Este cambio cultural requiere que cada uno de los miembros del hospital se responsabilice de mejorar la calidad y reducir los costes en trabajo diario. Esto nos lleva a la autonomía de gestión, que según López, es uno de los mecanismos para conseguir este cambio cultural. Sólo si el personal tienen más autonomía en la gestión, lo cual supone el adelgazamiento de los organigramas, será

posible conseguir este cambio cultural orientado hacia la mejora de la calidad y la reducción de costes.

A su vez, si se pretende que los profesionales sean sus propios gestores, la dirección también experimentará un cambio en sus funciones, ya que dejará de gestionar y pasará a liderar, y por tanto, a motivar y coordinar al personal. La Dirección, pues, asumirá la función de coordinar, dirigir, pero no de gestionar, lo cual no es tarea fácil.

Sin duda estos puntos y más serán importantes de cara al futuro, siendo necesario un cambio cultural importante en el personal implicado en la organización hospitalaria. En este sentido, también son interesantes las conclusiones que saca Obeso¹¹⁹:

1. Necesidad de ampliar y estructurar la participación de los profesionales en la gestión hospitalaria. Para ello, es necesario abandonar la estructura funcional tradicional, puesto que sus limitaciones, dice este autor, ya han quedado patentes.
2. Los servicios médicos son el auténtico pilar de los hospitales. Por esta razón, será necesario que evolucionen cuanto menos en dos sentidos:
 - impulsando la multidisciplinariedad;
 - impulsando la generación de nuevas competencias y conocimientos.
3. Se debe abandonar el concepto anticuado de “carrera profesional”. Si bien para el profesional es importante ascender, su principal carrera es la de ser mejor profesional a medida que pasa el tiempo y va adquiriendo experiencia, siendo necesario para eso un esfuerzo continuo de esfuerzo por parte de este. De este modo, su estatus también se ve favorecido, y como se pudo comprobar anteriormente, esta es una de las principales motivaciones del personal médico¹²⁰.
4. Las especialidades médicas, a pesar de haber sido un factor importante para el desarrollo de la medicina, puede estar convirtiéndose en un lastre para su adaptación a las nuevas necesidades del entorno. Las especialidades crean en muchas ocasiones esferas de poder, creando cada especialista un área intocable por el resto de especialistas, que también tendrán su esfera de poder. Esto es típico de lo que Mintzberg¹²¹ denomina estructura de la burocracia profesional¹²².

¹¹⁹ OBESO, C. (1996). Estrategia y Desarrollo Organizativo en las Organizaciones Sanitarias. Boletín de Estudios Económicos, vol. LI, nº 159, diciembre, p. 435-449.

¹²⁰ MOREU OROBIGNI, F. (1994) Op. Cit.

¹²¹ MINTZBERG, H. (1979). *The Structuring of organizations (A synthesis of the research.*, Prentice Hall.

¹²² VARO, JAQUÍN, Op. Cit.

Para concluir este apartado referente a la gestión de los recursos humanos hacia la calidad hospitalaria, nos ha parecido interesante mostrar un estudio relativo al absentismo laboral en un hospital de Castilla la Mancha (Hospital Acohete). El estudio discrimina entre los hombres y mujeres, a la vez que otorga los resultados globales. Este estudio, realizado por Fernández, Lafuente y Espinosa¹²³ considera las siguientes variables objeto de estudio:

1. Población.
2. Número de jornadas de trabajo
3. Población laboral inactiva.
4. Causas del absentismo laboral, cuantificado en horas/mes:
 - Matrimonio.
 - Maternidad.
 - Permiso.
 - Nacimiento hijo.
 - Muerte familiar.
 - Atención hijo.
 - Enfermedad familiar.
 - Deberes públicos.
 - Enfermedad común.
 - Horas sindicales.
 - Accidente laboral.
 - Traslados.
 - Accidente no laboral.
 - Exámenes.
 - Accidente justificado.
 - Asuntos propios.
 - Falta no justificada.

Los resultados y conclusiones los exponemos a continuación.

A) A nivel global de plantilla

1. Los datos relativos a la plantilla fueron los siguientes:

- Media¹²⁴: 102,33
- Mediana¹²⁵: 102, 5
- Desviación típica¹²⁶: 2, 77
- Rango¹²⁷: 94-106.

¹²³ Fernández, M.P.; LAFUENTE, J.A.; ESPINOSA, M. (1995). ..Absentismo Laboral: importancia en el control de la gestión de recursos humanos, Gestión Hospitalaria, nº2,.

¹²⁴ La media se ha calculado respecto a los días objeto de estudio.

¹²⁵ La mediana es la cifra de plantilla que divide la muestra de datos diarios de plantilla en dos partes iguales.

¹²⁶ Mide la variabilidad de la plantilla a lo largo del período estudiado.

¹²⁷ Indica el valor inferior y mayor. En este caso se refiere al nº de personas de la plantilla.

2. El personal es mayoritariamente femenino (60,3%). La posible explicación de ello es que se trataba de un hospital de cura mental.
3. El coeficiente Personal total/camas es de 0,63. Es decir, a cada miembro de la plantilla le corresponde 0,63 camas.
4. Las causas que generan mayor absentismo laboral fueron:
 - Asuntos propios.
 - Enfermedad común.
 - Accidente labora.
5. No fueron causa de absentismo en ningún caso:
 - Matrimonio.
 - Nacimiento de hijo.
 - Deberes públicos.
 - falta no justificada.
6. La media de ausencias laborales por empleado y mes fue de 0,68. Es decir, cada empleado, por término medio, no acudía al trabajo 0,68 días por mes.
7. El número total de ausencias en el año fue de 836.
8. La media de horas perdidas pro empleado y mes fue de 14,81 horas.
9. El número total de jornadas perdidas en el mes fue de 757,875.
10. El número total de jornadas en el año fue de 25.679.

B) Personal Masculino

1. El porcentaje de hombres en plantilla es del 39,86%.
2. Las tres causas más importantes de absentismo fueron:
 - Enfermedad común (45,23%).
 - Asuntos propios (37,53%).
 - Accidente labora (4,75%).

3. No fueron causa de absentismo laboral:

- Matrimonio.
- Traslados.
- Nacimiento de hijo.
- Falta no justificada.
- Deberes públicos.

4. La media de ausencias Hombre/mes fue de 0,75.

5. El número total de ausencias Hombre/año fue de 371.

6. La media de horas perdidas por hombre/mes fue de 14,19.

7. El número total de horas perdidas Hombre/año fue 6,943.

8. La media de jornadas, perdidas por hombre y por mes fue de 0,59.

9. El número total de jornadas perdidas al año fue de 368.

10. El mayor absentismo en los hombres tuvo lugar en los meses de enero y diciembre.

C) Personal femenino

1. El porcentaje de mujeres en plantilla fue de 60,13%.

2. Las causas más frecuentes de absentismo laboral fueron:

- Asuntos propios (27,11%).
- Accidente laboral (22,92%).
- Maternidad (20,12%).
- Enfermedad común (14,15%).
- Enfermedad común (14,15%).

3. No fueron causa de absentismo laboral:

- Matrimonio.
- Nacimiento de hijo.
- Atención hijo.
- Deberes públicos.
- Permiso.
- Falta no justificada.

4. La media de ausencias Mujer/mes fue de 0,62. Por tanto, fue menor que para los hombres (0,75).
5. El número total de ausencias Hombre/año fue de 465.
6. La media de horas perdidas por Mujer/mes fue de 15,21..
7. El número total de horas perdidas mujer /año fue de 11,246.
8. La media de jornadas perdidas por mujer y por mes fue de 0,63.
9. El número de jornadas perdidas de las mujeres fue de 468.
10. El mayor absentismo laboral en las mujeres se produjo en el segundo semestre, y especialmente en noviembre.

CAPÍTULO 6: SISTEMAS DE INFORMACIÓN HOSPITALARIOS

CAPÍTULO 6: SISTEMAS DE INFORMACIÓN HOSPITALARIOS

6.1. Concepto e introducción a un sistema de información

Es necesario empezar la cuestión de los sistemas de información (SI) por un concepto teórico y conceptual, lo cual quizás no sería necesario si habláramos de otro tipo de empresas. Podemos argumentar en este sentido, que los hospitales, por mucho que nos empeñemos, no son empresas como las demás, sino que mantienen una serie de particularidades que las distinguen claramente del resto de empresas. Para comenzar, vienen tutelados por una estructura pública que en cierta medida les marca las líneas de actuación, y por tanto, esta estructura pública va a disponer de un sistema de información que va a intentar unir a las diferentes instituciones hospitalarias. En Cataluña, la estructura pública viene representada básicamente por el Servei Català de la Salut (SCS), y el conjunto de instituciones de hospitales se denomina Xarxa hospitalaria d'Utilització Pública (XHUP)¹. En todo Brasil la salud pública está representada por el SUS (Sistema Único de Salud) compuesto por los hospitales públicos (federales, estaduais y municipales), cada uno con autonomía, pero regido por un único sistema de salud. La ANSS (Agencia Nacional de Salud Suplementario) es responsable por el SAMS (Sistema de Atención Médica Suplementaria) y SDD (Sistema de Desembolso Directo), los dos privados.

Como establecía Varo² anteriormente, cada hospital sería una división territorial enmarcada en una superestructura multidivisional.

La XHUP está formada tanto por hospitales públicos como privados, con lo cual se entiende que ningún hospital, aunque sea privado, tiene una plena independencia que le permita hablar de su propio sistema de información. No podemos por tanto hablar de un SI a nivel interno de un hospital si antes no tenemos en cuenta el sistema de información de la superestructura en la que se integran los hospitales que pertenecen a la Xarxa Hospitalaria d'Utilització Pública.

Por otra parte, creemos necesario un previo marco teórico porque los hospitales todavía no tienen plena conciencia de la cultura empresarial que es necesario implantar en su gestión. Además, aquellos hospitales que tienen un sistema de información adecuado no conocen todas las ventajas que se pueden derivar de su correcta utilización o explotación. Por

¹ MEMÒRIA DEPARTAMENT DE SANITAT I SEGURETATA SOCIAL, Op. Cit., p. 204.

² VARO, JOAQUÍN, La Gestión estratégica de la calidad en los servicios sanitarios, Díaz de Santos, Madrid, 1994, p. 129-130.

estas razones, entre otras posibles, resulta necesario empezar estableciendo el marco teórico de lo que es o debería ser un sistema de información hospitalario, que en realidad no dista tanto de lo que puede ser en otra empresa cualquiera.

Muchas son las definiciones de un sistema de información (SI), las cuales hacen referencia además a diferentes campos de conocimiento. Podemos hablar de un SI hospitalario, de un SI de tesorería, un SI en finanzas, etc. Es decir el SI es diferente según el ámbito de actuación del que estemos hablando, y además, puede incluir diversos subsistemas, tal como ocurre en la realidad³.

Antes de definir lo que diferentes autores entienden por un SI, debemos remarcar que la principal razón por la que vamos a tratar los sistemas de información en los hospitales es por que consideramos que son un elemento esencial desde el punto de vista de un sistema de calidad.

A la hora de buscar diferentes autores que nos pudieran ofrecer una definición de lo que se entiende por SI, hemos preferido combinar tanto a algunos que están implicados en la gestión hospitalaria, así como otros especialistas en SI. Ello nos permitirá conocer en una primera instancia las semejanzas o diferencias entre un sistema de información para una empresa general y un SI para un tipo tan especial de empresa como lo es un hospital.

Antoni Gratacós⁴, define un SI integrado del Servei Català de la Salut (SCS) como el conjunto de funciones, procesos y datos que definen el funcionamiento de la organización sanitaria.

Según Josep Valor⁵, un SI es un conjunto formal de procesos que opera sobre un conjunto estructurado de datos con la finalidad de proporcionar los elementos necesarios para que las personas que deciden puedan hacer sus funciones de acuerdo con las necesidades de la organización.

Siguiendo a Joaquín Esperalba⁶, del Hospital de la Santa Creu, el SI hospitalario constituye el elemento integrador básico de la organización hospitalaria que tiene que dar respuesta a la demanda de atención de salud de la población que atiende, que se encuentra en un entorno no estable y en un sistema sanitario donde los recursos son limitados.

³ WHITTEN, J.L.; BENTLEY, L.D; BARLOW, V.M. (1996). Análisis de Sistemas de Información. Madrid: Irwin.

⁴ GRATACÓS, A.. (1996). Sistema d'informació, tecnologia informàtica i comunicacions en l'àmbit del Servei Català de la Salut. Fulls Econòmics, nº 27, enero de 1996, p. 12-16.

⁵ VALOR, J. (1996). Els sistemes d'informació a l'empresa. Fulls Econòmics, nº 27, enero de 1996, p. 9.

⁶ ESPERALBA, J.; BORRÀS, P. (1996). Anàlisi del paper dels sistemes d'informació en la gestió hospitalaria. Fulls Econòmics, nº 27, enero, p. 25.

Según los autores Andreu, y Valor⁷, se entiende por SI al conjunto integrado de procesos, principalmente formales, desarrollados en un entorno usuario-ordenador, que operando sobre un conjunto de datos estructurados (base de datos) de una organización, recopilan, procesan y distribuyen selectivamente la información y las actividades propias de la dirección de la misma.

Si algo podemos observar de forma común en la mayoría de autores es que definen un sistema de información como un conjunto de procesos. Gratacós⁸ va más lejos todavía y lo define como un conjunto y funciones, procesos y datos. Por otra parte, sin perjuicio de las diferencias que pueden haber en las definiciones que hemos establecido anteriormente, existe una opinión generalizada en que un SI debe servir al proceso de toma de decisiones. En realidad, es este el objetivo último que persigue el sistema de información. No obstante, discrepamos con la definición que nos ofrece Andreu y Valor⁹, en el sentido que establecen un entorno usuario-ordenador como algo necesario para la existencia de un sistema de información.

Preferimos seguir la línea, al menos desde la perspectiva teórica que estamos tratando, a Gratacós, según el cual “el sistema de información no es necesariamente un conjunto de aplicaciones informáticas, ni un conjunto de tablas de datos recogidas de formas diversas, ni tampoco una recogida estadística más o menos completa”¹⁰.

Así pues, sin dejar de reconocer que todos estos componentes pueden integrarse en un sistema de información, no podemos asegurar que sean estos requisitos esenciales para tal hecho. De todos modos, lo que acabamos de apuntar tiene más importancia teórica que práctica, ya que en el mundo actual, incluso en los hospitales, cuando se habla de un SI se piensa automáticamente en la tecnología incorporada por ordenador.

Los componentes de un SIH son según Cosialls¹¹:

- Subsistema organizativo
- Subsistema de gestión administrativo de enfermos y recursos físicos.
- Subsistema de gestión económico-financiero.
- Subsistema de gestión logística.
- Subsistema de gestión de recursos humanos.
- Subsistema de gestión administrativa de la documentación médica.

⁷ ANDREU, R.; VALOR, J., (1991). Estrategia y sistemas de información. McGraw Hill.

⁸ GATRACÓS, A. (1996). Op. Cit.

⁹ ANDREU y VALOR (1991). Op. Cit.

¹⁰ GRATACÓS, A. (1996). Op. Cit.

- Subsistema de calidad asistencial.
- Subsistema de gestión clínica de enfermos.
- Subsistema de control de gestión.
- Subsistema de comunicación.
- Subsistema de futuros, entorno y mercado.
- Subsistema de relaciones institucionales.

Según Cosialls¹², las razones que explican la necesidad de un sistema de información hospitalario son:

- Tener un volumen de información organizado, disponible, útil para todos sus potenciales usuarios.
- Para los profesionales, es un inmejorable elemento de diálogo y de apoyo para la discusión de la realidad hospitalaria.
- Al clínico, le ayudará en su proceso de toma de decisiones, otorgándole mayor nivel de información y en menor tiempo.
- Al directivo hospitalario, le proporciona elementos de valoración de la actividad del producto, que realiza el hospital, y de su coste.
- A las instituciones sanitarias, les facilita el conocimiento de la utilización de los servicios sanitarios que realiza la población.

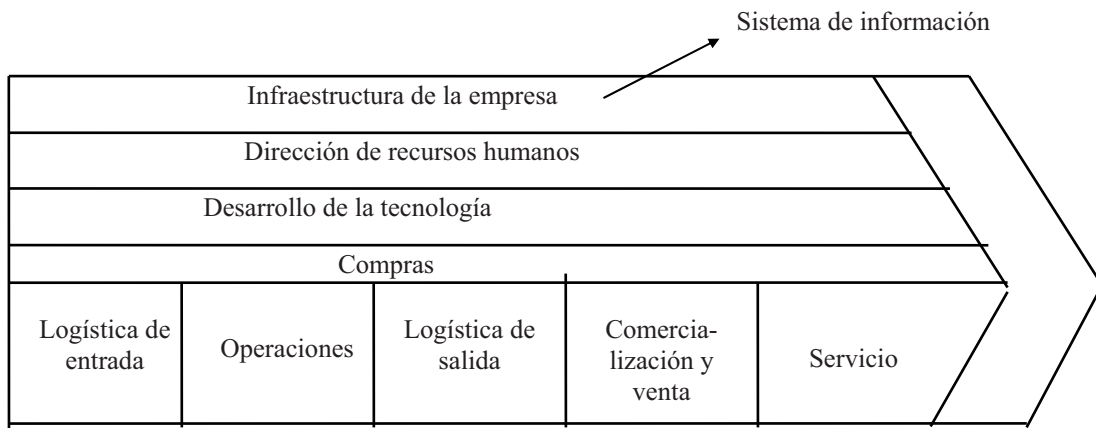
Por otra parte, si un SI es tan importante como estamos intentando transmitir, cabría preguntarnos donde encaja este sistema dentro de la organización. Dicho de otra forma, preguntarnos si se trata de un departamento específico, un servicio en determinadas áreas de un hospital, etc. En realidad, hemos hallado la respuesta con diferentes autores, entre ellos Ignacio Gil. Su enfoque no es novedoso pero nos aclara esta duda que podría plantearse todo hospital. Para ello recurre a la cadena de valor de Porter, diferenciando las actividades de soporte de las actividades básicas o de línea. De esta forma, considera a un sistema de información dentro de la estructura, la cual es a su vez un a actividad de apoyo de las actividades básicas¹³. La figura 6.1.1. refleja lo que queremos decir.

¹¹ COSIALLS, D. & PENELLA, J.. (1995). Sistema de Información Hospitalaria: subsistema clínico. Todo Hospital, nº2, p. 36-40.

¹² COSIALLS, D. (1995). Op. Cit.

¹³ GIL, IGNACIO, op. Cit..

Figura 6.1.1.: *El Sistema de Información dentro de la Cadena de Valor de Porter*



Fuente: Gil, Ignacio.

Tal y como establece Gil, un sistema de información asiste a¹⁴:

1. *Otras actividades de soporte.*- Por ejemplo, ofrece información útil sobre la rotación idónea del personal de la organización, informa a la dirección sobre múltiples aspectos relacionados con su función y que le puede resultar útil para el proceso de toma de decisiones, etc.
2. *Las actividades de línea.*- Por ejemplo, un sistema de información puede asistir a la cadena logística proporcionando información sobre los sistemas de aprovisionamientos de los hospitales. También asiste a la actividad de servicio posventa, que en un hospital será el seguimiento de los clientes después de haberles dado el alta, etc.
3. *Actividades de línea entre sí.*- Por ejemplo, un SI puede registrar el proceso de actividades que debe seguir un enfermo desde que entra hasta que sale del hospital en función de su diagnóstico u otros factores, etc.

Otra consideración que nos parece importante destacar en nuestra línea teórica, es que no todo lo que es capaz de proporcionar información es un sistema de información. Para ello mencionamos a Gil, quien establece dos requisitos para poder hablar de un SI con propiedad¹⁵: un SI debe utilizar unos inputs que afecten a varios departamentos de la organización; debe proporcionar un output que sirva a otros departamentos.

¹⁴ GIL, IGNACIO, Op. Cit.

¹⁵ GIL, IGNACIO, Op. Cit.

Con esta aclaración, intenta hacernos comprender que un sistema de información debe ser algo de una cierta envergadura, es decir, debe proporcionar una cierta utilidad al conjunto global de la organización. Establece un ejemplo basado en una empresa industrial si bien, como se comprobará, la analogía que guarda con un hospital es muy grande. Considera que una tecnología asistida por ordenador en el área de producción que informe sobre el tiempo de realización de una pieza concreta no es un sistema de información como lo hemos definido hasta el momento. La razón, entre otras, es que esta información no es esencial para otros departamentos, y de igual forma no utiliza inputs que provengan de otras áreas de la organización. Esto le lleva a concluir de que se trata de una información interna a nivel de un único departamento, por lo cual no es por sí solo un SI. Por ejemplo, el departamento de finanzas puede no tener conocimiento de este dato y no verse en absoluto perjudicado. De todas formas hace la aclaración que aunque este software de control de tiempos de una pieza no facilite información relevante a nivel de la organización, el sistema completo del departamento de producción sí es un verdadero SI, ya que utiliza inputs de otros departamentos (departamento de compras, departamento financiero, departamento de marketing, etc.), y su output es importante para otros tantos departamentos (por ejemplo en departamento de contabilidad)¹⁶.

En contraposición, establece el ejemplo de un sistema de información contable, el cual sí es considerado como un verdadero sistema de información, puesto que: utiliza inputs que provienen de varios departamentos de la empresa; genera un output que será de indudable utilidad para otros departamentos.

Para solucionar la confusión entre ambos sistemas, los relevantes y los que no lo son tanto, denomina a estos últimos como SI/TI¹⁷, los cuales utilizan como soporte una tecnología de información (TI) muy específica que se puede reducir a un software concreto para un departamento concreto¹⁸.

Podríamos seguir aumentando la base teórica que debemos tener clara para comprender lo que un SI debe ser en la estructura hospitalaria, pero creemos que hemos establecido algunos conceptos básicos que nos permitirán comprender el posterior desarrollo sobre la realidad existente.

A continuación se va a explicar el SI hospitalario a dos niveles: SI a nivel del Servei Català de la Salut (SCS), con su influencia sobre los hospitales de la XHUP; SI a nivel de

¹⁶ GIL, IGNACIO, Op. Cit.

¹⁷ SI= Sistema de Información; TI= Tecnología de información.

¹⁸ GIL, IGNACIO, Op. Cit.

hospital, mencionando las tendencias y los requisitos que parecen básicos en la actualidad para que este cumpla con su función de eficiencia.

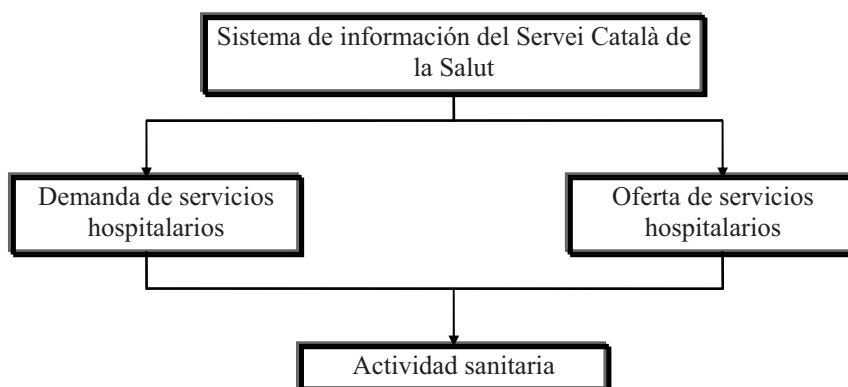
6.2. SISTEMA DE INFORMACIÓN INTEGRADO DEL *SERVEI CATALÀ DE LA SALUT*

A pesar que el SI integrado del SCS se puede tratar desde varios puntos de vista y podríamos estar hablando sobre el mismo durante varios capítulos, nos parece más adecuado tratarlo en sus características básicas, ya que eso nos permitirá cumplir el objetivo que nos proponemos: obtener una visión global de cómo los diferentes hospitales de la XHUP se integran en este gran sistema de información.

Vamos a exponer el sistema de información del SCS siguiendo un proceso lógico que establece los pasos más importantes de toda la actividad del SCS, desde que se analiza la demanda de salud de los usuarios, pasando por la selección en base a distintos criterios de las entidades proveedoras, hasta que tiene lugar el seguimiento y control de la actividad realizada por las entidades proveedoras contratadas, que están recibiendo una retribución precisamente para cumplir su parte del contrato. Insistiremos en estas y otras cuestiones a medida que vayamos desarrollando el tema.

Antes de empezar con el análisis de todas estas etapas que se incluyen en el sistema de información del Servei Català de la Salut, exponemos en la figura 6.2.1. dichas fases, que serán objeto de un estudio más detallado a continuación.

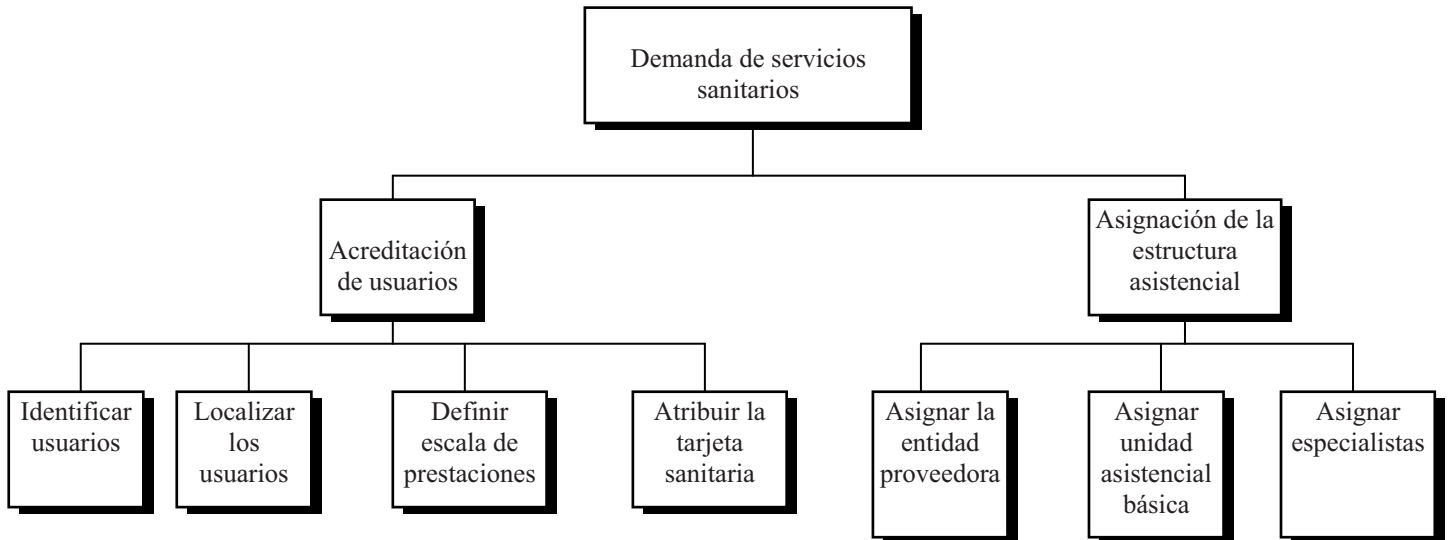
Figura 6.2.1.: *Proceso Lógico del Sistema de Información del SCS*



Fuente: Elaboración propia

Comenzaremos pues, con el análisis del sistema de información en la demanda de los servicios sanitarios. En este sentido, podemos empezar estableciendo la figura 6.2.2., que expone los puntos básicos de este modelo¹⁹:

Figura 6.2.2.: *Demanda de Servicios Sanitarios al SCS*



Fuente: Fulls Econòmics, n° 27, 1996, p. 13.

Como se puede observar, tenemos que distinguir dos aspectos en cuanto la demanda que recibe el SCS de ciudadanos que requieren los servicios hospitalarios. Por una parte, el SCS debe identificar o acreditar a todos los ciudadanos que tienen derecho a la asistencia sanitaria, y por otra, debe determinar los criterios que le servirán para elegir un proveedor u otro para satisfacer las necesidades de los demandantes.

En cuanto la acreditación de los usuarios, podemos remarcar, tal y como se observa en la figura 6.2.2, lo siguiente:

- a) La identificación se hace en base a datos personales (nombre, fecha de nacimiento, edad, etc.), determinando así lo que se conoce como Código de Identificación Personal (CIP). Para ello, se utiliza como principal base de datos los censos poblacionales y registros de nacimientos.
- b) Se determinará a efectos de su acreditación la zona sanitaria a la que pertenecen, lo cual se consigue mediante el conocimiento de su dirección de residencia.
- c) Se determinará los servicios a los cuales tiene derecho el usuario con respecto a las entidades proveedoras con las que se pacte. En caso que no exista cobertura de un

¹⁹ GRATACÓS, A. (1996) op. Cit.

determinado servicio, el paciente sería trasladado a otro proveedor con el que sí existiera dicha cobertura. Esta cuestión será tratada cuando se hable de la gestión de flujos (de pacientes).

- d) Por último, se le atribuirá al usuario, un documento acreditativo conocido como Tarjeta individual sanitaria (TSI)²⁰.

Por tanto, la acreditación de los usuarios es la primer cuestión que debe ser tratada mediante el sistema de información del SCS, aspecto que hace referencia a la demanda hospitalaria.

Por otra parte, tenemos una segunda cuestión a tratar en cuanto la demanda, que hace referencia a la consideración de los criterios que se tendrán en cuenta para seleccionar a los proveedores de los servicios hospitalarios con el fin de que estos satisfagan las necesidades de los usuarios. En este sentido, la asignación se hará siguiendo los siguientes criterios²¹:

- a) La pertenencia a colectivos de usuarios con características determinadas de carácter personal, social, etc. Es decir, si se trata de una entidad especializada en determinados usuarios atendiendo a cualquiera de esos criterios u otros, el SCS intentará llegar a un acuerdo para que sea dicha entidad la que facilite dicho servicio.
- b) La fuente de financiación que se va a emplear para remunerar a los proveedores de estos servicios. Por ejemplo, el Servei Català de la Salut establece contratos con proveedores para que presten sus servicios a los usuarios clientes de una determinada compañía aseguradora. De este modo, la financiación proviene de la misma compañía aseguradora.

Existen otros criterios, si bien estos son los más importantes, ya que son los dos primeros que se tienen en cuenta a la hora de decidir la contratación de los proveedores de la asistencia hospitalaria. Además, cada criterio se aplica con carácter preferencial respecto el siguiente. Es decir, en un principio sólo se tendrá como criterio de aplicación el primero que hemos mencionado, y sólo cuando no sea de posible aplicación, se recurrirá al siguiente²².

Después de determinar al proveedor, el siguiente paso será asignación de los profesionales que van a prestar concretamente este servicio hospitalario. En este sentido, es el

²⁰ MEMORIA DEPARTAMENT DE SANITAT I SEGURETATA SOCIAL, Op. Cit., p. 206.

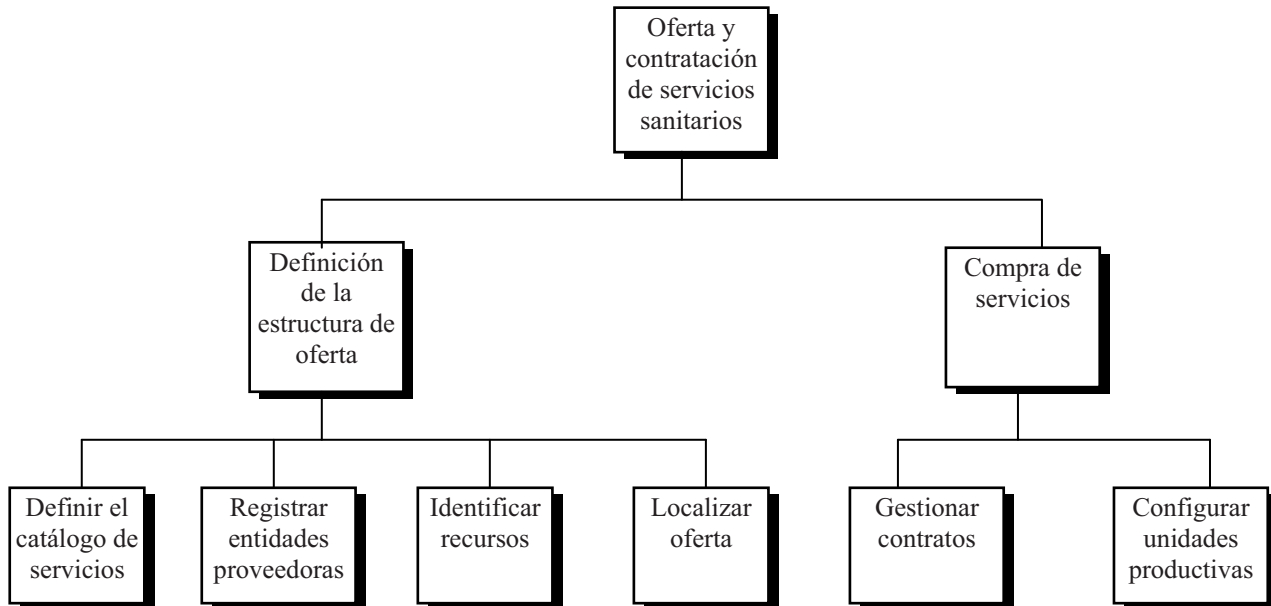
²¹ GRATACÓS, A. (1996) Op. Cit..

²² GRATACÓS, A. (1996) Op. Cit..

propio usuario el que puede elegir uno u otro profesional para que le atienda, si bien esto no es siempre posible y se le asignará el personal por defecto²³.

Con esto queda explicado suficientemente el sistema de información del SCS por lo que hace referencia a la demanda. Pasamos a continuación a exponer el enfoque desde el punto de vista de la oferta. Igual que hicimos en el caso de la demanda, partimos de la figura 6.2.3.

Figura 6.2.3: Oferta y Contratación de Servicios



Fuente: Fulls Econòmics, nº 27, 1996, p. 14.

Tenemos que distinguir lo que hace referencia a la definición de la estructura de la oferta de lo que es la compra de servicios. En cuanto la primer cuestión, el Servei Català de la Salut deberá disponer y analizar los siguientes documentos²⁴:

- a) *El catálogo de servicios*: se establece aquí el conjunto de servicios que deben ser garantizados por el SCS, y que por tanto deben ser objeto de provisión por alguna entidad proveedora que contrate con el SCS. Como ya se apuntó antes, estos proveedores pueden ser tanto de titularidad pública como privada.
- b) *Registro de entidades proveedoras*: establece un listado de entidades proveedoras que pueden realizar la prestación de determinados servicios. El SCS deberá escoger aquella que sea capaz de prestar un servicio de calidad con el mínimo coste posible.

²³ GRATACOS, A. (1996) Op. Cit.

²⁴ GRATACÓS, A. (1996) Op. Cit.

- c) *La identificación de los recursos físicos y humanos*: el SCS realiza un análisis del personal al servicio de las diferentes entidades proveedoras, garantizando su cualificación y profesionalidad. De igual modo, analizará el buen estado de los recursos físicos de la entidad proveedora que tenga que prestar algún servicio, incluyéndose tanto instalaciones, equipos de tecnología y demás.
- d) *La localización de la oferta*: el SCS debe determinar el ámbito geográfico de cobertura de los servicios que prestarán los proveedores. A estos efectos, se distingue entre: área básica de salud, región sanitaria, y todo Cataluña.

Por otra banda, también en la oferta tenemos la compra de servicios, que como indica la figura 6.2.3 hace referencia a tres aspectos²⁵:

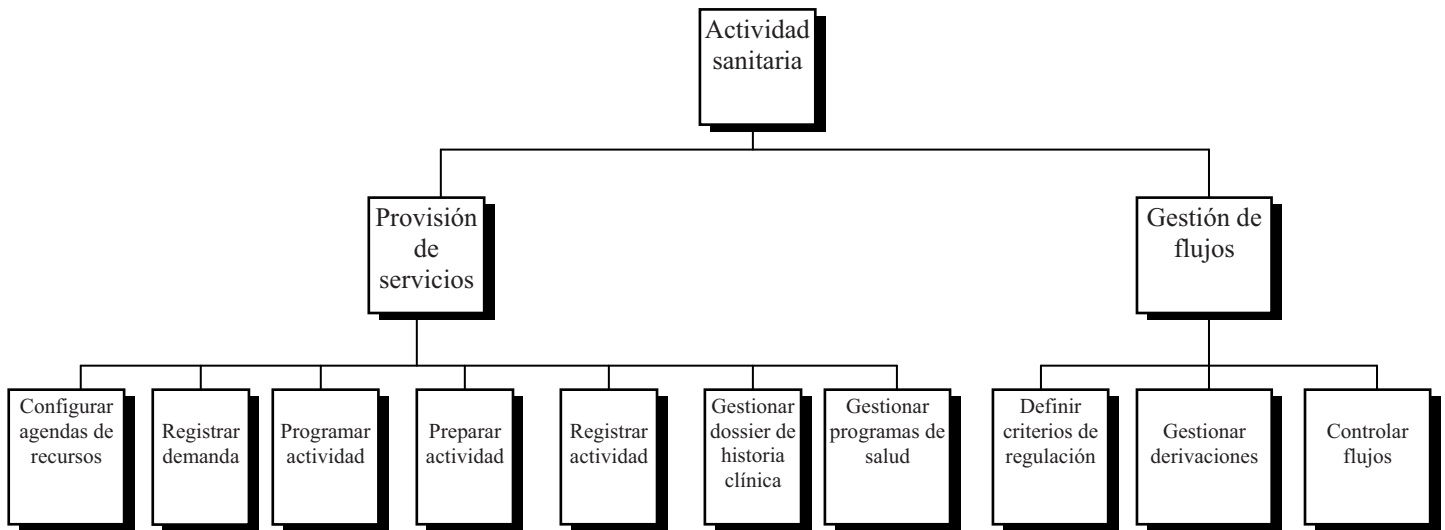
- a) *Gestión del contrato con el proveedor*: con esto se quiere significar que el Servei Català de la Salut llevará a cabo un seguimiento de los contratos firmados con los proveedores, de forma que se pueda garantizar su cumplimiento en todos los términos establecidos.
- b) *Configuración de las unidades productivas*: consiste en el seguimiento que llevará a cabo el SCS de los recursos humanos, físicos y económicos de las entidades proveedoras contratadas con el fin de garantizar un servicio de calidad en favor de los usuarios.

Una vez analizadas las fases de demanda y de oferta en el sistema de información, el próximo paso lógico es el de la provisión de servicios por los proveedores contratados por el SCS, lo que denominaremos como actividad sanitaria. Siguiendo la línea de los pasos anteriores, partimos de la figura 6.2.4. correspondiente a la actividad sanitaria²⁶.

²⁵ GRATACÓS, A. (1996) Op. Cit..

²⁶ GRATACÓS, A. (1996) Op. Cit..

Figura 6.2.4.: Actividad Sanitaria



Fuente: Fulls Econòmics, nº 27, enero 1996, p. 15.

Distingüim de este modo la provisió de serveis, y por otra, la gestió de los flujos. La provisió de serveis hospitalaris realitzado por las entidades proveedoras contratadas significa²⁷:

a) Configuración de la agenda de recursos: significa que las entidades proveedoras deben realizar una planificación adecuada en el tiempo de todos los inputs que serán necesarios para realizar la prestación de servicios en las condiciones de calidad pactadas con el SCS. Se debe planificar también en el tiempo las actividades que puede realizar cada recurso, con el fin así de evitar lo que podríamos llamar cuellos de botella en las actividades hospitalarias.

b) Registro de la demanda asistencial, es decir, la demanda realizada por los diferentes usuarios a cada una de las entidades proveedoras. Las entidades proveedoras deberán en este sentido identificar al usuario demandante, la actividad solicitada, así como registrar esta demanda en la lista de espera si no se puede prestar el servicio hospitalario por el momento por acumulación de pacientes. Este registro requiere: identificar al usuario que demanda la asistencia hospitalaria; recoger el origen de la demanda; clasificar la solicitud de actividad, en la estructura asistencial correspondiente; gestionar la lista de espera, en caso que la solicitud no pueda ser satisfecha e corto plazo.

²⁷ GRATACÓS, A. (1996). Op. Cit..

- c) Programación de la actividad: consiste en casar la demanda recibida de los usuarios con la correspondiente oferta, fijando día y hora, así como los recursos humanos y técnicos que serán necesarios.
- d) Preparación de la actividad, realizando los trámites que sean oportunos para que el usuario no tenga que someterse a esperas cuando llegue el día y hora de ser tratado.
- e) Registro de la actividad realizada: la entidad proveedora deberá recoger los datos oportunos después de haber prestado los servicios correspondientes. Se deberán establecer los resultados, actividades que se han realizado concretamente, diagnóstico resultante, y todos los demás aspectos que se consideren necesarios en cada caso.
- f) La gestión del dossier de historia clínica: se trata de un documento donde figura el historial clínico del usuario, así como los resultados de las pruebas realizadas que se incorporarán al mismo. Cuando el paciente recibe la visita del médico es importante que éste tenga preparado su historial clínico, de modo que el paciente no deba someterse a esperas innecesarias.
- g) La gestión de los programas de salud: esto significa simplemente que la entidad proveedora deberá realizar un seguimiento de los objetivos del programa de salud, que en realidad no es más que un conjunto de actividades puestas en marcha por la entidad proveedora para mejorar o solucionar un problema de salud correspondiente a una parte de la población que está bajo su cobertura.

Una vez visto los aspectos fundamentales del sistema de información por lo que respecta a la provisión de servicios, trataremos a continuación el tema de la gestión de los flujos. Consiste en que el SCS será responsable de establecer los movimientos de flujos de personas de unos a otros centros en aras a cumplir con su objetivo de garante de prestación de servicios sanitarios de calidad²⁸.

Diversas pueden ser las causas que justifiquen estos movimientos de flujos de usuarios de unos centros a otros. Por ejemplo, esto ocurre cuando el centro en el que se encuentra el usuario no tiene contratado con el SCS la cobertura del servicio en cuestión, o bien cuando es aconsejable el traslado a otro centro por razones de calidad en la prestación del servicio. Este último caso puede ser cuando la tecnología del hospital no es la más idónea para tratar con éxito y adecuadamente al usuario. También puede el SCS decidir el traslado de uno a otro centro por razón de saturación de determinados hospitales, cuando en otros se puede recibir una asistencia equivalente.

Una vez hemos analizado las partes más importantes del sistema de información del SCS, nos damos cuenta de la importancia que este tiene para garantizar la calidad de la prestación de los servicios sanitarios en el ámbito de Cataluña. Es obvio que un sistema de información como el descrito, permite que el SCS ejerza su función de garante de la prestación de servicios, pero sin embargo no basta con esto. El desarrollo del Plan para la renovación informática de los centros hospitalarios permite, actualmente, que todos los hospitales tengan las aplicaciones informáticas básicas que incluyen funciones como²⁹: identificación y tránsito de pacientes; facturación de la actividad asistencial; contabilidad; distribución e inventario permanente, etc.

Podemos decir que el SI que acabamos de ver es condición necesaria, a nuestro entender, para que se presten servicios sanitarios de calidad por las entidades proveedoras, pero en absoluto es suficiente. Consideramos que es necesario que las propias entidades proveedoras (centros hospitalarios) tengan su propio sistema de información y que este sea lo suficientemente adecuado para garantizar que los servicios prestados sean de la calidad que requiere el Servei Català de la Salut. Dicho en otras palabras, opinamos que es necesario que los hospitales tengan su propia cultura de calidad en sus servicios. Para conseguir todo esto, los hospitales deberán disponer de sistemas de información que sean capaces de garantizar estos objetivos. Pero todavía podemos ir más allá, ya que nos podemos preguntar de qué sirve un sistema de información si la cultura del personal del hospital no es la adecuada. En este caso, sería inútil disponer de un eficiente SI que informara de los controles de calidad que hay que llevar, del grado de cumplimiento de los objetivos de calidad y demás, ya que la actuación del personal no estaría por la línea de mejora y control de calidad.

Procederemos a continuación a tratar los requisitos esenciales que debe de cumplir un SI a nivel de hospital, y posteriormente pasaremos a analizar la el problema de calidad desde el punto de vista del personal y su cambio cultural requerido.

6.3. LA NECESIDAD DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN EFICIENTES EN LOS HOSPITALES

Retomando la definición de SI que nos ofrece Josep Valor³⁰, lo podemos definir como un conjunto de procesos que opera sobre un conjunto de datos con la finalidad de

²⁸ GRATACÓS, A. (1996) Op. Cit.,.

²⁹ MEMORIA DEPARTAMENT DE SANTIAT I SEGURETAT SOCIAL AÑO 1994, 1996, p. 206.

³⁰ VALOR, J. (1996). Op. Cit.

proporcionar los elementos necesarios para que las personas que deciden puedan hacer sus funciones de acuerdo con las necesidades de la organización³¹.

Esperalba y Borràs³² deducen de esta definición, que para que un SI cumpla con su objetivo debe tener como punto de partida el enfermo. De esta forma, se debe analizar la demanda que estos hacen, y de este modo adecuar los recursos que se crean necesarios para conseguir como último objetivo la cura o mejora del enfermo.

A partir de estas declaraciones, podemos decir por nuestra cuenta que lo que persigue un SI es en definitiva ser útil para el proceso de toma de decisiones, las cuales, como indican estos autores, deben tener como objetivo principal la cura o mejora del enfermo.

Los sistemas de información están íntimamente relacionados con la estructura organizativa de los hospitales. En este sentido, Esperalba y Borràs³³ consideran que el SI hospitalario es el elemento integrador básico de la organización hospitalaria. En otras palabras, el cambio de cultura organizacional tiene como punto de partida un SI adecuado que sirva para apoyar dicho cambio desde el principio. Por eso podemos decir que el objetivo de un sistema de información hospitalario (SIH) es convertirse en un instrumento al servicio de toda la organización, de modo que sea capaz de ofrecer una información flexible y adaptada a las necesidades de los usuarios de estos sistemas.

A partir de estas directrices básicas, podemos entonces apuntar los aspectos esenciales que tendría que considerar un SI según Esperalba y Borràs³⁴. Ellos establecen estos aspectos o factores esenciales en forma de preguntas que deberían ser respuestas por un SIH (Sistema de Información Hospitalario) eficiente:

- ¿Quién es el enfermo?
 - Perfil del enfermo
 - Nivel de severidad
 - Nivel de dependencia física y psíquica
 - Procedencia geográfica
 - Procedencia asistencial
 - Procedencia económica
- ¿Qué requiere el enfermo?
 - Asistencia programada/urgente

³¹ VALOR, J. (1996) . Op. Cit.,.

³² ESPERALBA, P.; BORRÀS, M. (1996). Anàlisi del paper dels sistemes d'informació en la gestió hospitalaria. Fulls Econòmics, nº 27, enero de 1996, p. 25.

³³ ESPERALBA, J.; BORRÀS, P. (1996) Op. Cit., p. 25.

³⁴ ESPERALBA, J.; BORRÀS, P.,(1996) Op. Cit., p. 26.

- Línea de atención ambulatoria
- Línea de atención hospitalaria
- Línea de atención de Hospital de día
- Programa de salud
- ¿Qué se le ha practicado al enfermo?
 - Procedimientos diagnósticos
 - Procedimientos terapéuticos
 - Procedimientos evolutivos
 - Prestaciones/servicios
 - Grado de complejidad
- ¿Quién lo ha hecho?
 - Profesional asistencial
 - Unidad funcional asistencial:
 - Equipo de atención urgente
 - Equipo de atención de hospital de día
- ¿Dónde se le ha tratado?
 - Punto de asistencia:
 - Unidad funcional asistencial
 - Servicio clínico
 - Centro de referencia ajeno
- ¿Cómo se le ha hecho?
 - Protocolo asistencial
 - Programa de calidad
 - Programa de investigación
 - Encuesta de satisfacción
 - Encuesta de percepción
- ¿Cómo lo medimos?
 - Por producto
 - Por enfermo
 - Por concepto facturable
 - Por proceso asistencial: por línea de atención; por unidad funcional; por punto de asistencia.

- ¿Cuánto ha costado?
 - Por producto
 - Por tipología de enfermo
 - Por proceso asistencial: por línea de atención; por procedimiento; por profesional o equipo asistencial; por unidad funcional; por punto de asistencia.

Es necesario que un SIH sea capaz de proporcionar respuesta a estas preguntas consideradas como básicas, y a muchas otras que también puedan resultar más o menos necesarias.

CAPÍTULO 7: PANORÁMICA HACIA EL FUTURO

CAPÍTULO 7: PANORÁMICA HACIA EL FUTURO

7.1. Algunas Consideraciones de Política Económica

Cuando se habla de un tema tan importante en la economía como la sanidad, es evidente que no se puede obviar sus efectos sobre la estructura económica del país. Cuando se habla de sanidad se habla de economía, de política, de ética, de convergencia a Europa y de humanización. Todo ello es cierto, por lo que no podemos acabar un estudio de esta índole sin hacer referencia a las perspectivas de la sanidad española.

El tratado de Maastricht es un imperante esencial si España quiere estar presente en la Unión Económica Monetaria. Se habla mucho que se tiene que reducir el déficit público. Ello es como consecuencia de este tratado. Mediante una revisión al Tratado de Maastricht, vamos a ver lo que establece exactamente en materia de déficit público:

“Los valores de referencia que se mencionan en el apartado 2 del artículo 104 C del Tratado serán: 3 por 100 en lo referente a la proporción entre el déficit previsto o real y el producto nacional a precios de mercado; 60 por 100 en lo referente a la proporción entre la deuda y el producto nacional bruto a precios de mercado¹.”

Ante este requisito, todas las autoridades están de acuerdo en que es preciso encontrar una solución rápida. El gasto en sanidad supone un elevado porcentaje del déficit público, y ello también ocurre en Cataluña como se pudo comprobar en su momento. Al gasto en sanidad se unen otros gastos sociales como la educación y las pensiones. Estas tres partidas son las más importantes y culpables de déficit, pero lo problemático es que parecen intocables.

La necesidad de reducir el déficit sanitario es una necesidad imperante que se puede observar por varias razones. Según Martí i Salís² en la Europa que se está construyendo tiene cada vez un peso más importante la evaluación de la eficiencia del sector público. Esta tendencia es cada vez más patente, tal y como exponen también los autores Bustillo³ y Offe⁴. En la mayoría de los países europeos operan en mercados fuertemente regulados, lo que frena la presión competitiva. A esto se le une la fama burocrática del Estado, lo que provoca la creencia cada vez más generalizada de que el tema de la sanidad es un pozo sin fondo. Esto

¹ LÓPEZ GARRIDO, D.. (1992). El Tratado de Maastricht: versión castellano.

² MARTÍ I SALÍS, E.. (1992). La integració a Europa. Com afrontar-la des dels hospitals?, Fulls econòmics, nº14, abril/junio, p.15-16.

³ DEL BUSTILLO, R.. (1989). Crisis y Futuro del Estado del Bienestar. Madrid: Editorial Universidad.

⁴ OFFE, C.. (1990). Contradicciones en el Estado del Bienestar. Madrid: Alianza Universidad.

ha provocado, como establece Martí i Salís, la convicción de la necesidad de una reforma sanitaria. Son varios los estudios y comentarios de expertos políticos y de otras ciencias sobre este tema.

La propia Administración es cada vez más consciente de que es necesario poner alguna solución a este problema. Sin embargo, la privatización, hemos de reconocer que es una medida impopular ante el electorado, lo que hace que el gobierno hoy no tenga demasiado claro el modelo de reforma que se desea. Por otra parte tenemos el problema del entorno. Incide Martí i Salís en que el principal causante del crecimiento del gasto sanitario es el envejecimiento de la población, la aparición de nuevas tecnologías, así como la aparición de nuevas patologías.

Son varios los autores que remarcan estos factores. Por ejemplo tenemos a Mintzberg⁵, quien establece que antes las variaciones continuas del entorno, es necesario crear una estructura flexible que se adapte continuamente a ella. Por esta razón critica la burocracia profesional, y establece que la mejor estructura de futuro es la adhocracia. Para nosotros tiene lógica, puesto que no hay estructura más flexible que aquella que no es estructura. La Adhocracia es una forma de organización informal, sin pautas fijas preestablecidas⁶.

Varo⁷ establece que una estructura adhocrática propone algunas ventajas como forma organizativa del futuro de los hospitales como: integrar al personal médico y de enfermería en la formulación de la estrategia; crear unidades multidisciplinarias para dar respuestas a los problemas del entorno; y configurar los servicios médicos como equipos que agrupen a distintas clases de profesionales.

Ante esta perspectiva, nos parecen algunas de las medidas propuestas por Martí i Salís para afrontar con garantías de éxito el reto del tema hospitalario y sanitario en general⁸:

- Estudiar las tendencias de la demanda y de los recursos. Considera en este sentido los siguientes puntos: las circunstancias del entorno derivadas del envejecimiento de la población, las nuevas tecnologías y las nuevas enfermedades provocarán modificaciones organizativas. Destaca aquí la transferencia de determinadas actividades que desde los hospitales se traspasarán a la asistencia primaria, disminución de las camas de corta estancia, aumento de las camas de media y larga estancia, modificación de las formas de asistencia (hospital de día, de noche y de

⁵ MINTZBERG, H. (1979). *The Structuring of Organizations*. Prentice Hall.

⁶ Curso de doctorado, Dr. Castán, 1997.

⁷ VARO, J. (1994). *Gestión Estratégica de la Calidad en los Servicios Sanitarios: un modelo de gestión hospitalaria*. Madrid: Díaz de Santos.

⁸ MARTÍ i SALÍS, E. (1992). *Op. Cit.*

fin de semana, asistencia domiciliaria, etc); la planificación de la sanidad debe servir para determinar los recursos necesarios a emplear, por regiones y sectores sanitarios. En este sentido, Cuervo⁹ destaca como métodos más adecuados de planificación de recursos los siguientes: método de la necesidad, método metaservicios, método basado en la demanda, método basado en estándares o ratios; Se ha de mejorar sobre todo el trato ofrecido a los clientes. Hay que tener en cuenta que el cliente no es sólo el paciente, sino también todos los familiares que le visitan. Hemos visto a lo largo de nuestro trabajo como varios autores estudiados han insistido en la necesidad de un trato humanizado a los clientes¹⁰.

- No olvidar cuál es la misión de los hospitales. Comenta Martí i Salís¹¹ que un hospital es una organización que tiene la misión de cuidar a los enfermos y, si es posible curarlos. Es decir, es una “empresa” orientada al enfermo, por lo cual debe tener no en cuenta no sólo su dimensión biológica, sino también su dimensión psicológica, social, etc. Recordemos que también son varios los autores que se muestran a favor de esta orientación y que hemos tratado en nuestro trabajo, como Pedro Lain¹² y Varela¹³.

Además se deben tener en cuenta otros aspectos¹⁴ como la actividad desempeñada por los profesionales debe estar presidida por los principios éticos. Sólo de este modo será posible garantizar la equidad, la seguridad, la calidad, etc. Los hospitales tienen también la función de docencia y de investigación, pero de forma secundaria. Recordar cuál es el papel de los directivos de hospitales de primer nivel señala en este caso que los directivos han de tener en cuenta que no sólo son responsables de la curación o mejora del enfermo, sino que son también responsables de su gestión eficiente de recursos. Con esto se incorpora la vertiente económica en el profesional hospitalario.

Defendemos, en este sentido, la opinión de López Arbeola¹⁵ cuando considera que los médicos deben actuar como sus propios gestores. Los máximos responsables del hospital

⁹ CUERVO, J. I. . (1996). Preparant el futur: una nova organització per als hospitals Vall d’Hebrón. Salut Sanitaria, vol. 10, nº2, p. 58-66.

¹⁰ Entrevista a PEDRO LAIN. (1997). La sanidad y la cultura. Revista Tribuna Sanitaria, nº94, junio, p. 6-9.

¹¹ MARTÍ i SALÍS (1992). Op. Cit.

¹² Entrevista a Pedro LAIN (1997). op. cit..

¹³ CUERVO, J. I.; Varela, J. & Belenes, R. (1994). Gestión de Hospitales: nuevos instrumentos y tendencias. Barcelona: Vicens Vivens.

¹⁴ MARTÍ i SALÍS, Op. Cit..

¹⁵ LÓPEZ ARBEOLA, P. (1995). La sanidad: un sector en cambio. Un nuevo compromiso entre la administración, usuarios y proveedores. Curso UIMP (Universidad Internacional Menéndez Pelayo), Santander, julio, p.207-209.

deben motivar e incentivar a su personal que, como establece Martí i Salís, es el segundo bien máspreciado del hospital después del enfermo¹⁶. También en este sentido, son varios los autores que han incidido en la importancia de la motivación del personal hospitalario en su trabajo, como hemos podido comprobar en anteriores explicaciones^{17,18}.

Acabamos de exponer algunas de las medidas microeconómicas (a nivel de hospital) que los hospitales deben actuar para adaptarse al nuevo entorno, siguiendo a Martí i Salís. Sin embargo no hemos querido olvidarnos de la vertiente macroeconómica, allá donde es Estado es el verdadero responsable del futuro sistema de salud, ya que los médicos pueden cambiar su cultura, pueden emplear un trato más humanizado a los pacientes, pueden motivarse unos a otros, etc., pero de nada servirán estas medidas si el Estado no es capaz de modificar la estructura hospitalaria actualmente existente. Es el único que puede hacerlo, ya que los hospitales públicos de él depende.

Como señala Bengoa¹⁹ en este sentido, el papel del Estado está modificándose en todos aquellos países que buscan una modernización de sus políticas sociales. Este cambio tiene incluso más potencial en España que en otros países, debido a su descentralización y reorganización en Comunidades Autónomas (CCAA).

Ante este panorama es preciso dejar claras las cosas desde un principio: el propósito final del sector público no es cambiar los principios de la sanidad en España, sino encontrar una nueva forma de organizar y gestionar a este sector, de forma que se puede conseguir un aumento de la eficiencia global²⁰.

Ciertamente se trata de una tendencia no sólo a nivel europeo. Son varios los países los que han iniciado una reforma en el sistema sanitario: Suecia (varios condados), Inglaterra, Dinamarca, Australia, Finlandia, Nueva Zelanda, Chile, Argentina, Brasil, Países Bajos, Italia (Regiones), y algunas Comunidades Autónomas en España. Estas reformas se han desarrollado en los últimos años, y además son las más importantes de las últimas décadas²¹.

Además no es cierto que estas iniciativas sean desarrolladas por gobiernos de derecha, ya que en muchos casos (por ejemplo Nueva Zelanda y Australia) se han desarrollado por países de centro-izquierda²².

¹⁶ MARTÍ i SALÍS, Op. Cit..

¹⁷ OROBIGT MOREU, F. (1994). Motivación y sistemas de incentivos. *Gestión hospitalaria*, nº1, p.37-38.

¹⁸ LORENTE, J. M^a. (1994). La gestión hospitalaria frente al siglo XXI. Nuevas organizaciones e instrumentos. *Revista Gestión Hospitalaria*, nº4, p. 87-90.

¹⁹ BENGOA, R. (1996). Los primeros pasos para una reforma sanitaria: incorporar a los profesionales de la salud. *Boletín de Estudios Económicos*, vol. LI, nº159, diciembre p. 517-529.

²⁰ BENGOA, R. (1996). op. cit.

²¹ BENGOA, R. (1996). op. cit.

²² BENGOA, R. (1996). op. cit.

En realidad, existen diferentes vías por las cuales este tipo de problemas estructurales pueden tratarse:

- Intentar cambiar el entorno: nos estamos refiriendo a varios factores que ya se han estudiado, y que como establece Martí i Salís se concretan especialmente en los siguientes (envejecimiento de la población; aparición de nuevas tecnologías; aparición de nuevas patologías).

Sin embargo, como establece Bengoa²³, estos factores no pueden ser modificados por el sistema hospitalario. Para comenzar, es inevitable que las personas envejezcan. Tampoco puede evitar el progreso de la tecnología, es más, es algo costoso aunque deseable. Por último, el sector hospitalario (sanitario en general) no puede evitar la aparición de nuevas enfermedades, sino que a lo sumo podrá frenarlas. Parece pues, que esta medida de modificar el entorno no es viable.

- Aparentar que se está haciendo una reforma, pero sin hacerla realmente.- Se trata de una solución a corto plazo, pero la población no es ignorante y se dará cuenta de las discrepancias entre lo que se dice (reforma) y lo que se hace (nada). La población debe percatarse de que existe una cierta coherencia entre lo que se dice y lo que se hace²⁴.

Ocurre lo mismo que cuando los máximos responsables del hospital intentan implantar un cambio cultural en el personal pero las mediadas no son las que se dicen²⁵.

- Mantener el sistema actual esperando que las mejoras de gestión sean suficientes. Se trata de dar respuestas clásicas a problemas modernos. Podemos ver un ejemplo paralelo que nos comenta Rifkin²⁶. Este autor considera que durante los inicios de la introducción de la informática en la industria americana, se observó que a pesar de haberse invertido millones de dólares, la productividad no aumentaba. La razón es, según Rifkin, que se estaban aplicando las mismas antiguas formas de organización del trabajo a una tecnología más moderna, que requería nuevos cambios organizativos. Cuando se adecuaron las organizaciones a la informática, esta dio sus frutos y se disparó la productividad. Dicho de otra forma, de nada sirve introducir mejoras si las formas organizativas de trabajo siguen siendo las mismas.

²³ BENGUA, R. (1996). op. cit.

²⁴ BENGUA, R. (1996). op. cit.

²⁵ LORENTE, J.M^a. (1994). op. cit..

²⁶ RIFKIN, J.. (1996). El Fin del Trabajo. Nuevas tecnologías contra puestos de trabajo: el nacimiento de una nueva era. Barcelona: Editorial Paidós.

- Reformarse y reorganizarse para adaptarse al nuevo entorno: esta es la mejor alternativa existente en la actualidad. Pensemos que el actual sistema, demasiado burocratizado, está pensado para entornos estables, poco dinámicos, donde cada especialista tiene una esfera de poder que le mantiene al margen de otros profesionales. Una estructura como esta sólo es capaz de realizar innovaciones lentamente, con mucho esfuerzo y desgaste entre los actores del sistema hospitalario²⁷.

La reforma propugnada en este último punto y que, en principio es la única propuesta sería con perspectivas de futuro, consistiría en los siguientes puntos básicamente:

- a) Buscar una nueva combinación entre el Estado y el mercado en la provisión de servicios sanitarios públicos.
- b) Separación entre la financiación de la provisión de servicios de salud.
- c) Aplanamiento de las estructuras organizativas y se descentraliza la toma de decisiones.
- d) Introducción de una nueva cultura de contratos y calidad. Se trata de fijar una retribución que esté más en función del rendimiento que de los gastos históricos.
- e) Otorgar mayor autonomía a los hospitales y fomento de la presión competitiva entre ellos.
- f) Modernización y flexibilidad de la Administración sanitaria.
- g) Introducir los valores de cambio y de innovación. Es decir, fomentar la dinamicidad continua de la organización.
- h) Organizar un “mercado planificado o mercado gestionado” en el que la compra y venta de servicios opere bajo un marco controlado de gestión. Es decir, conseguir una mayor eficiencia en la compra de los inputs sanitarios.
- i) Organizar sistemas integrados de salud. Se trata de integraciones mediante diferentes hospitales que cooperan entre sí mediante un régimen de consorcio, integración vertical, horizontal, alianzas estratégicas. Como fue comentado en el capítulo 2, se trata de una práctica bastante difundida en EEUU conocida como *managed care*, pero no tan difundida en Europa.

Estas mediadas, si bien no están consolidadas, tampoco se puede decir que sea algo tan distante. En realidad, existen Comunidades Autónomas como Cataluña, País Vasco y Galicia que ya han iniciado esta reforma sanitaria. El modelo catalán es ejemplo a seguir en varias publicaciones según hemos podido verificar, y su principal característica es que se

²⁷ VARO, J. (1994). op. cit..

separa definitivamente el comprador-financiador de los servicios hospitalarios, que seguirá siendo la Generalitat, de los proveedores de estos servicios. En realidad es una tendencia en todos los países que han iniciado ya esta reforma, por ejemplo Inglaterra. La cuestión es sencilla: ¿Porqué los servicios hospitalarios deben ser ofrecidos por centros públicos estrictamente ligados a la Administración Regional?. No existe respuesta lógica a esta pregunta. De este modo, el Servei Català de la Salut contrata la provisión con centros hospitalarios, tanto públicos como privados, a los que pagará por los servicios facturados. Este conjunto de hospitales forman parte de lo que ese conoce como XHUP (Xarxa d'Hospitals d'Utilització Pública). La unidad de contratación es la UBA (Unidad Básica Asistencial). Estos aspectos ya fueron comentados en el capítulo 2²⁸.

Los modelos de gestión actuales del Servei Català de la Salut son²⁹:

- Consorcios: Consorci Hospitalari de Vic, Consorci hospitalari del Parc Taulí, consorci Sanitari de l'Alt Penedés, Consorci Sanitari de Terrassa, etc.
- Empresas públicas: Institut de Diagnòstic per la Imatge, Energètica d'Instal·lacions Sanitàries, Gestió de Serveis Sanitaris, Serveis Sanitaris de Referència, etc.
- Contratos de cesión de gestión: son los contratos a los que nos referíamos antes. Consiste, como indica el nombre y como también hemos indicado más arriba, en ceder la gestión a un hospital público o privado, siendo la unidad de compra la Unidad Básica Asistencial (UBA). Tenemos algunos ejemplos como: Mutua de Terrassa; Consorci Sanitari de Barcelona (el cual pertenece el Hospital de la Creu Roja); Consorci Sanitari de Terrassa; Consorci Assistencial del Baix Empordà; Badalona Gestió Assistencial, etc.

Por su parte, Fernández Miranda (portavoz adjunto del Grupo Popular en el Congreso de los Diputados), establece que el actual sistema tiene tres problemas principalmente³⁰: es ineficiente; Insuficiente (los datos representativos de esta insuficiencia son las listas de espera de 150.000 personas; 90.000 personas pendientes de intervenciones, entre otros); empieza a ser insolidario. Para solucionar estos problemas, propone tres pasos para abordar el problema:

²⁸ COMISIÓ TÈCNICA SOBRE EL SISTE;A DE PAGAMENT DELS SERVEIS CONTRACTATS A LA XHUP. (1996). El nou sistema de pagament per a la compra de serveis hospitalaris en l'àmbit dels centres de la Xarxa Hospitalaria d'Utilització Pública, Fulls econòmics, mayo, n°28, p. 28-30.

²⁹ MEMORIA ANUAL DEL DEPARTAMENT DE SANITAT I SEURETAT SOCIAL del año 1994, Generalitat de Catalunya, publicada en 1996.

³⁰ PRIETO, A. (1996). La sanidad española: realidad y perspectivas. La Gaceta de los Negocios, jornadas 6 y 7 de Noviembre de 1995.

- Establecimiento de instrumentos que nos permitan conocer en qué es insuficiente el sistema hospitalario (sanitario en general), así como las causas, y las medidas correctoras que se pueden establecer a respecto.
- Estricto control del gasto asignado a sanidad. Es decir, que no se gaste ni una peseta más de lo estipulado.
- Desregularización y liberalización del propio sistema. Es decir, romper con el sistema monopolístico del Estado en el sector hospitalario. En definitiva, fomentar la competencia, de modo que el cliente tenga más libertad de elección, pudiendo optar por un hospital público o uno privado.

También Andrés Gorritxu (director de la división hospitalaria del Institut Català de la Salut) establece como importantes las siguientes acciones a promover:

- Implantación de una nueva cultura empresarial en los hospitales, incentivando políticas empresariales como: análisis del riesgo empresarial; satisfacción de las necesidades del consumidor; políticas de incremento de la calidad, etc.
- Innovación organizativa en el sentido de nuevas formas jurídicas como: fundaciones, empresas públicas, consorcios, etc. Algunas de estas ya existen pero son escasas, no obstante, tiene más peso en Cataluña que en otras Comunidades Autónomas.
- Políticas de fusiones, absorciones, escisiones, entre hospitales. Se pretende de esta forma encontrar los tamaños óptimos de los centros hospitalarios, del mismo modo que tiene lugar en el ámbito empresarial.
- Política de diversificación de producto y servicios. En este sentido, no todos los autores piensan igual. Por ejemplo, en un artículo de Rivera y Osende³¹, defendía la especialización de los hospitales en productos más concretos, abogando de este modo por unos hospitales de tamaño más reducidos, pero más eficientes en el producto ofertado.

También en relación a este aspecto, un estudio demostraba que los hospitales público son más generalistas que los privados, los cuales, tienden a una mayor especialización³².

³¹ RIVERA, J.; Osende, C. (1996). El hospital del siglo XXI. Harvard Deusto Business Review, Bilbao, p.59-65.

³² PRIOR, D.; Solà, M.. (1993). L'eficiència dels hospitals de Catalunya. Comparació entre els hospitals públics i els privats. Generalitat de Catalunya, Departament de Sanitat i Seguretat Social. Fulls Economics, Barcelona.

- Desplazamiento físico de la actividad asistencial. Es una medida también muy defendida por otros autores como Alfonso Prieto³³. Consiste en la traslación de consultas externas desde los hospitales a los centros ambulatorios, con el objetivo de que el hospital se pueda dedicar con mayor exclusividad a los enfermos hospitalizados.
- Mejora del conocimiento por parte de los hospitales, de las fuentes de financiación disponibles. Es necesario, para ello, gestores eficientes que guíen al hospital con criterios de eficiencia.

En el nuevo entorno competitivo en el que parece que estará sumido el sistema hospitalario, se podría consolidar una tendencia a la asociación y coordinación interhospitalaria, como medio de mejorar los resultados a través de sinergias. La integración vertical es otra de las actividades que podrían llevarse a cabo en el entorno sanitario con idénticos propósitos.

El fenómeno de los sistemas multihospitalarios se está extendiendo rápidamente en los estados Unidos y más lentamente en Europa. La causa fundamental parece ser la presión de las autoridades sanitarias para obtener mayor eficiencia en el empleo de los recursos y mayor calidad en la prestación del servicio.

La enorme ventaja de los sistemas multihospitalarios es su enorme capacidad económica y el incremento de sus capacidades en materia de innovación y desarrollo. Igualmente este sistema está dando buenos resultados en control de costes -vía economías de escala y curva de experiencia-. El Consorcio Hospitalario de Cataluña agrupa algunos centros asistenciales y hospitales que están avanzando hacia la constitución de un sistema de esa naturaleza.

La contratación de consultorías especializadas podría adquirir un carácter innovador bajo la forma de “contratos de gestión” mediante los cuales se contrata la gestión completa del hospital a una empresa que aporta todo el equipo directivo. Este tipo de contrato, no obstante, es muy escaso en España.

Hasta este punto hemos visto la necesidad de realizar una reforma sanitaria, la cual está ya siendo desarrollada por algunas Comunidades Autónomas como Cataluña. Si bien en el gasto sanitario en España se sitúa alrededor de la media de los países de la OCDE, no es posible prolongar un sistema tradicional, con formas organizativas arcaicas. Además, el

³³ PRIETO, A. (1996). Op. Cit.

peligro de España es que la elasticidad-renta del gasto sanitario es de 1,7 mientras para la OCDE es de 1,25. Es decir, ante un mismo aumento de la renta de los ciudadanos en España y la OCDE, los gastos sanitarios aumentan en mayor proporción en España que en los países de la OCDE³⁴.

7.2. El Primer Paso de la Reforma: Incorporar a los Profesionales de la Medicina

Hablar de la incorporación de los profesionales de la medicina (médicos y enfermeras) es obligatorio para nosotros. Para la gran mayoría de expertos en la gestión hospitalaria este es el primer paso para conseguir el éxito posterior. Así lo afirma por ejemplo Sedano³⁵, jefe de la División de atención Farmacéutica y Prestaciones Complementarias. También avala este razonamiento Bengoa y López entre otros. Durante los últimos diez años en España, ha ido ganando peso la participación de los gestores en detrimento de la autonomía de los médicos en los hospitales. Es también cierto que, este hecho ha contribuido a incorporar criterios de eficiencia y racionalización de recursos. Sin embargo existe un gran problema, cuál es que este proceso, lejos de promover la cooperación entre ambos estamentos (médicos y gestores), ha provocado una discrepancia entre ellos. Esto es normal si tenemos en cuenta que hace más de diez años los médicos tenían plena autonomía en el proceso de toma de decisiones³⁶.

La solución pasa, pues, por conseguir la cooperación entre ambos, en lugar de la lucha. Se vuelve siempre a la misma idea: el gestor o gerente de servir de “facilitador” y no de “controlador” según Bengoa³⁷.

Esta idea de facilitador y no de controlador es la misma que nos sugiere López, cuando al respecto establece la necesidad de que el médico sea su propio gestor. Es decir, él es en definitiva el que tiene el poder para tomar las decisiones últimas y, por tanto, el máximo responsable del consumo de recursos hospitalarios³⁸.

Lo que debe hacer el gestor o gerente es, intentar motivar a estos profesionales para introducir este cambio cultural, conseguir la eficiencia hospitalaria, dado que ellos mismos no podrán hacerlo si los médicos en definitiva no están involucrados en esta nueva cultura.

Por tanto, es necesario abandonar la tendencia de estos diez últimos años en que el gerente ha ido ganando poder en detrimento del médico, ya que no se ha solucionado el

³⁴ GASÒLIBA, C. A.. (1992). El sector econòmic de la sanitat i Maastricht. Fulls Econòmics, nº14, abril/junio, p. 8-14.

³⁵ Entrevista a Sedano, Responsable de la División de Atención Farmacéutica y Prestaciones Complementarias.

³⁶ BENGÓA, R. (1996). op. cit.

³⁷ BENGÓA, R. (1996). op. cit.

³⁸ LÓPEZ, P. (1995). op. cit..

problema de la eficiencia y, sin embargo, se ha conseguido mayores discrepancias. Es decir, el cambio que se propugna actualmente es el de gestionar con los profesionales y no sobre los profesionales³⁹.

El poder presupuestario reside en el médico, ya que el gerente no es quien para saber qué recursos son necesarios para los pacientes. Con esta idea implícita debemos caminar en todo momento hacia la reforma hospitalaria, y prueba de ello es que Cuervo⁴⁰ nos establece la necesidad de que la toma de decisiones se tome en los centros de decisión, es decir, que sean los médicos los encargados de decidir sobre los recursos y no los gestores.

Estos último tan solo deben dedicarse a facilitar, a motivar e incentivar a estos profesionales para que el objetivo de la eficiencia sea una realidad. Como establece Sedano⁴¹, si queremos implantar este cambio cultural en los médicos, es necesario recompensarle por sus logros mediante los pertinentes incentivos. Esto es esencial para conseguir el control del gasto hospitalario.

En definitiva, se trata de que el poder lo tengan los médicos en cuanto a la toma de decisiones fundamentales en cuanto el gasto hospitalario asistencial, pero en base a criterios de eficiencia y economicidad que deben ser implantados desde los gerentes del centro hospitalario.

Parece además, que esta es la tendencia por diferentes razones⁴². La gestión no es un poder monolítico, no reside en un único grupo, sino que está fragmentado. Además, este hecho se da con más intensidad en los centros hospitalarios. Muchos gestores, paradójicamente, opinan que es preferible que ciertas decisiones queden reservadas a los médicos, ya que están en mejores condiciones para ello. Parte de los profesionales de la salud se pasan definitivamente a la gestión hospitalaria. Esto permite acercar ambas culturas, lo que es beneficioso para la eficiencia del hospital en su conjunto. Parte del poder pasará a los usuarios. Esto se conseguirá proporcionándoles información sobre los médicos y sobre el hospital en general, para que a su vez tenga mayor autonomía para la libre elección. Este es un acontecimiento que se está dando ya en otros países que han iniciado antes la reforma hospitalaria, como EEUU, Reino Unido, etc. El personal médico dispone en definitiva del principal arma para dejar de perder poder: el control sobre la actividad clínica. Los nuevos

³⁹ BENGGOA, R. (1996). op. cit.

⁴⁰ CUERVO, J., (1996). op. cit..

⁴¹ Entrevista a SEDANO, Responsable de la División de Atención Farmacéutica y Prestaciones Complementarias.

⁴² BENGGOA, R. (1996). op. cit.

programas de descentralización presupuestaria y de control de recursos a los servicios hospitalarios exigen la toma de decisiones conjunta entre médicos y gestores.

La experiencia de países que llevan ventaja en esta reforma, como Reino Unido, demuestra que el primer paso es realmente este cambio cultural en la gestión hospitalaria⁴³. Como establece Sedano⁴⁴, este es el objetivo, y lo demás son esencialmente instrumentos para conseguirlo.

7.3. Las Opiniones de Algunos Expertos

Hemos podido extraer, a través de la publicación de las jornadas de 6 y 7 de noviembre de 1995 que tuvieron lugar en Madrid, algunas opiniones de célebres expertos en temas sanitarios, que nos ha parecido interesante resumir en sus puntos principales⁴⁵:

- José Andrés Garritxo (Director de la división hospitalaria del Servei Català de la Salut)

Lo más interesante que este expuso en dichas jornadas era su afirmación en cuanto a la necesidad de que tuviera lugar una mejora en la provisión de servicios hospitalarios por los profesionales (médicos y enfermeras). Si esto no se consigue, establece, de nada servirá aplicar nuevas políticas que conduzcan a una reforma del actual sistema sanitario.

En este sentido, destaca que dicha responsabilidad de los profesionales de la salud se debe centrar en: ser capaces de generar servicios de calidad; conseguir ser eficientes en cuanto a la utilización de recursos económicos; responder a las necesidades de los clientes, es decir, ajustar la oferta a la demanda.

La gestión de los proveedores de servicios hospitalarios debe ser estratégica, por lo cual es necesario introducir prioridades, de forma parecida a cómo se hace en una empresa corriente.

- Alfonso Prieto (Gerente del Hospital de Valme, Sevilla)

Los tres principales problemas actuales en materia hospitalaria son los siguientes: las exigencias que se le piden a los hospitales no son cumplidas. Los clientes demandan productividad, calidad, eficiencia, satisfacción de sus necesidades, etc., y el hospital no está a

⁴³ BENGUA, R. (1996). op. cit..

⁴⁴ Entrevista a EUGENI SEDANO, Responsable de la División de Atención Farmacéutica y Prestaciones Complementarias.

⁴⁵ PRIETO, A. (1996). Op. Cit.

la altura de las circunstancias; la organización de los hospitales está obsoleta (ya que: el paciente no es el eje de atención como debería ser; no responde a las demandas de: consultas externas, hospitalización domiciliaria, traslación de consultas desde el hospital a los ambulatorios, etc.

- Enrique Álvarez (Presidente de Arthur Andersen)

Álvarez pronuncia una frase llena de contenido: “ la salud no tiene precio...pero tiene un coste”. Actualmente la oferta no es capaz de responder ni cuantitativamente ni cualitativamente a la demanda. Si a esto le sumamos el crecimiento continuo que el gasto sanitario ha tenido en España en las dos últimas décadas, llegaremos a la conclusión de que existen tres vías de mejora: aumentar la eficiencia productiva; equidad; límites a la financiación.

Como medida propone el aumento de la presión competitiva del sector hospitalario. Sólo así será posible aumentar la soberanía del paciente, de modo que este tenga plena libertad para elegir.

Como se deduce fácilmente, Álvarez defiende un sistema hospitalario privado, que acabe con las ineficiencias del sector público.

Cuando habla de la presión competitiva, nos recuerda a una anécdota curiosa que proviene de Estados Unidos. En este país, se publica una lista periódica en los centros hospitalarios donde se refleja el índice de mortalidad de cada médico con sus pacientes. Fácilmente se puede deducir las consecuencias que ello supuso: los médicos con mayor índice de mortalidad se quedaron sin “clientela”.

A pesar que es necesaria la reforma, Álvarez destaca algunos obstáculos a la misma: resistencia del propio sistema, que ve cualquier intento de reforma como un atentado al propio sistema (los defensores de esta idea consideran a la reforma como algo totalmente insolidario); los que están en contra de la empresarialización del sistema (los defensores de esta postura consideran que una privatización sería inviable debido al aumento del paro que ese generaría. Además, atenta contra el principio de universalidad de la sanidad pública); aquellos que como consecuencia de la reforma se verían perjudicados en términos de renta.

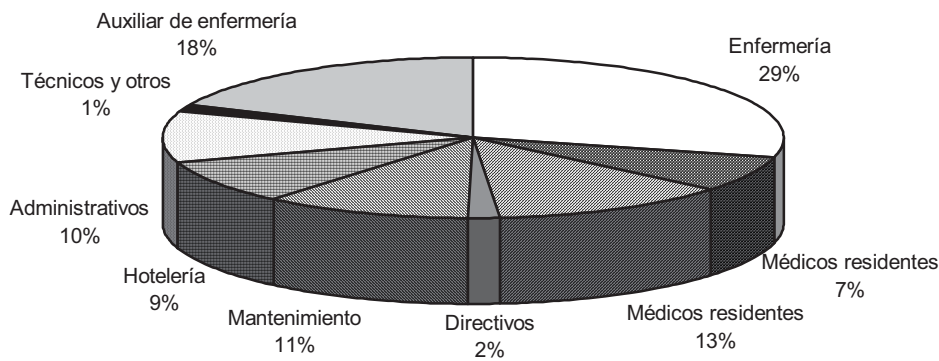
- José Ignacio Echániz Salgado (Secretario General de la Comisión de Sanidad del Partido Popular)

Echániz incide en que la base del sistema descansa sobre la formación y conocimientos teóricos y prácticos sobre gestión hospitalaria. Destaca una formación de los profesionales de la salud más orientada hacia la gestión y ahorro de recursos. De este modo

distingue las siguientes formaciones: facultativo (durante un período de formación debe introducirse asignaturas que le ayuden a familiarizarse con términos como: coste, eficiencia, y optimización de recursos hospitalarios. Se incluyen aquí los licenciados en medicina, cirugía, farmacia y odontología, entre otros); diplomados en enfermería (desde 1970 los estudios de enfermería tienen rango universitario, sin embargo el número de horas lectivas es insuficiente. La diplomatura consta de 3.900 horas, y se tendría que aumentar a 4.600 horas, tal y como recomienda la Unión Europea); técnicos especialistas sanitarios (de igual forma que para la diplomatura en enfermería, debería aumentarse el número de horas lectivas hasta 3.000); auxiliares de enfermería (la principal medida sería en este caso el desarrollo de un mayor número de especialidades en este ámbito).

Evidentemente existen más implicados en una organización hospitalaria, si bien es cierto que los anteriores citados son los que tienen la mayor responsabilidad de la eficiencia del hospital. A título de ejemplo, exponemos en la figura 7.3.1. la composición de la plantilla de los hospitales de Vall de Hebrón.

Figura 7.3.1.: *Composición de la plantilla de los hospitales de Vall de Hebrón*



Fuente: Memoria de Hospitales de Vall de Hebrón⁴⁶.

En una entrevista, Eduard Rius, Conseller de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat de Catalunya comentó sobre los planes en respecto a la legislación: “revitalizar al máximo los recursos disponibles. Tenemos en cartera un buen número de proyectos que incidirán de pleno en la calidad y diversidad de la atención sanitaria que reciban los

⁴⁶ MEMORIA DE HOSPITALES DE VALL DE HEBRÓN (1996).

ciudadanos de Cataluña. Concretamente destaca lo siguiente: transformación del Institut Català de la Salut; creación de la Agencia de Salud Pública de Cataluña; nueva edición del Plan de salud de Cataluña. Se pretende que el ICS se dote de los instrumentos que le hagan más ágil, eficiente y competitivo, con respecto al resto de proveedores de salud pública. La nueva Agencia de Salud Pública significará la reordenación del ámbito de la protección de la salud y la vigilancia epidemiológica, integrando médicos, veterinarios y farmacéuticos titulares en el cometido común de velar por la salud de los ciudadanos”.

7.4. El Ejemplo de la Reforma del Reino Unido

La reforma de los servicios sanitarios en el Reino Unido empieza con la aprobación de las bases del proyecto de reforma en junio de 1990*. Uno de los problemas más importantes con los que se enfrentaba el sistema sanitario de este país, era que a pesar de los esfuerzos que se habían realizado para la mejora de la productividad, no existían suficientes incentivos para mejorar la eficiencia⁴⁷.

La reforma desarrollada en el Reino Unido es la misma que se está adoptando en España, y que se encuentra más desarrollada en Cataluña. Consiste en la separación entre el proveedor y financiador de los servicios hospitalarios. Los médicos de cabecera, además de dedicarse a la asistencia primaria, también podrán optar por la compra de servicios sanitarios para su población. Es decir, podrán contratar pruebas diagnósticas, consultas externas, y otros servicios sanitarios, actuando en este caso como financiador indirecto, ya que en última instancia será el sector público el que financiará estos servicios contratados por el médico de cabecera.

Los hospitales del SNS tienen la opción de convertirse en entidades independientes autogestionados y financiados mediante los contratos directos de los distritos, o de los mismos médicos de cabecera. El resto de hospitales que no opten por convertirse en hospitales independientes, seguirán dependiendo de la gestión directa del distrito y financiados mediante los presupuestos⁴⁸. De este modo, aparecen dos tipos de compradores de servicios sanitarios: médicos de cabecera y las autoridades de los distritos, los cuales deberán evaluar las

* DHSS: National Health Service and Community Care Act, 1990, Londres, Julio de 1990.

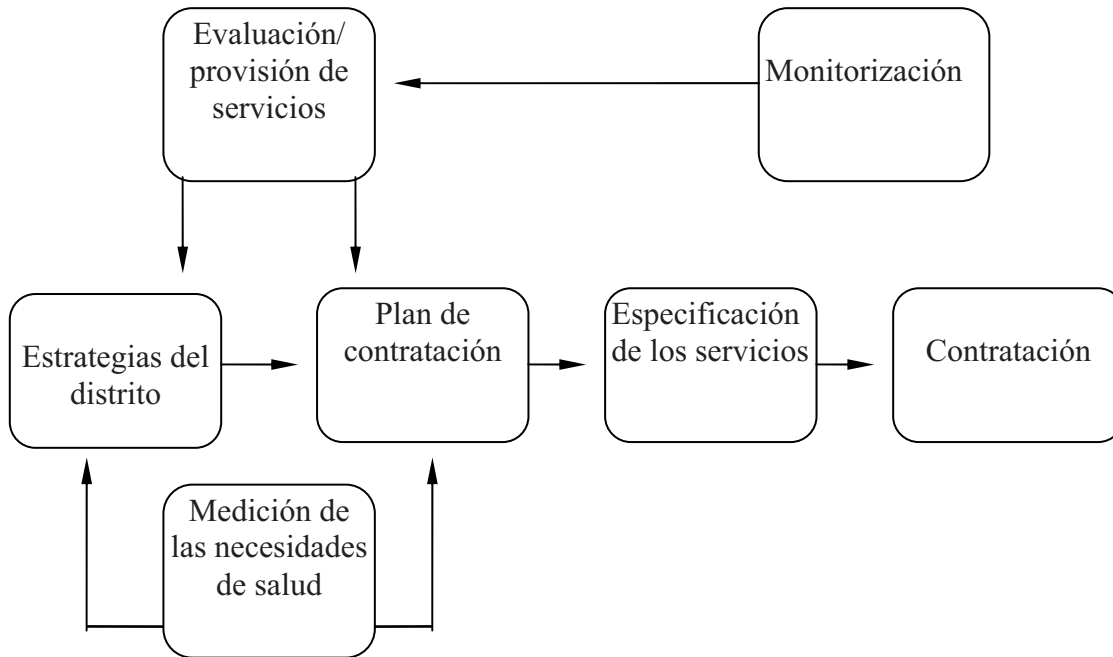
⁴⁷ ENTHOVEN, A.C. (1991). *Internal market reform of the british national health service*. Health affairs fall, p. 61-70.

⁴⁸ FIGUERES, J. & Roberts, J.. (1992). La contratació de serveis sanitaris en la reforma del Servei Nacional de la Salut al Regne Unit, Full Econòmic, nº 13, enero/marzo, p. 17-21.

necesidades de la servicios sanitarios como paso previo para iniciar el proceso de contratación.

El financiador de estas compras será el sector público, razón por la cual dichos compradores tienen la obligación de actuar de forma eficiente en sus decisiones. Este proceso de contratación lo hemos reflejado en la figura 7.4.1.⁴⁹.

Figura 7.4.1.: Proceso de Contratación



Fuente: FIGUERES, J. & Roberts, J.. (1992).

En ella se observa que todo el proceso empieza con el análisis o medición de la necesidades de salud. Una vez el comprador ha realizado este análisis (en este caso un distrito), procederá a la realización de un plan de contratación. En una fase de mayor detalle, determinará el tipo de servicios sanitarios que desean contratar. Una vez se hayan determinado los servicios que concretamente se desean contratar, el próximo paso es la contratación en sentido estricto, donde cada una de las partes se comprometerá a asumir lo estipulado del contrato en cuestión. No acaba aquí el procesos de contratación, sino que se realizará una monitorización de los servicios ofrecidos por los proveedores (públicos y privados), seguida de una evaluación de la calidad de servicio ofrecido a los ciudadanos.

Como se puede observar, el paralelismo con el sistema que se está instalando cada vez con mayor rigor en Cataluña es muy grande. En cuanto el tipo de contratos, se establecen

⁴⁹ FIGUERES, J. & Roberts, J.. (1992). op. cit..

esencialmente tres tipos⁵⁰: contratos en bloque (el comprador, distrito o médico de cabecera, paga una cantidad fija anual a los proveedores a cambio de que estos garanticen el acceso a sus pacientes a un determinado de servicio sanitario; coste y volumen (en este caso el pago se realiza de acuerdo con un coste por caso previamente acordado. También se pacta de antemano el volumen de actividad que el proveedor se comprometerá a ofrecer); coste por caso (el pago se realiza por paciente tratado, a un precio previamente acordado, ya sea de forma prospectiva o retrospectiva. La principal diferencia con la modalidad de contrato anterior es que en este caso no se fija un volumen de casos a tratar, sino que el proveedor se compromete a tratar todos y cada uno de los casos que se le presente).

Los efectos más importantes de estos contratos son la introducción de la competencia entre los diferentes proveedores; la descentralización de la gestión; el aumento del poder de los distritos y de los médicos de cabecera en la determinación del producto final sanitario⁵¹.

Este sistema de contratación favorece el gran problema que se comentó al principio acerca del sistema sanitario del Reino Unido: la baja eficiencia. En este sentido, la contratación en los términos explicados anteriormente, supone un aumento de la competencia entre los diferentes proveedores sanitarios. Esto permitirá que estos se vean más obligados a aumentar la eficiencia, ya que aquellos centros proveedores menos eficientes se verán obligados a salir del mercado⁵².

No obstante, la introducción de este sistema de contratación supone cambios importantes en el poder: el proceso de descentralización en la toma de decisiones, y por tanto, una mayor autonomía de gestión por parte de las entidades proveedoras de los servicios sanitarios; y la concentración de poder en los distritos y médicos de cabecera, que son quienes determinan la contratación de unos u otros servicios sanitarios para su población. En este sentido, las autoridades de los distritos podrán determinar la provisión de servicios de acuerdo con sus prioridades⁵³.

Culyer⁵⁴ otorga una especial importancia a la correcta evaluación de las necesidades de salud por parte de la población, con el fin de centrar los esfuerzos en lo más importante para la misma dentro de un entorno de recursos limitados.

⁵⁰ FIGUERES, J. & Roberts, J.. (1992). op. cit..

⁵¹ FIGUERES, J. & Roberts, J.. (1992). op. cit..

⁵² CULYER, A.J.; Maynard, A.K. & Posnett, J.W. (1990). *Competition in healyh care. Reforming the NHS*, London: Macmilan Press.

⁵³ ROBERTS, J.A.; Figueres, J. & Otero, A. (1991). Nuevas perspectivas para la organización de los servicios sanitarios. Madrid: Centro Universitario de Salud Pública.

⁵⁴ CULYER, A.J.,(1991). *The promise of a reformed NHS: an economist's angle*. British Medical Journal, vol. 302, mayo, p. 1253-1256.

Una de las problemáticas reside en la carencia todavía de buenos indicadores para evaluar los resultados de este proceso de contratación, que es la última fase del mismo como se pudo observar a partir de la figura correspondiente⁵⁵. Algunos de los indicadores utilizados se basan en las listas de espera, la creación de comités de revisión clínica, así como indicadores basados en la satisfacción del paciente. En todo caso, la calidad del servicio prestado por los proveedores es difícil de evaluar, razón por la cual no siempre es aconsejable incluir cláusulas de niveles de calidad⁵⁶.

En tanto en cuanto los sistemas de información no sean capaces de ofrecernos indicadores de calidad, una de las posibilidades existentes consiste en hacer poco rentable la baja calidad objetiva⁵⁷. Por ejemplo, cuando la calidad de los servicios prestados por los proveedores sea objetivamente baja, la retribución debería ser menor que para los proveedores que prestan servicios de mayor calidad objetiva.

Hemos establecido las principales características de la reforma de los servicios sanitarios en el Reino Unido, que es un modelo a seguir según varios autores españoles. En realidad se trata de una tendencia que se está dando cada vez más en España, con Cataluña en la cabeza, que inició este proceso desde 1990 con la creación del Servei Català de la Salut. En Brasil el modelo de Reforma Sanitaria seguido fue el italiano.

7.4.1. El sector farmacéutico. El otro gran implicado

En nuestra opinión, el sector farmacéutico no podía ser el gran ausente en la problemática de la gestión hospitalaria. La importancia de este sector es fundamentalmente por los costes que traslada al sector hospitalario a través de la provisión de productos farmacéuticos. En este sentido, se destacan cinco componentes en los costes de un hospital:

a) Mezcla de casos que el hospital recibe: esta componente de coste procede de factores de diferente índole según estos autores: factores demográficos; factores epidemiológicos; la decisión de enviar a un enfermo a uno otro hospital. Esto es lo que da lugar a lo que se conoce como flujo de enfermos.

⁵⁵ HOPKINS, A. & Maxwell, R. (1990). *Contracts and quality of care*. British Medical Journal, vol. 300, Abril .

⁵⁶ FIGUERES, J. & Roberts, J.. (1992). op. cit..

⁵⁷ ROBERTS, J.A.; Figueres, J. & Otero, A. (1991). Nuevas perspectivas para la organización de los servicios sanitarios. Madrid: Centro Universitario de Salud Pública.

En Cataluña, corresponde al Servei Català de la Salut establecer la dirección y el control de flujos de enfermos entre los diferentes centros hospitalarios, con el objetivo de optimizar y racionalizar la oferta de servicios⁵⁸.

- b) Número de casos atendidos: depende también de los factores anteriores. Destacan estos autores la necesidad en este punto de reducir la estancia media.
- c) Cantidad de recursos que se aplican para el diagnóstico y tratamiento del enfermo: se trata fundamentalmente de los costes variables que dependen en gran medida de la experiencia del profesional. Cuanto más experiencia tiene el profesional, se experimenta una gran reducción de la utilización que este hace de los recursos para tratar a un paciente. Los médicos con menos experiencia realizan pruebas repetidas para asegurarse del diagnóstico, lo que duplica los costes del proceso.

Es una componente que viene provocada por la cualificación y experiencia del profesional, por cuanto no depende de la industria farmacéutica.

- d) Entorno económico: consiste en que los precios de los factores empleados dependerá de la coyuntura económica. Por esta razón, defienden Youg y Saltman la necesidad que ante un entorno económico adverso, el médico sea capaz de gestionar eficientemente los recursos, evitando en todo caso el despilfarro.
 - e) El precio de los factores: este factor es, según estos autores el que incide de forma más determinante en el coste hospitalario. Además, aquí se incluye el coste de todos los productos farmacéuticos que adquiere el hospital.
- De este modo resulta que, el precio de los factores (se incluye el personal) es el más importante de controlar. Esto requiere saber negociar con las empresas farmacéuticas, actuando bajo criterios de eficiencia y analizando diferentes ofertas, sin aceptar la primera que se plantee.

Cuervo⁵⁹ considera que este aspecto se ha mejorado consideradamente, de forma que ya han quedado atrás los tiempos en que se aceptaba la primera oferta sin analizar otras que posiblemente eran más económicas.

No obstante, sin embargo se podría encontrar otra componente de coste, consistente en la mentalidad del personal de que pertenecen al Estado. Esta mentalidad provoca una falta de incentivo que les haga actuar con criterios de eficiencia, puesto que consideran que su puesto

⁵⁸GRATACÓS, A.. (1996). Sistemes d'informació, tecnologia informàtica en l'àmbit del Servei Català de la Salut. Fulls econòmics, n°27, enero, p. 12-19.

⁵⁹ CUERVO, J. I.; Varela, J. & Belenes, R.. (1996). Op. Cit.

está asegurado y que, cualquier déficit hospitalaria será “como siempre” sufragado por el Estado.

De todos modos nos interesa resaltar la importancia que el sector farmacéutico tiene en la determinación de los costes hospitalarios. España, no obstante, está por debajo de la media europea, con diferencias importantes con respecto a determinados países como Alemania, con índices de precios farmacéuticos mayores. En el cuadro 7.4.1.1 se observan datos relativos a los precios de los medicamentos en Europa.

En relación a estos datos, Esteve i Soler incide en la necesidad de considerar una doble exigencia a la industria farmacéutica⁶⁰: exigir productos farmacéuticos seguros y de calidad, para garantizar la protección de enfermo; exigir productos que, además de ser eficientes desde una perspectiva de salud, también lo sean desde una perspectiva económica. Se pide de este modo un buen valor para el ratio Coste/Efectividad.

Cuadro 7.4.1.1.: Índice de Precios de los Medicamentos en los Países Europeos

País	BEUC*	IMS**	SNIP***
España	100	100	100
Grecia	-	107	104
Portugal	107	159	-
Francia	113	127	118
Italia	118,6	172	127
Belgica	131,6	183	143
Reino Unido	201	230	162
Holanda	229,6	387	230-
Alemania	250,6	294	243

Fuente: GASÓLIBA, C. A. (1992).⁶¹

Precisamente, es en este último punto donde reside el reto de la industria farmacéutica de cara al futuro. La importancia del cumplimiento de este reto se maximiza si tenemos en cuenta que la industria farmacéutica europea[#]:

⁶⁰ ESTEVE i SOLER, J.. (1992). La industria farmacèutica espanyola davant el mercat únic europeu. Fulls econòmics, nº14, abril/junio, p. 17-22.

* BEUC (Oficina de la unión de consumidores europeos).

** IMS (International Marketing Services).

*** SNIP (Ponderación en función del poder adquisitivo en cada país).

⁶¹ GASÓLIBA, C. A.. (1992). op. cit..

- a) Es una industria próspera en relación a otros sectores de la economía europea.
- b) Representan el 60% del total mundial de las exportaciones farmacéuticas.
- c) Es el productor más grande del mundo, con más de 41 billones de ecus.
- d) Es responsable del 40% de las nuevas sustancias descubiertas a nivel mundial.
- e) El 90% de los gastos de investigación son financiados mediante capital privado.
- f) La inversión en I+D se sitúa entre el 12 y el 15% de la facturación.
- g) Crean 400.000 puestos de trabajo en la Unión Europea y suponen 5 billones de ecus de exportaciones fuera de la Comunidad.

Para que la industria farmacéutica española sea capaz de asumir el reto de la integración en Europa, es necesario que se tomen algunas medidas orientativas como las siguientes⁶²:

- Disponer de un departamento de I+D con las siguientes características: poseer una tradición de trabajo investigador superior a quince años; disponer de todos los materiales pertinentes para poder realizar de forma adecuada sus investigaciones; aplicar técnicas y métodos homologados a nivel internacional: GLP (Good Laboratory Practices); GCP (Good Clinical Practices); ADR (Adverse Drug Reactions Warning System), entre otras técnicas.
- Tener un departamento de control de calidad y una planta de fabricación que responda a las exigencias siguientes: aplicación de las normas internacionales de homologación por el control de calidad y fabricación; tener confirmado su alto nivel de calidad para ofrecer garantías de su fabricación a terceros (por ejemplo las autoridades sanitarias); haber diseñada sus plantas de fabricación no sólo de acuerdo con las técnicas más vanguardistas, sino también con posibilidades de expansión.
- Tener una planta de fabricación de química fina, para producir en régimen industrial sus propias moléculas.
- Tener alianzas estratégicas con otras compañías farmacéuticas: realizar co-marketing con empresas multinacionales y otras empresas nacionales; establecer contratos de I+D y de comercialización de productos; emprender acciones

ASAMBLEA GENERAL DE La EFPIA (European Federation of Pharmaceutical Industries Associations), en Interlaken, mayo de 1991. Citada por Esteve i Soler (1992), Op. Cit., p. 17.

⁶² ESTEVE i SOLER (1992). op. cit..

coordinadas con otras empresas tanto nacionales como extranjeras que tengan líneas de investigación parecidas.

- Realizar una proyección internacional de sus actividades: ceder licencias de sus productos de investigación a empresas farmacéuticas de otros países; exportación de las materias primas; realizar inversiones directas en otros países.

A todo lo anterior, se ha de añadir lo siguiente como establece Esteve i Soler⁶³: disponer de un equipo humano altamente cualificado en cada una de las áreas de empresa; realizar un marketing creativo y eficaz; conseguir una buena proyección cuantitativa y cualitativa de la cifra de ventas; administrar de forma eficiente los recursos económicos; dar imagen de calidad a los médicos, farmacéuticos, distribuidores, proveedores, etc.

Como se puede comprobar a partir de los anteriores puntos, se da una importancia preponderante a las actividades de investigación y desarrollo. Sin duda, la Unión Europea debe fomentar este tipo de actividades. En este sentido, creemos necesario acudir a los compromisos de la Comunidad en esta materia según lo establecido en el Tratado de Maastricht. A veces se habla de la necesidad de promover las actividades de I+D, y nos olvidamos que en realidad es algo sobre lo cual, la Comunidad se ha comprometido firmemente. Establece en este sentido el Tratado de Maastricht:

“ La comunidad tiene por objeto fortalecer las bases científicas y tecnológicas de sus industria y favorecer el desarrollo de su competitividad internacional, así como fomentar todas las acciones de investigación que ese consideren necesarias en virtud de los demás capítulos del presente Tratado* . A tal fin, la Comunidad estimulará en todo su territorio a las empresas, incluidas las pequeñas y medianas, a los centros de investigación y a las universidades en sus esfuerzos de investigación y de desarrollo tecnológico de alta calidad** .

Para la consecución de los mencionados objetivos, la Comunidad realizará las siguientes acciones^{***64}:

⁶³ ESTEVE I SOLER, J. (1992), Op. Cit.

* TRATADO DE MAASTRICHT, versión castellana por LÓPEZ GARRIDO, DIEGO, Título XV, “Investigación y desarrollo tecnológico”, Art. 130 F. 1., 1992, p.116.

** TRATADO DE MAASTRICHT, Op. Cit., Art. 130 F. 2., p. 116.

*** TRATADO DE MAASTRICHT, Op. Cit., Art. 130 G., p.117.

- a) Ejecución de programas de investigación, de desarrollo tecnológico y de demostración, promoviendo la cooperación con las empresas, los centros de investigación y las universidades, y de estas entidades entre sí.
- b) Promoción de la cooperación en materia de investigación, de desarrollo tecnológico y de demostración comunitarios con los terceros países y las organizaciones internacionales”.
- c) Difusión y explotación de los resultados de las actividades en materia de investigación, de desarrollo tecnológico y de demostración comunitarios.
- d) Estímulo a la formación y ala movilidad de los investigadores de la Comunidad”.

De todo lo anterior, es especialmente importante el compromiso específico con las pequeñas y medianas empresas. No se refiere a ningún sector en concreto pero, sin duda, teniendo en cuenta que la industria farmacéutica dedica entre el 12% y el 15% de su facturación a I+D, resulta evidente que este es uno de los sectores prioritarios para la Comunidad⁶⁵.

En este sentido, tenemos muestra de varios programas que se han concluido ya de forma exitosa en el ámbito de la salud, como por ejemplo⁶⁶:

1. Programa específico de I+D en el ámbito de la biomedicina y la salud-BIOMED (1990-1994).- El objetivo de este programa era el de contribuir a la eficacia de la investigación y del desarrollo tecnológico en la medicina y sanidad de los estados miembros de la Comunidad, mediante una mejora en la coordinación de los diferentes países integrantes de la misma.
2. Programa específico de I+D en el ámbito de las tecnologías de los seres vivos para los países en vía de desarrollo- STD (1990-1994).- El objetivo era el de aumentar la cooperación entre los diferentes científicos europeos y los de los países en vía de desarrollo en los campos específicos de la medicina y la salud. Se pretendía sobre todo que los países en vías de desarrollo se beneficiaran de los avances existentes en la Comunidad.
3. Cooperación científica internacional.- Aquí la colaboración se extiende a la Comunidad con América Latina, Asia y países del Mediterráneo.

⁶⁵ ESTEVE i SOLER, J. (1992). Op. Cit.,.

⁶⁶ GASÓLIBA, C. A. (1992). Op. Cit.

Estos son algunos ejemplos de programas que se han llevado a cabo exitosamente. Existen otros relacionados con temas afines a la salud, como por ejemplo programas de medio ambiente, programas de desarrollo de la informática aplicada a la medicina, etc.

Uno de los puntos más sorprendentes es la utilización de la realidad virtual en la medicina hospitalaria. Lo más interesante no es lo impresionante que puede llegar a ser el futuro, sino que ya existen técnicas impensables hace años, lo que en absoluto nos hace dudar sobre el desarrollo que se va a experimentar de aquí a unos años en la medicina hospitalaria.

En muchas ocasiones se habla de realidad virtual y no se conoce exactamente a qué nos referimos, sobre todo si no la hemos experimentado alguna vez. Levis la define como “una base de datos gráfica interactiva, generada por ordenador, explorable y visualizable en tiempo real con la forma de imágenes de síntesis tridimensionales, que da la sensación de inmersión en la imagen”. Hay tres requisitos principales que tiene que reunir un sistema digital para poder ser calificado de realidad virtual⁶⁷:

1. Inmersión del usuario, que en nuestro caso sería el médico. El médico debe estar convencido que se encuentra en un sistema digital que puede proporcionarle experiencias positivas en la práctica de su trabajo.
2. Interactividad: el médico debe ser capaz de actuar en el entorno virtual de igual manera que lo haría en el entorno real.
3. Seguimiento de la posición/orientación del usuario dentro del entorno simulado.

En un estudio de mercado realizado en 1993, se identificaron más de 800 proyectos en el mundo que hacían servir la realidad virtual, incluyendo el área médica. Esta cifra, si bien no es actualmente demasiado significativa, nos da idea del potencial importante que puede tener en el futuro⁶⁸. Sin duda en el caso de la medicina la justificación es todavía mayor, por cuanto se trata de mejorar la calidad de vida de los ciudadanos.

La medicina es uno de los campos en los que la realidad virtual puede traer más consideraciones ventajosas., sobre todo como instrumento diagnóstico y terapéutico, así como en la cirugía. La realidad virtual aplicada a la medicina hospitalaria consiste básicamente en la introducción del médico en un entorno simulado virtual en el que puede explorar todas las partes de cuerpo del paciente desde diferentes ángulos, cosa impensable en el mundo real,

⁶⁷ LEVIS, D. (1997). Realitat virtual. Nova eina al servei dels professionals de la salut. Revista Vall d’Hebrón, nº 18, primavera, p. 7-9.

⁶⁸ LEVIS, D. (1997). op. cit.

donde a lo sumo se disponen de imágenes por monitores, y nunca tan clarividentes como podría ser la realidad virtual⁶⁹.

Anualmente desde 1993 se viene realizando un fórum internacional conocido como *Medicine Meets Virtual Reality*, centrado en la realidad virtual y su aplicación a la práctica médica. Este es un ejemplo del interés que despierta este tema, que acogió a más de 700 participantes en 1995.

Si bien la tecnología no está todavía a la altura de lo deseado para conseguir el perfeccionamiento de estas técnicas, es cierto que el futuro es francamente prometedor.

Wike describe un futuro bien diferente al actualmente existente en cuestión de 7-10 años. Considera que actualmente una persona consulta a su médico 4 o 5 veces al año, mientras que dentro de diez años se podrá acceder a los médicos mediante los ordenadores. Una de las aplicaciones de la realidad virtual es la planificación para tratamientos de radioterapia. Consiste en que el médico coloca un casco en su cabeza, que le permite moverse alrededor del cuerpo del paciente con especial detalle en aquellas zonas más interesantes⁷⁰.

Otra de las aplicaciones de la realidad virtual es la enseñanza. Se dice que en el futuro podrá sustituir los cadáveres reales con los que deben trabajar los estudiantes de medicina⁷¹. Muchos de los modelos existentes actualmente se han centrado en el abdomen. La simulación es realista y la interacción con los órganos de interés es excelente⁷².

En la celebración que ha tenido lugar en San Diego en 1996 sobre medicina y realidad virtual, se ha puesto especial interés en conseguir que el médico introducido en el mundo de la realidad virtual tenga una sensación de tacto semejante a la que tiene cuando trata con el cuerpo real del paciente. A efectos de cirugía, este aspecto toma una especial relevancia.

Otra de las utilidades de la realidad virtual es la telecirugía,. Es de especial interés cuando se trata de operaciones quirúrgicas de alto riesgo y se requiere que la operación sea reconducida por grandes especialistas que no pueden encontrarse en el quirófano real. El médico situado lejos del mismo, se pone en contacto con el quirófano real donde se encuentran otros médicos que realizarán la operación real. Sin embargo, el médico que no se encuentra presente puede explorar el cuerpo del paciente como si lo tuviera delante suyo, y de este modo puede colaborar dando indicaciones durante la operación⁷³.

⁶⁹ LEVIS, D. (1997). op. cit.

⁷⁰ WIKE, A. in BENGOA, R. (1996). Op. Cit.

⁷¹ LEVIS, D. (1997). op. cit.

⁷² LEVIS, D. (1997). op. cit.

⁷³ LEVIS, D. (1997). op. cit.

En las operaciones que requieran la presencia del médico, no será necesario que el paciente vaya al quirófano, sino que podrá ser operado en un centro ambulatorio, sin la necesidad de ir a un hospital. Ello será posible porque el paciente se recuperará, con el uso de las nuevas tecnologías, mucho antes que ahora, y por tanto no necesitará los servicios de un hospital⁷⁴.

El uso combinado de la realidad virtual, la tecnología, y el control remoto, está dando lugar a lo que se conoce actualmente como Cirugía Mínimamente Invasiva. Algunos de los lugares del cuerpo materialmente inaccesibles o que ponen a su acceso verdaderas dificultades, son el claro paradigma de los puntos en los que la realidad virtual será sin duda una indudable mejora. Permitirá no solo entrar en el cuerpo del paciente, sino también ampliar las zonas con lesiones que más interesen estudiar⁷⁵.

Muchas de las operaciones se realizarán por robot, con la ayuda de enfermeras especializadas. En todo caso, mediante la telemedicina, se podrán poner en contacto con el cirujano, quien sólo realizará personalmente las intervenciones más complicadas y que no sean mecánicas⁷⁶.

El grupo farmacéutico Glaxo, asociado a la Universidad de Nueva York y a la empresa inglesa Division LTD, han desarrollado un sistema de realidad virtual destinado a la concepción de nuevos medicamentos. Se trata de realizar simulaciones moleculares, con lo cual se pueden conocer los resultados de estos experimentos sin haberse llevado a cabo en la realidad. Todo este entorno de ventajas que parece aportarnos la realidad virtual en el mundo de la medicina, no se acaba aquí. Una de las ventajas será también que permitirá reducir drásticamente los experimentos realizados con animales⁷⁷.

También se habla de que el paciente será su propio médico. Se pondrá un reloj “healthwatch” que le permitirá hacer un control médico continuo sobre su estado físico y mental, transmitiéndose la información se dirigirá automáticamente a un banco de datos. Ante este entorno tan dinámico, los hospitales deberán adoptar estructuras más flexibles, capaces de adecuarse a toda variación en dicho entorno⁷⁸.

Falta mucho por hacer, pero el cambio no es una utopía; es algo que ya ha comenzado, y la experiencia nos muestra que cuando la ciencia entra en un campo nuevo es imparabile. Tan sólo rechazo de la gente, que en este caso no estaría justificado, podría frenar

⁷⁴ WIKE, A. in BENGOA, R. (1996). Op. Cit.

⁷⁵ LEVIS, D. (1997). op. cit.

⁷⁶ WIKE, A. in BENGOA, R. (1996). Op. Cit.

⁷⁷ LEVIS, D. (1997). op. cit.

⁷⁸ BENGOA, R. (1996). op.cit.

el desarrollo de la realidad virtual aplicada a la medicina. En este sentido, comenta Bengoa que estos cambios tecnológicos vendrán precisamente dados por el entorno: serán los propios ciudadanos los que exigirán la adopción de estas tecnologías⁷⁹.

7.5. Tendencias de los Consumidores del Futuro

Con la situación actual de la sociedad mundial, que parece estar evolucionando hacia la globalización, se nos configura una concepción del mundo como un conjunto de estructuras interrelacionadas. Angel del Pino⁸⁰ comenta algo sobre eso, muy acertadamente, citando a Theodore Levitt, que “preconiza que el mundo empieza a ser un mercado común, en el cual la gente, independientemente de donde viva, desea los mismos productos y estilos de vida, o lo que es lo mismo, el globalismo integrador frente al individualismo disgregador, la logomarca frente a la marca, la ‘mismidad’ frente a las diferencias”. El autor hace una crítica feroz al marketing global, citando que algunos productos son más fáciles de globalizar que otros.

Podemos decir que hay una coherencia desde el punto de vista del servicio hospitalario, donde existe una diversidad de personas con problemas distintos resulta difícil homogeneizarse a éstos tales consumidores. Para Juan del Real⁸¹ los nuevos usuarios como clientes de la sanidad pública exigirán mayores indicadores de calidad asistencial, percibida como accesibilidad de la asistencia sanitaria (tiempo de espera, distancia física, disponibilidad horaria, trámites administrativos, etc.), aspectos humanos de la asistencia (trato de personal sanitario, interés humano, acogida, etc.), calidad de los servicios médicos prestados (diagnóstico médico correcto, tratamiento efectivo, seguimiento, etc.), calidad de la información médica prestada (información sobre el origen, naturaleza y expectativas de desarrollo de la enfermedad, naturaleza y impacto del tratamiento, etc.) y precio de la asistencia sanitaria. Resulta todavía más necesario que los gestores sanitarios públicos presten más atención a todos estos indicadores en los diferentes tipos de asistencia para que puedan competir seguramente con la alternativa sanitaria privada. El autor cita también que los usuarios deberán estar más atentos a la llamada cultura de la reclamación respecto a los errores médicos, pues cuando se producen errores graves, los daños ocasionados son de gran importancia. Actualmente hay una mayor concienciación y exigencia de los ciudadanos en

⁷⁹ BENGUA, R. (1996). op.cit.

⁸⁰ DEL PINO, A.. (1990). Los Nuevos Consumidores Españoles. Bilbao.

⁸¹ REAL, J. (1995). Los usuarios o los nuevos clientes de la sanidad. La sanidad : un sector en cambio. Un nuevo compromiso entre la administración, usuarios y proveedores. Curso UIMP, 10-14 de Julio. Santander.

relación a la prestación sanitaria y provoca que las reclamaciones por vía civil o penal de los pacientes a los servicios de atención hosteleros o asistenciales, sean cada vez mayores.

Hay últimamente una fuerte tendencia social, política, económica, tecnológica y hasta cultural que se dirige hacia las semejanzas y no a las diferencias, para dibujar una nueva tipología de individuos, o sea, el consumidor global. El individuo del futuro tenderá a vivir en una sociedad hipertrófica, estimulada por la necesidad de la excesiva oferta de tecnología, información y consumo, en consecuencia el individuo será más pasivo y receptivo que en épocas pasadas y tendrá que adaptarse a la nueva situación. Siguiendo el pensamiento de Angel del Pino⁸² “el consumidor del futuro, el hombre económico moderno, requerirá una nueva lectura basada en códigos de una sociedad y una cultura diferentes, una lectura actualizada y crítica porque los símbolos, las modas y los estereotipos evolucionarán y los grupos serán portadores de contenidos estéticos, precisos y diferentes, adecuados al momento que estén viviendo”. El autor comenta también que los consumidores serán cada vez más considerados como individuos y no como estadísticas y en los años futuros cuando analicemos al consumidor, comprobaremos que lo único que hemos hecho es constatar que todo sigue siendo igualmente diferente.

⁸² DEL PINO, A.. (1990). Op. Cit.

CAPÍTULO 8: DISEÑO Y METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

CAPÍTULO 8: DISEÑO Y METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

8.1. INTRODUCCIÓN

La actividad científica exige, para su plena realización y para que se alcance los objetivos deseables, la definición de caminos y parámetros orientadores. El científico, al pautarse por criterios preestablecidos, crea condiciones necesarias a la consecución de certidumbres y confiabilidad en su estudio.

En el presente capítulo se va tratar de la metodología de la investigación del trabajo realizada en las ciudades de Fortaleza (Brasil) y Barcelona (España). Se comentará como fue formulado el problema, la definición del objeto estudio, sus objetivos. Bien como, la técnica estadística utilizada, el diseño de la investigación con sus fuentes de información y elaboración de los cuestionarios. El tipo de investigación utilizada y el diseño muestral es otra cuestión abordada en el capítulo. Y finalizando se discute la obtención de información y su proceso.

8.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA A ANALIZAR

8.2.1. Definición del universo objeto de estudio

Seis hospitales públicos fueron el universo objeto de estudio de la tesis. Donde tres de ellos están ubicados en Fortaleza y los otros tres están ubicados en Barcelona. Para facilitar la visualización enseñaremos los números generales en el cuadro 8.2.1.1.. En el análisis de la área de investigación (Capítulo 9) las informaciones de cada hospital están más detalladas, las cuales fueron colectadas a partir de entrevistas realizadas con los gerentes y los jefes de la área de calidad o afines de los hospitales investigados. Cabe decir que en algunos casos hubo un mayor acceso a los datos, por eso la razón de que en algunos hospitales hay más informaciones que otros.

Los Hospitales HGF, IJF y HUWC están ubicados en Fortaleza. Ya los hospitales HCPB, HVDH y HCR están ubicados en Barcelona. Todos ellos no son particulares, son

hospitales con especialidades médicas con ingresos y consultas externas. Algunos más grandes que otros, como se puede observar a través del número de camas de cada uno. Los hospitales de Fortaleza investigados son más pequeños que los de Barcelona, a pesar que el tamaño de la población de las dos ciudades sea semejante, la estructura y situación financiera de la ciudad brasileña es distinta (como ya fue comentado en la introducción de la tesis), allí no existe un hospital con la dimensión del HVDH*^T. Así, fueron elegidos los hospitales más grandes de Fortaleza, cada uno con su característica de público, siendo uno municipal (IJF), otro estadual (HGF) y el otro federal y universitario (HUWC). En Barcelona fue elegido un hospital universitario (HUWC), y del consorcio (HCPB y HCR).

Cuadro 8.2.1.1.: Resumen de los Números de los Hospitales

HOSPITALES[#]	Nº camas	Nº Funcionarios	Nº Médicos	Nº Enfermeros	Total Consultas Externas/año
HGF	259	2.070	510	186	201.560
IJF	410	1.840	440	193	337.400
HUWC	240	1607	316	200	300.000
HCPB	878	3.196	757	1.066	345.617
HVDH	1.500	6.856	1.331	1.996	580.000
HCR	226	630	152	196	114.134

Todos los cuestionarios fueron aplicados por la autora de la tesis en las salas de espera de las consultas externas de varias especialidades de los respectivos hospitales. Fueron realizados 100[!] (cien) entrevistas a los pacientes que estaban visitándose por al menos la segunda vez o a sus acompañantes; ya que muchas veces el propio usuario no podía contestar por estar enfermo, o por ser menor de edad; en los hospitales y de manera aleatoria, respetándose a quien no quería ser entrevistado. Cabe decir que en Fortaleza no hubo resistencia para contestar los cuestionarios por parte de los entrevistados, habiendo alguna en el HCPB que está ubicado en Barcelona.

* HVDH (no fue permitido utilizar el nombre del hospital)

[#] HGF (Hospital Geral de Fortaleza); IJF (Hospital Instituto Dr. José Frota); HUWC (Hospital Universitário Walter Cantídio); HCPB (Hospital Clinic i Provincial de Barcelona); HCR (hospital de la Creu Roja).

[!] En HVDH fueron realizadas 120 (ciento veinte) cuestionarios.

8.2.2. Objetivos e hipótesis

8.2.2.1. Objetivo General

Estudio comparativo de la gestión de los servicios hospitalarios públicos de Barcelona (España) y Fortaleza (Brasil), con un enfoque del marketing y de la calidad de la atención a los usuarios de las consultas externas.

8.2.2.2. Objetivos Específicos

- a) Realizar un histórico de los sistemas de salud en los dos países investigados.
- b) Definir el papel del marketing y de la calidad de la atención en los hospitales públicos.
- c) Analizar la importancia de la calidad total como técnica de marketing en los resultados obtenidos en la pesquisa.
- d) Identificar el nivel de satisfacción y el perfil de los usuarios de los hospitales de Fortaleza y Barcelona.
- e) Investigar procesos de introducción de la calidad y del marketing en los hospitales estudiados a través de entrevistas.

8.2.2.3. Hipótesis

Según el Diccionario de la Lengua Española¹ la palabra hipótesis tiene origen del latín (*hypothesis*) y este del griego. En castellano quiere decir una suposición de una cosa posible o imposible para sacar de ella una consecuencia.

Según Bonache² la generalización estadística es talvez la vía más utilizada en los trabajos empíricos de organización de empresas para contrastar hipótesis, o sea, en que medida podemos justificar o rechazar una hipótesis.

Elegimos dos hipótesis para esta investigación que vemos a seguir:

¹ Real Academia Española (2000). Diccionario de la Lengua Española. Madrid: Espasa.

² Bonache, J. (1999). El estudio de casos como estrategia de construcción teórica: características, críticas y defensas. Cuadernos de Economía y Dirección de la Empresa, vol. 3, enero-junio, 1999. Madrid: civitas.

- Hipótesis 1: en los hospitales que utilizan por lo menos la esencia o filosofía de calidad y marketing los resultados obtenidos en los cuestionarios son mejores.
- Hipótesis 2: los hospitales españoles son mejor valorados que los de Brasil.

En la *hipótesis 1*, se intentó percibir si la esencia o filosofía de la calidad o del marketing eran sentidas durante las entrevistas realizadas con los jefes de sectores de los hospitales y se avaló si hubo o no diferencia en los hospitales que hay una preocupación mayor con esta cuestión.

En la *hipótesis 2*, a través de la identificación del nivel de satisfacción y el perfil de los usuarios de los hospitales de Fortaleza y Barcelona se buscó percibir si hay diferencia de valoración entre las dos ciudades.

Estas hipótesis están ligadas a los objetivos de la investigación que fueron mencionados en anterior apartado y serán comentadas en el capítulo de las conclusiones finales.

8.3. TÉCNICAS ESTADÍSTICAS DE LA INVESTIGACIÓN

En una análisis estadística se debe llevar en consideración los presupuestos básicos en la atención de lo que se pretende estudiar. Una análisis inicial, que busca la exploración de las informaciones por intermedio de gráficos, tablas y estadísticas, debe ser realizada para una primera visualización de lo que está en cuestión, para nortear las conjeturas posibles con relación al fenómeno en análisis.

En el presente estudio, fueron usados testes de independencia en tablas de contingencia y de homogeneidad de proporciones. En el primero, fue utilizada la estadística Chi-cuadrado, para mensurar la existencia de dependencia de las respuestas con relación a los hospitales y en el segundo, con la utilización del teste exacto de Fisher, fueron agrupados los hospitales que poseen respuestas estadísticamente semejantes.

En algunas cuestiones de naturaleza mensurativa, fueron percibidas aglomeraciones de los valores en regiones, de esa manera se optó en clasificarse esos valores para realización de los mismos testes de los otros cuestionamientos aplicados a los hospitales.

En las tablas son presentados los niveles de significación del teste de independencia, para el cruzamiento entre los hospitales analizados y las respuestas en cada cuestión, bien como un

texto que relaciona, por intermedio del teste de homogeneidad, comportamientos prójimos con relación a cada ítem de cada cuestión.

Debido al tamaño del muestreo de cada hospital ser exactamente 100 observaciones, en la mayoría de los casos, no fue presentada la frecuencia relativa porcentual, que es la propia frecuencia observada. No obstante, en los casos de tamaños de los muestreos diferentes de 100, fue presentado, luego debajo de la frecuencia observada, la correspondiente frecuencia porcentual.

Esas frecuencias porcentuales pueden ser visualmente percibidas en los gráficos, presentados en adjunto a las tablas (ver capítulo 9), para cada cuestión levantada en la investigación.

8.3.1. Elaboración del cuestionario

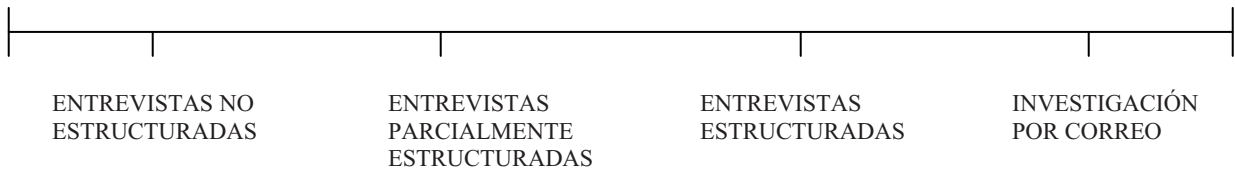
Una de las partes más interesantes y desafiantes de la investigación es la elaboración del cuestionario. Es importante que el investigador comprenda el proceso humano de raciocinio y comunicación. El termo cuestionario se refiere al proceso de registro de las informaciones obtenidas de los entrevistados como se puede ver en la Figura 8.3.2.1., donde el uso del cuestionario es útil para entrevistas* no estructuradas, parcialmente estructuradas, estructuradas, o para envío por correo. En el caso de este trabajo fueron realizadas entrevistas estructuradas.

* Entrevistas no estructuradas → el entrevistador se utiliza solamente de un guión de referencia.

Entrevistas parcialmente estructuradas → poden existir cuestiones definidas a ser presentadas, pero pueden ser formuladas de manera variada o mismo reformuladas, a criterio del entrevistador.

Entrevistas estructuradas → hay poca libertad del entrevistador, pues él está comprometido con las cuestiones y sus secuencias.

Figura 8.3.1.1.: Uso del cuestionario



En la elaboración del cuestionario hay algunos puntos que deben ser observados:

- Las informaciones que se quiere obtener;
- El tipo de cuestiones que van a ser utilizadas; y
- El número de cuestiones necesarias.

Después que se define el tipo de datos que se quiere obtener, es necesario definir el tipo de cuestiones que van a ser formuladas, que pueden ser directas y indirectas.

Las cuestiones directas, como el propio nombre indica, son cuestiones explícitas. Pero no siempre estas cuestiones son eficaces, sobretodo cuando se pretende obtener informaciones que puedan causar cierto constreñimiento al entrevistado, como por ejemplo la edad de la mujer, el sueldo del jefe de familia, etc.. Caso sean necesarias estas informaciones debe haber un doble cuidado por parte del entrevistador.

En el caso de esta tesis, fueron utilizadas las preguntas directas, pues había la necesidad de conocer el perfil de los usuarios, como edad, escolaridad, etc.

En el caso de las cuestiones indirectas es una forma de indagar el que las personas piensan de manera indirecta. Por ejemplo, la utilización de cuadros e historias u otro estímulo ambiguo, en que el entrevistado proyectará su interpretación de la situación expuesta; otra técnica es utilizar una cuestión directa, de respuesta fácil, por parte del entrevistado, le pidiendo, que interprete esa su respuesta de acuerdo con alguna teoría que ignora.

Las cuestiones pueden ser también abiertas, las cuales encorajan el respondedor a exponer libremente sus ideas, al paso que en las cerradas el entrevistado tiene que contestar específicamente la que le fue preguntado, que el caso de las preguntas del cuestionario de esta investigación.

8.4. TIPO DE INVESTIGACIÓN UTILIZADA

Para algunos autores el método del estudio de caso es considerado un tipo de análisis cualitativa³ o como un recurso pedagógico utilizado en las aulas como manera de generar “insights” exploratorios⁴. Yin (1989)⁵ considera también como “el hermano más flaco de los métodos de las Ciencias Sociales” y las investigaciones realizadas a través de este método han sido consideradas desviadas de sus disciplinas, talvez porque las investigaciones que lo utilizan poseen precisión, objetividad y rigor insuficientes. Sin embargo, a pesar de las flojedades y limitaciones apuntadas, el Estudio de Caso ha tenido un uso extensivo en la investigación social, sea en la las disciplinas más tradicionales como la Psicología, sea en las con orientación más práctica como la Administración, además de ser utilizado para la elaboración de tesinas y tesis⁶. Para Bonache (1999) “los casos explicativos merecen también especial atención porque son los que mejor complementan y enriquecen la metodología cuantitativa”. En el cuadro 8.4.1. podemos ver las metodologías de investigación y sus características.

Las metodologías cuantitativas buscan características distintivas y realidades empíricas que sustentan una teoría y tienden a medir cuánto y con qué frecuencia se produce un determinado suceso. Los conceptos son examinados y contrastados mediante la delimitación de variables que son observables, tangibles y están definidos claramente. Los métodos cuantitativos se fundamentan en una teoría de carácter hipotético-deductiva. No obstante, se han encontrado barreras relacionadas con el objeto de estudio pretendido. A diferencia de las metodologías cualitativas, que centran en las palabras y las observaciones para describir un problema o situación, las metodologías cuantitativas confían en los números para representar opiniones y conceptos. Así, en determinadas áreas de conocimiento o disciplinas de tipo social en las que existe gran cantidad de datos numéricos y cuantificables la utilidad de estas técnicas resulta evidente. Dicha utilidad es menor cuando se trata de analizar factores psicológicos, de motivación o capacidades de los trabajadores, aspectos estos de gran importancia en los estudios de gestión. Algunos investigadores rechazan la utilización de la metodología cuantitativa por no

³ GOODE, W. J. & Haatt, P. K.. (1969). *Métodos de Pesquisa Social*. 3ª ed., São Paulo: Cia. Editora Nacional.

⁴ BONOMA, T. V. (1985). *Case Research in Marketing: opportunities, problems, and process*. Journal of Marketing Research, Vol. XXII, Mayo.

⁵ YIN, R. K. (1989). *Case Study Research – Design and Methods*. USA: Sage Publications Inc..

⁶ BRESSAN, F. (2000). *O Método do estudo de Caso*. Vol. 1, Nº 1. Administração On Line. Fundação Escola de Comércio Álvares Penteado –FECAP.

conocer o dominar las herramientas matemáticas y estadísticas necesarias para ejecutar el análisis adecuado de los datos. Según Silverman (1983), la realización de encuestas es el método más adecuado cuando se desea realizar contrastes de hipótesis en muestras representativas de la población objeto de estudio. O sea, las metodologías cuantitativas son las más apropiadas para probar teorías desarrolladas previamente por otros métodos de investigación como el estudio de casos.

A diferencia de los cuantitativos, los planteamientos cualitativos, se relacionan con el constructivismo, la interpretación y la percepción. Las metodologías cualitativas buscan explicar lo particular, por lo que generan una gran riqueza de detalles a partir de un número reducido de individuos. En el desarrollo de las metodologías cualitativas, el individuo es un sujeto interactivo, comunicativo, que comparte significados. Dado que su objeto es la comprensión de la realidad, las metodologías cualitativas tratan de describir el hecho en el que se desarrolla un determinado acontecimiento, profundizando en los diferentes motivos que lo generan. El objetivo final de la investigación es la comprensión, la descripción, el descubrimiento y la generación de hipótesis. La investigación cualitativa es especialmente útil para el estudio de un suceso prolongado en el tiempo y de los procesos de ajuste que se producen en ese período, interesante para los estudios que abordan la comprensión del cambio organizativo.

Cuadro 8.4.1.: Metodologías de Investigación

Características	Metodología		
	Cuantitativa	Cualitativa	Cuantitativa/Cualitativa
Diseño de la investigación	Grandes muestras representativas. Limitación en conceptos teóricos. Número limitado de variables, diseño predeterminado, estructurado. Estilo de la investigación lineal.	Uno o varios casos. Prioridad al estudio pormenorizado y detenido de casos. Dirigido a los conceptos y vínculos contextuales. Características del diseño flexible, envolvente, emergente. Estilo de la investigación cíclica.	Prioridad al multi-caso. Menos en el estudio con detenimiento de conceptos. Estilo de la investigación más lineal que cíclico.
Recolección de datos	Encuestas estructuradas. Principalmente recogida de datos particulares. Preguntas cerradas a una muestra aleatoria. Análisis de contenidos.	El investigador es un participante pasivo. Observación directa en el lugar donde suceden los acontecimientos. Entender las categorías de los participantes.	Entrevistas con el personal involucrado. Preguntas abiertas en muestras reducidas. Extracción de datos de archivo. Encuestas abiertas. Confrontación de respuestas.
Análisis de datos	Técnicas multi-varianza. Estudios sociométricos (deductivo por método estadístico)	Análisis retrospectivo. Interpretación de los símbolos. Desarrollo de conceptos. Categorización (inductivo por el investigador)	Análisis estadístico simple. Triangulación de datos.
Presentación de los datos	Tablas. Lenguaje matemático.	Rico en ilustraciones. Descripciones. Citas. Lenguaje simbólico.	Tablas descriptivas. Presentación de casos escritos. Citas.

Características	Metodología		
	Cuantitativa	Cualitativa	Cuantitativa/Cualitativa
Ventajas	Fácil de explicar. Estructuración del conocimiento. Validez interior. Generalizable. Facilidad de pronóstico. Bajo coste.	Entendimiento. Genera procesos de conocimiento. Pequeña cantidad de datos para transformar. Relevancia práctica. Acción/Orientación.	Entendimiento. Selección más rica de los datos. Apreciación global de los hechos. No es demasiado costoso.
Inconvenientes	Modelos limitados y estáticos. Demasiado simplista. Distancia con el hecho real. Falta de aplicación práctica.	Falta de generalización y previsibilidad. Es costoso cuando hay que recoger demasiada información.	Falta de generalización. Falta de datos procesados. Estático. Parcialidad.

Fuente: adaptado de Silverman (1983) y Borch et al (1995) in Sáenz Blanco (2003)

Podríamos definir, según algunos autores, el Método del Estudio de Caso como:

“un medio de organizar datos sociales, preservando el carácter unitario del objeto social estudiado”⁷.

“una análisis intensiva de una situación particular”⁸

“una descripción de una situación gerencial”⁹

“una investigación empírica que estudia un fenómeno contemporáneo dentro de un contexto real, cuando las fronteras entre el fenómeno y el contexto no son evidentes, y en la que se utilizan múltiples fuentes de evidencia.”¹⁰

Esta última definición es consistente con diversos tipos de casos existentes en otras estrategias de investigación como los **descriptivos**, que analizan cómo ocurre un fenómeno organizativo dentro de un contexto real; los **exploratorios**, cuyo objetivo es familiarizarse con

⁷ GOODE & HATT (1969). Op. Cit.

⁸ TULL, D. S. & Hawkins, D. I.. (1976). *Marketing Research, Meaning, Measurement and method*. Londres: Macmillan Publishing Co., Inc..

⁹ BONOMA (1985). Op. Cit.

¹⁰ YIN (1989). Op. Cit.

una situación sobre la que no existe un marco teórico bien definido; los **ilustrativos**, que ponen de manifiesto las prácticas de gestión de las empresas más competitivas; o los **explicativos**, que pretenden revelar las causas o le porqué de un determinado fenómeno organizativo; como también el método **histórico** y la **entrevista en profundidad**; y el método **experimental** y el **survey** (levantamiento con cuestiones y respuestas más estructuradas).

Cuadro 8.4.2.: Clasificación de los Casos de Estudio según su Objetivo

CLASIFICACIÓN	ESTUDIO	OBJETIVO
Descriptivos	Analizan como ocurre el fenómeno organizativo dentro de su contexto real.	Proporcionar una descripción de la práctica que se desea observar (sistemas, técnica, procedimientos, etc.)
Exploratorios	Permiten familiarizarse con una situación sobre la que no existe un marco teórico bien definido.	Descubrir hipótesis susceptibles de generalización con respeto a las prácticas observadas.
Ilustrativos	La investigación empírica que se realiza en este tipo de casos centra su atención de manera casi exclusiva en la descripción del proceso de implantación de las mejores prácticas en el seno de las organizaciones.	Poner de manifiesto las prácticas de gestión de las empresas más competitivas.
Explicativos	Describe las prácticas utilizadas, quiénes las implantan y las relaciones que se producen entre los individuos.	Identificar las causas de un determinado fenómeno organizativo y encontrar los argumentos explicativos de su razón de ser.
Casos Problema o Decisión	Describen una situación interrumpida justo antes del momento de la toma de una decisión o del inicio de una acción.	Pretenden que el investigador tome una decisión frente a la situación presenta.
Evaluación	Existen dos tipos de estos casos: a) los que se concentran en hechos dentro de la organización (casos de micro-evaluación) y b) los que analizan aspectos del entorno (casos de macro-evaluación).	Buscan evaluar hechos para que, a través de la misma, se puedan establecer conclusiones de la situación estudiada.

Fuente; Adaptado de Reynolds (1990) y Yin (1994) in Sáenz Blanco (2003)

Un caso de estudio es una descripción detallada de una organización, un incidente o un fenómeno. Por lo general, los estudios de casos son el producto de varios métodos de obtención de información (observación directa, entrevistas, cuestionarios, etc.) a través de los cuales se pueden obtener datos tanto cualitativos como cuantitativos que se emplean para el desarrollo o contraste de una teoría, la exploración de un fenómeno o la descripción de una determinada situación. Según Silverman (1993, in Bonache¹¹ (1999)) hay diferentes metodologías y técnicas de recogidas de datos como se puede ver en el Cuadro 8.4.1., el método utilizado puede ser la observación; el análisis de textos y documentos; las entrevistas; y las grabaciones y transcripciones. Ya la metodología puede ser cuantitativa o/y cualitativa.

Cuadro 8.4.3.: Metodología y Técnicas de Recogidas de Datos

Método	Metodología	
	Cuantitativa	Cualitativa
Observación	Etapas exploratoria	Esencial para entender una cultura
Análisis de textos y documentos	Análisis de contenidos	Entender las categorías de los participantes
Entrevistas	“Preguntas cerradas” a una muestra aleatoria	“Preguntas abiertas” en muestras reducidas
Grabaciones y transcripciones	Muy poco utilizadas, dada su dificultad de cuantificar	Se utilizan para entender cómo organizan su discurso los participantes

Fuente: SILVERMAN (1993), in : Bonache, 1999. op. Cit.

Los casos tienen un sentido, según Bonache (1999), complementario; como también pueden ir antes (sirviendo para generar un conjunto de hipótesis que serían posteriormente contrastadas en una muestra amplia de empresas) o después (revelando el porqué de ciertos datos o relaciones que aparecen en los estudios cuantitativos) de los estudios cuantitativos.

En esta tesis se concibió los casos en el sentido complementario, o sea, viniendo antes de los estudios cuantitativos. Se buscó hacer un estudio de caso múltiple, ya que se trata de seis

¹¹ BONACHE (1999). Op. Cit.

hospitales; con estudios interculturales, ya que son dos ciudades de dos países de distintos continentes.

Hay varios criterios lógicos de evaluación de la calidad de los proyectos de investigación referentes a la validez* y la confiabilidad, según Yin (1989)¹³. La validez puede ser: **validez teórica**, donde los métodos de coleta de datos tienen validez teórica cuando sus procedimientos son justificados en términos de teorías establecidas como las psicológicas, sociológicas, etc.¹⁴; **validez interna**, se refiere al establecimiento de las relaciones causales¹⁵ y resulta de estrategias que objetiven eliminar la ambigüedad y la contradicción, inseridas en los detalles y del establecimiento de fuertes conexiones entre los datos¹⁶; **validez externa**, establece el dominio para que las descubiertas del estudio puedan ser generalizadas¹⁷ y puede ser obtenida por la replicación de la investigación o lógica de la réplica que es la utilizada en los estudios comparativos de casos; **validez instrumental**, basada en la validez atribuida a los procedimientos utilizados en la investigación, por otro lado, ningún procedimiento puede ser considerado válido 'a priori' pero se puede buscar la comparanza o compatibilidad de las descubiertas, utilizándose el método de la triangulación para hacerse esa análisis¹⁸; y **validez consultiva**, refiriéndose a la posibilidad de consultarse los envueltos en el proceso de investigación (entrevistados, observadores, contestadores, entrevistadores) para obtenerse informaciones sobre su precisión, completiva, etc. de los datos obtenidos¹⁹.

En el caso de este trabajo se utilizó la lógica de la réplica como validez interna que se basa en la inducción analítica, donde se ve lo general en lo particular. O sea, se buscó descubrir en casos concretos las causas o condiciones generales para predecir o explicar el fenómeno del grado de satisfacción de los usuarios de las consultas externas de los hospitales investigados.

* de acuerdo con SYKES, V.. (1990).- *Validity and Reliability in Qualitative Marketing Research: a review of literature*. Journal of the Market Research Society, Vol 32, n° 3, junio.- validez es una gran variedad de sentidos en los debates sobre la investigación cuantitativa. La distinción más importante está en su utilización refiriéndose al tipo y la precisión de la información obtenida de las muestras individuales, sean individuos o grupos y la evaluación de la validez debe ser realizada a la luz del propósito del trabajo de investigación.

¹³ Yin (1989). Op. Cit.

¹⁴ SYKES (1990). Op. Cit.

¹⁵ Yin (1989). Op. Cit.

¹⁶ SYKES (1990). Op. Cit.

¹⁷ Yin (1989). Op. Cit.

¹⁸ SYKES (1990). Op. Cit.

¹⁹ SYKES (1990). Op. Cit.

Bonache²⁰ pone en cuestión la cantidad de casos que deben ser investigados como siendo una cuestión de discrecionalidad, o sea, en general cuanto mayor sea el número de casos mayor la certidumbre, pero si se cree que hubo un aislamiento de las condiciones suficientes y necesarias para explicar y predecir el fenómeno, se puede dar por concluida la investigación²¹

8.5. DISEÑO MUESTRAL O TAMAÑO DE LA MUESTRA

La tesis que cuanto más grande es el tamaño de la muestra mayor será su precisión o confiabilidad es muy discutible, no solamente cuanto a los costos en cuestión, pero también cuanto a los métodos de cálculo de la muestra²².

La población es un conjunto de elementos donde, cada uno de ellos, presenta en común una o más características. La muestra es cuando se extrae un conjunto de observaciones de la población, o sea, se toma parte de esta para la realización del estudio. En la práctica, a partir de una muestra, se puede hacer inferencias para la población.

El objeto principal de la muestra es que se pueda hacer estimativas sobre una población de manera más rápida, práctica y económica. Si la población es pequeña (censo), pero si ella es grande, se investiga solamente una parte de ella (muestra) y se generaliza para el todo. Existen varias técnicas que visan tornar la muestra más representativa posible de la población. Las ventajas de la muestra sobre el censo serian: un menor costo, mayor rapidez en la obtención de los resultados, errores más pequeños.

8.6. OBTENCIÓN DE INFORMACIÓN

Fue utilizada la entrevista personal con la aplicación de los cuestionarios. Además de definir el universo objeto de estudio; los objetivos e hipótesis; elaborar el cuestionario; el diseño muestral; hay que haber un gran cuidado con la obtención de la información. En el caso de este

²⁰ BONACHE (1999). Op. Cit.

²¹ Mintezberg (1979) in Bonache (1999).

²² CASTRO, A. A.. (2001). *Planejamento da Pesquisa*. São Paulo: ACC.

trabajo, la propia autora realizó las entrevistas personalmente junto a los usuarios de todos los hospitales objeto de estudio. Hubo dos razones para eso.

Primero, por ser un trabajo que envuelve ciertas técnicas con relación a hablar y oír las personas. Hay algunas reacciones humanas que ocurren durante una entrevista que precisan ser registradas. El entrevistador debe evitar la inducción, o sea, evitar sugerencias al entrevistado y no debe opinar sobre el asunto en cuestión.

Segundo, el entrevistador debe estar entrenado para realizar estas encuestas, y para eso hay un costeo, el cual la autora no podría arcar, así fue decidido hacerlo sola con un costo cero y con la seguridad de las respuestas.

8.6.1. Proceso de obtención de información

En la metodología de trabajo empleada fueron abordados aspectos descriptivos comparativos y técnicos. La opción por el estudio comparativo de los hospitales de los dos países (Brasil y España) ofrece la ventaja de investigar la gestión hospitalaria a la luz del marketing de servicios con un enfoque en la calidad del atendimento en las consultas externas de los hospitales públicos en dos contextos de diferentes niveles de desarrollo. La naturaleza del estudio se presupuso la realización de un trabajo de campo en ambos centros hospitalarios. En el marco de este estudio, se consideró indispensable realizar una recogida de información primaria desde dos perspectivas. Por una parte, se pretendió conocer el punto de vista de algunos gerentes o gestores del sistema sanitario. Por otra parte, se pretendió conocer la calidad percibida por los pacientes/clientes de los servicios sanitarios.

Para obtener una evaluación global de estas experiencias, fueron realizadas una serie de entrevistas con profundidad con las personas relacionadas directa o directamente al sector de calidad de los hospitales investigados. En el caso de los usuarios, teniendo en cuenta la amplitud del muestreo, se realizó una recogida de información primaria, mediante encuesta, donde fueron aplicados cuestionarios en varias especialidades de la consulta externa de los hospitales investigados.

Se diseñó un cuestionario estructurado con 15 preguntas cerradas²³ más datos de clasificación. En todas las aplicaciones de los cuestionarios en Barcelona, la cantidad y tenor de

²³ El respectivo cuestionario puede verse en el anexo correspondiente.

preguntas tenían la misma equivalencia de los cuestionarios respondidos en los hospitales de Fortaleza (Brasil). Cabe resaltar que la aplicación de todos los cuestionarios, tanto en Fortaleza como en Barcelona, fue realizada por la autora de este trabajo, donde se pudo anotar las observaciones hechas por los usuarios durante la encuesta, que fueron de gran valía para el análisis de los resultados.

Para la comprensión de la actual coyuntura del proceso gestión hospitalaria resulta fundamental el conocimiento de la historia de las instituciones. Mediante el análisis de los documentos y registros de ambos los hospitales se pretendió verificar las particularidades en estas organizaciones y las principales diferencias en sus estrategias de ejecución en diferentes contextos sociales.

El trabajo de investigación está dividido en tres etapas diferenciadas y complementares. La primera de ellas fue realizada en junio de 97, donde fueron entrevistados 100 pacientes de consultas externas del Hospital de VDH* en Barcelona.

En la segunda fase, realizada en el período de junio a agosto de 99, fueron distribuidos 100 cuestionarios a pacientes de las consultas externas en tres Hospitales Públicos de Fortaleza (Hospital Geral de Fortaleza – HGF, Hospital Instituto Dr. José Frota – IJF, y Hospital Universitario Walter Cantidio – Hospital das Clinicas – HUWC) totalizando 300 (trescientos) cuestionarios con usuarios a fin de conocer sus opiniones. En el mismo año, en el período de octubre a noviembre fueron realizadas más 100 (cien) encuestas con los usuarios en el Hospital Clinic de Barcelona.

La tercera fase hace parte la realización de la aplicación de cuestionarios con los usuarios del Hospital de la Creu Roja de L'Hospitalet entre abril y mayo de 2000, este último con también una distribución de 100 (cien) cuestionarios a los pacientes de las consultas externas.

* no fue permitido divulgar el nombre del hospital

CAPÍTULO 9: ANÁLISIS DE LA AREA DE INVESTIGACIÓN

CAPÍTULO 9: ANÁLISIS DE LA AREA DE INVESTIGACIÓN

9.1. EL HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA (HGF)

9.1.1. Un breve histórico

El *Hospital Geral de Fortaleza* (HGF) fue fundado el año de 1969 como un hospital moderno, complejo, con estructura gerencial eficiente para los padrones de la época. El HGF poseía una clientela restringida, atendiendo solamente las personas que hacían parte del *Instituto Nacional de Previdência Social* (INPS)*, no obstante reunía condiciones reales de trabajo donde se sobresalía una moderna tecnología para el momento¹.

En el año de 1975, después de seis años de su fundación, debido a mudanzas en el ambiente externo y el cambio radical del perfil de productividad de la institución hubo un gran período de declinación, con las siguientes consecuencias: caída significativa de la productividad de los médicos; escasez de los recursos para inversiones; autoritarismo y falta de compromiso profesional, con baja participación de los trabajadores en las decisiones; principio del estado de desorganización gerencial; disminución de la productividad general.

Esta crisis estaba en todas las organizaciones públicas brasileñas en inicio de la década de 90, con la “estadualización” (antes el hospital era de responsabilidad gerencial del gobierno federal, pasando al gobierno estadual) y el cambio del sistema de financiamiento hospitalario brasileño que antes tenía un presupuesto global pasando a tener pagamiento por procedimientos. El atendimento pasó a ser universalizado, o sea, todos tenían derecho al servicio hospitalario gratuito, generando una demanda superior a la oferta de los servicios.

La falta de planeamiento en la “estadualización” y en el sistema hospitalario agravó la desorden gerencial, y la falta de abastecimiento de medicamentos se tornó un una rutina.

* comentado en el capítulo 3.

¹ LIMA, V. M^a. (1998). *Qualidade do Serviço Prestado ao Usuário pelo Setor de Emergência do Hospital Geral de Fortaleza*. Tesina presentada en el Máster em Administração de Empresas de la Universidade de Fortaleza.

Eso se mantuvo hacia el año de 1992, cuando ocurrió una transformación organizacional en el HGF, con un nuevo gerente que rompió con la larga tradición de clientelismo político de veintitrés años y toda la gerencia del hospital fue definida sin la interferencia de las siglas partidarias como antes era hecho. En el mismo año hubo una ampliación en su estructura física y del número de trabajadores del hospital con la inauguración del sector de emergencia. No obstante, esto causó un aumento en los gastos del hospital, acumulando el déficit financiero. Y por otro lado no había un compromiso mayor y tampoco una motivación por parte de los trabajadores del hospital, como también una ausencia de un sistema de informaciones y controle gerenciales.

Ya el siguiente año hubo una modificación en la visión administrativa existente, que era desvinculada de los procesos de trabajos con bastante verticalidad y con una gran centralización y rigidez burocrática. Por un año entero se trabajó, a través de consultoría, un diagnóstico de clima laboral con la participación de los gerentes en entrenamientos de calidad total, empezando así el desarrollo del planeamiento estratégico, donde fueron definidos su misión[#], visión^{##} y valores. Hubo un trabajo de sensibilización junto a más de 2/3 de los trabajadores con programas de concienciación para aceptación de mudanzas.

El proceso de transformación del hospital era fundamentado en un tres bases estratégicas: la gerencia de calidad total, el planeamiento estratégico y el programa de desarrollo gerencial. La nueva filosofía de trabajo del HGF se propone a dirigir los trabajadores para consideraren el cliente como mayor referencial del trabajo desarrollado en el hospital. Se ve claramente la filosofía del marketing orientado hacia el cliente como también un trabajo de marketing interno.

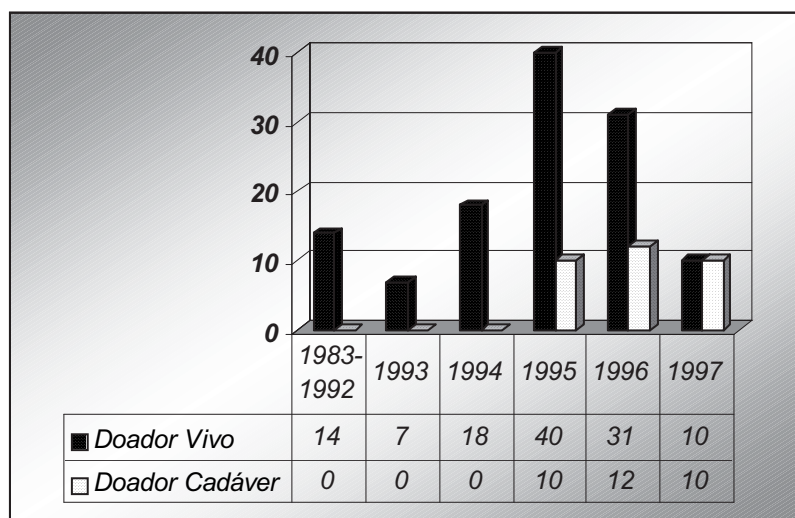
Esta mudanza gerencial se tornó conocido en varias comarcas brasileñas y el déficit financiero disminuyó. En 1995 tuvo inicio la implantación de un Sistema de Apuración de Gastos Hospitalarios, el desarrollo de un Sistema de Programación Financiera y Presupuestaria. Paralelamente se inició la fase operacional del planeamiento estratégico y se instauró el avance de la Gerencia de Calidad en las Unidades-pilotos. A través del Consejo de Gestión fueron dados los primeros pasos dirigidos a la autonomía y el control social. En el mismo año el hospital era un centro de referencia en Trasplante Renal para las

[#] HGF: Derecho a la salud, ejercicio de la ciudadanía.

^{##} Proceso de reconstrucción: la mejoría a través de las personas.

regiones norte y nordeste del país, con una mediana de 4,0 trasplantes/mes (anteriormente era de 1,5 trasplantes/año).

Figura 9.1.1.1.: *Distribución de los Trasplantes en el Periodo de 1983 a 1997*



Fuente: LIMA, V. M^a (1998). op. cit.

9.1.2. Datos y cifras de la actividad del HGF

Actualmente cuenta con 259 camas, un total de 2070 trabajadores, siendo que 510 médicos y 186 enfermeros. Su total de consultas externas al año es de 201.560, siendo que por mes son realizadas 9000 consultas externas.

Las especialidades médicas son las siguientes: Clínica médica, Pediatría, Ginecología, Obstetricia, Oftalmología, Cirugía vascular, Proctología, Anestesiología, Cirugía general, Ortopedia, Neonatología, Otorrinolaringología, Endoscopia, Cirugía pediátrica, Cirugía plástica, Neurocirugía, Urología, Nefrología/trasplante renal, Cardiología, Terapia intensiva, Psiquiatría, Reumatología, Neumología, Homeopatía, Neurología, Dermatología, Endocrinología pediátrica, Neurología pediátrica, Gastroenterología, Hematología.

Dispone también de Programas de Salud y Consultas Externas Especializadas en: Adolescentes, Nutrición, Diabetes, Cefalea, Mastología, Hipertensión arterial, Osteología, Potadores de SIDA, dolores generalizadas.

En sus procesos de trabajo de Residencias Médicas (MIR), incluye las siguientes especialidades: Ginecología/obstetricia, Oftalmología, Otorrinolaringología, Clínica Médica, Pediatría, Radiología, Traumatología/ortopedia, Urología, Anestesiología, Cirugía General, Cirugía Plástica, Endoscopia, Terapia Intensiva, Neonatología.

Las perspectivas para el HGF se reflejan en la idealización de una organización autónoma, flexible y ágil con la implantación de mudanzas sometidas a un control social, o sea, el usuario ejerce un cierto poder de control. Los trabajadores más comprometidos e incentivados con la misión de la organización, una estructura horizontal, traduciendo los procesos de trabajo que favorece la comunicación y la cooperación inter-profesional, además de una entidad con visión compartida, todos crecen y aprenden. Hoy en día El HGF no cuenta con un grupo de investigación efectivamente estructurado. Sin embargo hay la recién creada “*Seção de Estudos e Aperfeiçoamento*” (Sección de Estudios y Perfeccionamiento), directamente ligada al gerente del hospital, centrado en la investigación, como también en la creación, promoción y coordinación de plazas en el hospital para realización de residencia por parte de los estudiantes de la carrera de la Facultad de Medicina.

Actualmente cuenta con un organigrama (anexo 9.1.2.1.) estructurado con cuatro divisiones directamente subordinadas al “*diretor geral*” (gerente), sobre la responsabilidad de un médico; las cuales son: la División Médica y la División Técnica, sobre la responsabilidad de un médico; la División Administrativa, sobre la responsabilidad de una administradora y la División de Calidad, también sobre la responsabilidad de una administradora. Esta última ha sido estructurada hace algunos años y posee un activo programa de calidad que se intenta implementar en dicho hospital.

9.1.3. Entrevista

La entrevista fue realizada en 1999 con la Dirección de la División de Calidad del HGF, donde se buscó conocer mejor el interés del hospital por la calidad en sus servicios.

01. ¿Qué significa en este hospital: calidad y mejora continua?

Calidad para el HGF es restablecer la salud del cliente, atendiendo a sus necesidades y excediendo las sus expectativas con seguridad total, a un coste menor y tiempo posibles, a través de una relación ética y respeto humano, buscando una mejora continua en los procesos y/o servicios adecuados a la misión del hospital.

La calidad en el hospital será alcanzada solamente por la valoración y crecimiento del ser humano en su totalidad.

Mejora continua significa perfeccionamiento continuo, usando maneras nuevas de hacer cosas, sin miedo de osar y asumir nuevos desafíos, identificando problemas y comparando resultados, actuando correctivamente y replaneando acciones.

02. ¿Que factores son determinantes de la calidad en hospital?

- Satisfacción del cliente externo e interno;
- Misión, visión y valores interiorizado por los funcionarios;
- Educación y entrenamiento continuo;
- Política de recursos humanos;
- Ambiente y atendimento humanizado;
- Estructura, materiales y equipamientos adecuados;
- Competencia de los profesionales;
- Normalización de los procedimientos;
- Sistema de comunicación/información;
- Sistema de valuación de calidad (indicadores);
- Definición de normas, flujos, atribuciones y regimiento.

03. ¿Quién define, en cada caso los parámetros de la calidad objetiva? Cómo se controla y se supera dicha calidad?

Quien define los parámetros de calidad objetiva son los profesionales de salud del hospital y la directoria.

El control de calidad es realizado a través de indicadores y la mejora es hecha por la valoración de la situación real con relación a la deseada, como también por el desarrollo de los nuevos procedimientos/servicios.

04. ¿Qué papel juega las necesidades y expectativas de los clientes?

Esta es una cuestión central. El principal objetivo y razón de ser del hospital es buscar atender a esas necesidades y expectativas. Es realizada una encuesta de satisfacción en las áreas de emergencia, ingresos y consultas externas, hay urnas , una oidoría y el Proyecto de Mejora del Atendimento al Usuario-Ciudadano con una serie de acciones en andamiento con relación a los aspectos: relaciones, comunicación/información, procedimientos, material y equipamientos, ambiente y personal.

05. ¿Cómo conoce el hospital sus necesidades y expectativas?

A través de las encuestas de satisfacción de los usuarios, reclamaciones/sugerencias a la oidoría, urnas, se considera las opiniones de los usuarios en la mejora.

06. ¿Cuál es el grado de satisfacción de los pacientes de la visita externa?

Excelente 16%

Bueno 61%

Regular 21%

Pésimo 2%

07. ¿Cómo se transmite a los empleados la necesidad de ofrecer un Servicio de Calidad, y que acciones concretas realiza el Hospital en este sentido?

Las acciones son:

- Educación y entrenamiento;

- Cursos: Gestión de la Calidad en los Hospitales, Herramientas de la Calidad, Calidad en el atendimento, Calidad de vida y manejo del stress y auto estima;
- Conferencias en el área de calidad;
- Foro de derechos del paciente;
- Elaboración de rutinas;
- Gestión participativa: reunión con los funcionarios, estímulo a la participación;
- Comunicaciones a través de periódico interno y textos, mensajes, ejemplos positivos y experiencias de áreas que realizan buen atendimento y gestión;
- Presencia del Gerente en las reuniones y eventos internos hablando de la importancia de la calidad para el hospital, los profesionales, el usuario y la sociedad.

08. ¿Qué resultados obtiene? ¿Cuáles son las principales dificultades?

Resultados:

Los principales factores de mejora personal/profesional a nivel individual obtenidos en una investigación realizada con directores y funcionarios de las áreas en implantación son: adquisición de nuevos conocimientos para mejorar la gestión y la calidad de vida; aprendizaje de cómo lidiar con los problemas de forma racional; mayor abertura a los cambios y al nuevo.

Los principales factores de mejora personal/profesional a nivel de equipo obtenidos en una investigación realizada con directores y funcionarios de las áreas en implantación son: mayor organización de los flujos/espacios y mejor gestión de los procesos; presentación de los resultados de manera científica; aumento de la sensatez de trabajo en equipo e integración entre las personas.

Dificultades:

Los principales obstáculos a escala interna en el ámbito organizacional obtenidos en una investigación realizada con directores y funcionarios de las áreas en implantación son: dificultad en cambiar la cultura; inadecuación de la estructura organizacional; condiciones de trabajo inadecuados.

Los principales obstáculos a escala interna en el ámbito personal/gerencial obtenidos en una investigación realizada con directores y funcionarios de las áreas en implantación son: insuficiente credibilidad en el proceso de cambio; insuficiente y inadecuada comunicación entre personas y sectores; poco empeñamiento de los profesionales.

Los principales obstáculos a escala interna en el ámbito del proceso de Gestión por la Calidad Total obtenidos en una investigación realizada con directores y funcionarios de las áreas en implantación son: demora en la obtención de los resultados; discontinuidad en las acciones de implantación de la gestión de la calidad; insuficiente educación y entrenamiento.

Los principales obstáculos en el ámbito externo obtenidos en una investigación realizada con directores y funcionarios de las áreas en implantación son: indefinición de una adecuada política de recursos humanos; ausencia de estructuración del sistema de salud; bajo investidura del gobierno; inexistencia de la autonomía gerencial y financiera.

09. ¿Qué relación existe entre la estructura organizacional del hospital y la Calidad de los servicios prestados?

La relación entre la estructura organizacional del nuestro hospital y la calidad es la siguiente: creo que la estructura organizacional con verticalidad, jerarquizada y burocrática constituye un obstáculo, pues no favorece el trabajo en equipo y la agilidad en la comunicación/tomada de decisiones, genera centralización, lo que son contrarios a la Gestión por la Calidad Total.

9.2. HOSPITAL *INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA* (IJF)

9.2.1. Un breve histórico

Fue inaugurado en el año de 1932 como el Servicio de Pronto Socorro de Fortaleza, cuatro años después fue nombrado como Asistencia Pública de Fortaleza siendo la primera política municipal de socorro, asistencia médica y de cirugía de urgencia de Fortaleza. Sólo en el año de 1970 fue transformado en autarquía con la denominación de Instituto Dr. José Frota.

Hubo una gran reforma en su estructura física, en el año de 1983 denominado “el nuevo IJF”, quedando con un área física de 23.042 m². Hoy en día cuenta con 410 camas, posee 1840 trabajadores en su plantilla, con 440 médicos y 193 enfermeros. Tiene actualmente como su misión proporcionar asistencia médica de urgencia y emergencia a población. A pesar de ser un hospital público municipal, posee un servicio particular y de convenio de atendimento.

9.2.2. Datos y cifras de la actividad del IJF

Dispone de las siguientes unidades de atendimento: Emergencias, Servicio de Pronto Atendimento (SPA), Emergencia Especializada (Otorrinolaringología, Endoscopia Respiratoria, Oftalmología con Sala de Cirugía, Odontología, Hemoterapia), Centro de Cirugía, Centro de Material, Unidades de Tratamiento Intensivo (UTIs), Centro de Quemados, Centro de Estudios e Investigación.

Cuenta con el Servicio de Apoyo y diagnóstico: Servicio de Vídeo Laparoscopia, Endoscopia Digestiva, Endoscopia Respiratoria, Ultrasonido, Tomografía Computadorizada, Radiología, Análisis Clínicas, Centro De Toxicología, Hemoterapia.

Las especialidades médicas ofertadas a los usuarios son las siguientes: Clínica Médica, Cirugía General, Clínica Pediátrica, Cirugía Pediátrica, Cirugía Odontológica de Urgencia, Cirugía Torácico Vascular, Otorrinolaringología, Oftalmología, Neurocirugía, Traumatología, Terapia Intensiva.

El atendimento de consultas externas en el año 1998 fue de 337.400, siendo 271.811 (86,6%) que ha provenido de la ciudad de Fortaleza y 65.589 (13,4%) de las otras ciudades de Ceará. Hasta julio de 1999 se contaba 116.083 consultas externas realizadas, con una mediana de 8.892 consultas externas/mes.

Cuadro 9.2.2.1.: *Total de Atendimento Consultas Externas IJF (1995-1998)*

AÑO	TOTAL DE ATENDIMIENTO CONSULTAS EXTERNAS (SIA/SUS)	CAPITAL		INTERIOR	
		CANTIDAD ATENDIMIENTO	%	CANTIDAD ATENDIMIENTO	%
1995	263.197	233.576	76,8	29.621	23,2
1996	310.062	268.397	86,6	41.665	13,4
1997	353.787	303.885	85,9	49.932	14,1
1998	337.400	271.811	86,6	65.589	13,4

Fuente: datos cogidos directamente en el Hospital IJF.

El número total de ingresos en el año de 1998 fue de 13.068, siendo 7.773 (59,5%) de la capital y 5.295 correspondiente a 40,5% del interior del Estado de Ceará. Se observa en el cuadro 9.2.2.2. que la cantidad de atendimento en termos de porcentaje en la capital bajó, en relación a los años anteriores, quedando casi mitad-mitad capital e interior.

Cuadro 9.2.2.2.: *Total de ingresos (SIH/SUS) en IJF (1995 – 1998)*

Año	TOTAL DE INGRESOS (SIH/SUS)	CAPITAL		INTERIOR	
		CANTIDAD ATENDIMIENTO	%	CANTIDAD ATENDIMIENTO	%
1995	15.095	11.127	73,8	3.968	26,3
1996	13.425	10.022	74,6	3.403	25,3
1997	12.787	8.557	66,9	4.225	33,1
1998	13.068	7.773	59,5	5.295	40,5

Fuente: datos cogidos directamente en el Hospital IJF.

Otros datos relevantes son con relación a tasa de ocupación que aumentó de 1997 a 1998, como también el índice rotatorio. Ya la media de permanencia y la tasa de infección hospitalaria que deberían haber bajado, también aumentaron en el año de 1998 con relación al de 1997, como enseña el cuadro 9.2.2.3..

Cuadro 9.2.2.3.: *Tasa de ocupación e infección hospitalaria, media de permanencia e índice rotatorio del IJF (1997-1998)*

INDICADORES	1997	1998
TASA DE OCUPACIÓN	92 %	94 %
MÉDIA DE PERMANENCIA	9,1 días	11,32 días
TASA DE INFECCIÓN HOSPITALARIA	4,0 %	4,6 %
ÍNDICE ROTATORIO DE CAMAS	3,43	4,02

Fuente: datos cogidos directamente en el Hospital IJF.

9.3. EL HOSPITAL UNIVERSITARIO WALTER CANTÍDIO (HUWC)

9.3.1. Un breve histórico

El *Hospital Universitário Walter Cantídio* fue construido en 1944 con dinero público para apartamiento de pacientes portadores de enfermedades transmisibles, luego su gestión fue transferida para la Universidad Federal de Ceará (UFC) con la condición de que continuara a ser también de apartamiento. En 1959 llegaron las primeras veinticinco camas (ocho destinadas a los enfermos que deberían estar apartados), y fue entonces inaugurado el *Hospital das Clínicas* por el presidente de Brasil de la época, Juscelino Kubitcheck.

El HUWC, el complejo hospitalario dirigido esencialmente para la enseñanza, la investigación científica y la asistencia en salud, es por excelencia un centro formador en la área de salud y otras afines. Principal centro formador de médicos en el Estado de Ceará, es el único hospital-escuela ligado a una universidad. Referencia estadual en todas las especialidades médicas, destacándose en hematología, dermatología, neumología, trasplante renal, cirugía cardíaca, atendiendo a pacientes de todo Ceará y estados circunvecinos.

Está localizado en un área de 32.000 m², con un área construida de aproximadamente 18.000 m² abrigando 240 (doscientas y cuarenta) camas, 5 (cinco) salas de cirugía, 125 (ciento y veinticinco) consultas, atendiendo 176.476 (ciento setenta y seis mil y cuatrocientos y setenta y seis) pacientes/año en consultas externas/año, 6.000 (seis mil) ingresos, realizando cerca de 400.000 (cuatrocientos mil) análisis clínico, cuenta con la colaboración de 316 (trescientos y dieciséis) médicos, casi 500 (quinientos) profesionales de salud (enfermeros y auxiliares), y una centena de técnicos de apoyo administrativos entre otros.

En 1995 (pasos para una gestión participativa), fue creado el Consejo Director con 5 (cinco) directorías (general o gerente, administrativa, médica, enfermería, y enseñanza e investigación). En el mismo año, representantes de todas las categorías profesionales elaboraron un plan estratégico de desarrollo para el HUWC, cuando fue definida su misión: “desarrollar, promover y estimular, con calidad y excelencia la enseñanza, la investigación y la asistencia en salud, a niveles hospitalarios y de consultas externas, integrando la

realidad de su medio, de modo que contribuyera con soluciones de sus problemas y su desarrollo”.

Fue esbozado en 1996 el “Proyecto Renovar” que pasó a ser la técnica de esta gestión, buscándose medios financieros para concretizarlo, lo que se consiguió con la parcialidad de la UFC. Ya en 1997 el proyecto fue iniciado oficialmente para toda la institución, siendo compuesto por cinco premisas:

- Sistema de gestión por la calidad total;
- Sistemas de contabilidad;
- Recuperación de áreas físicas y nuevos equipamientos;
- Sistema de información hospitalaria; y
- Humanización.

Con objetivos bien definidos el HUWC pasó a tener sus acciones gestionadas por el Consejo Directivo, con reuniones semanales y presencia de un representante de los médicos residentes. Formación del consejo: Gerente, Director médico, Director de Enseñanza e investigación, Director administrativo, director de enfermería, Director de la Facultad de Medicina, Jefes de departamento de medicina y clínica y cirugía, jefes de las unidades de los servicios clínicos, jefaturas de la unidad de servicios de cirugía, y coordinación del escritorio de calidad. Tiene asiento en estas reuniones el representante de los residentes.

9.3.2. Datos y cifras de la actividad del HUWC

Servicios prestados por el HUWC:

- Unidad de los pacientes externos: cardiología, cardiología pediátrica, gastroenterología/hepatología, medicina interna, psiquiatría/psicometría, reumatología, dermatología, hematología, inmunología, nefrología, neumología.
- Unidad de Pacientes Ingresados: Clínica Médica y Pediátrica: Clínica general, Cardiología, Neurología, Endocrinología, Dermatología, Reumatología, Gastroenterología, Nefrología, Hematología, Neumología, Tisiología; Clínica de Cirugía: Cirugía General, Ortopedia, Plástica, Oftalmología, Pediatría, Trasplante Renal, Traumatología, Proctología, Cabeza y Pescuezo, Otorrinolaringología, Cirugía Cardíaca.

9.3.3. Entrevista

La entrevista fue realizada en 1999 con la Directora del Escritorio de Calidad del HUWC, donde se buscó conocer mejor el interés del hospital por la calidad en sus servicios.

01. ¿Qué significa en este hospital: calidad y mejora continua?

Tiene apenas dos años de existencia.

02. ¿Quién define, en cada caso los parámetros de la calidad objetiva? Cómo se controla y se supera dicha calidad?

No hay una comunicación directa con el cliente. Existe una investigación en las consultas externas sectorial, siendo un poco rudimentaria. El control no existe todavía debido a el poco tiempo de inicio de su implantación.

03. ¿Qué papel juega las necesidades y expectativas de los clientes? ¿Cómo conoce el hospital sus necesidades y expectativas?

Las acciones del Programa de Calidad son desarrolladas para atender las necesidades del cliente, la inexistencia del mecanismo de una manera formal dificulta la detección de estas necesidades y expectativas. Se trabaja mucho con la creatividad y al improvisado.

04. ¿Cuál es el grado de satisfacción de los pacientes de la visita externa?

70 % de bueno y excelente con relación a conformidad.

05. ¿Cómo se transmite a los empleados la necesidad de ofrecer un Servicio de Calidad, y que acciones concretas realiza el Hospital en este sentido?

Hay entrenamientos realizados por el Escritorio de Calidad, el cual está invirtiéndose en el personal. Tenemos ya envueltos 22 (veintidós) empleados entrenados. En once servicios las personas tienen conocimiento y ya están aplicando las herramientas de la calidad total.

06. ¿Qué resultados obtiene? ¿Cuáles son las principales dificultades?

Las principales dificultades es el descaso de los médicos que no despertaron para la importancia del sistema de calidad en el hospital.

07. ¿Qué relación existe entre la estructura organizacional del hospital y la Calidad de los servicios prestados?

Existe una dificultad con relación al servicio prestado, hay una disociación entre enseñanza y asistencia perjudicando la calidad de los servicios prestados y el gran reto es aproximar la docencia de la asistencia, los cuales están interrelacionados. La calidad es mirada como un trabajo a más.

9.4. EL HOSPITAL CLINIC I PROVINCIAL DE BARCELONA (HCB)

9.4.1. Un breve histórico

El Hospital Clinic i Provincial de Barcelona, fundado en el año de 1907, es un ente público que rige su actividad frente a terceros por el derecho privado, con la finalidad de proporcionar asistencia sanitaria, asistir a los enfermos pobres de la provincia de Barcelona, participar en la docencia y formación de médicos residentes y alumnos de la Escuela de Enfermería e impulsar, orientar, coordinar y divulgar oportunamente la investigación².

El presupuesto del Hospital se nutre de los ingresos propios obtenidos en sus actividades, mayoritariamente derivados del concierto con el Servicio Català de la Salut, en la medida en que éstos no lleguen a cubrir los gastos por un sistema de subvenciones proporcionales de sus Patronos como podemos ver en el cuadro 9.4.1.1.:

Cuadro 9.4.1.1.: Sistema de Subvenciones Proporcionales del HCPB

	Porcentaje
Diputació de Barcelona	42
Ministerio de sanidad y Consumo	22
Ministerio de Educación y Ciencia	22
Ayuntament de Barcelona	14
	100

Si se produce una pérdida de gestión al cerrar el ejercicio económico, ésta se distribuye de la misma forma que las subvenciones proporcionales mencionadas anteriormente³.

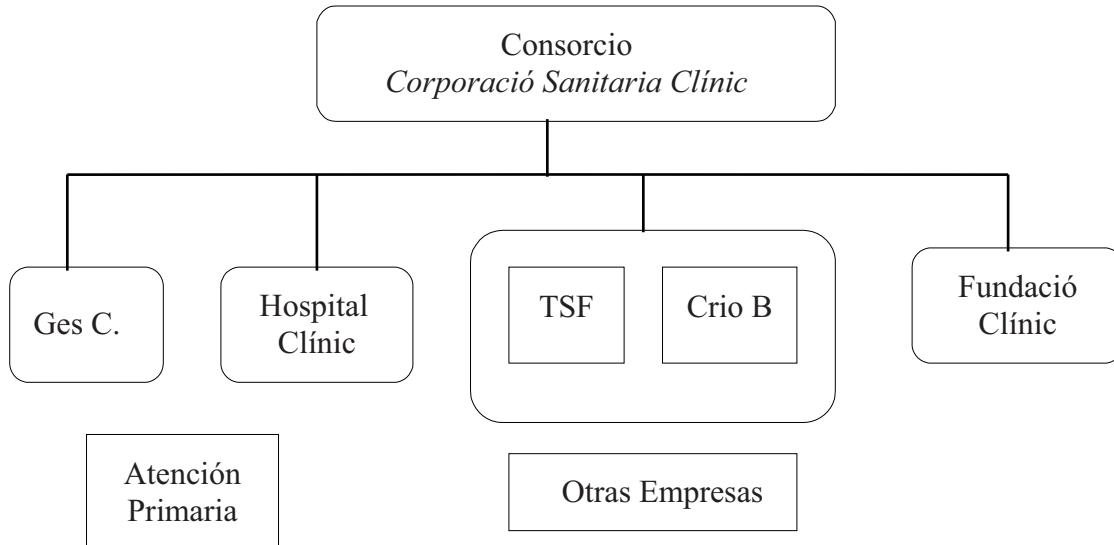
Tiene una actuación como centro Concertado (proveedor) del Servei Català de la Salut, y se incluye dentro de los Hospitales Generales (no monográficos) de nivel C (alta

² Trilla, A. Aplicabilidad y Utilidad Practica de los Procesos de Reingenieria en los Hospitales Universitarios. Tesina del Master en Economía de la salud y Gestión Sanitaria. Universidad de Barcelona, 1997.

³ Memoria del Hospital Clínic i Provincial de Barcelona, año 1996.

tecnología), junto a los hospitales de Sant Pau, Vall d’Hebron y Bellvitge. Hoy en día está integrado dentro del denominado Consorcio de la Corporació Sanitaria Clínic (CSC), como está expuesto en la figura 9.4.1.1..

Figura 9.4.1.1.: Estructura Organizativa del Consorci Corporació Sanitaria Clínic

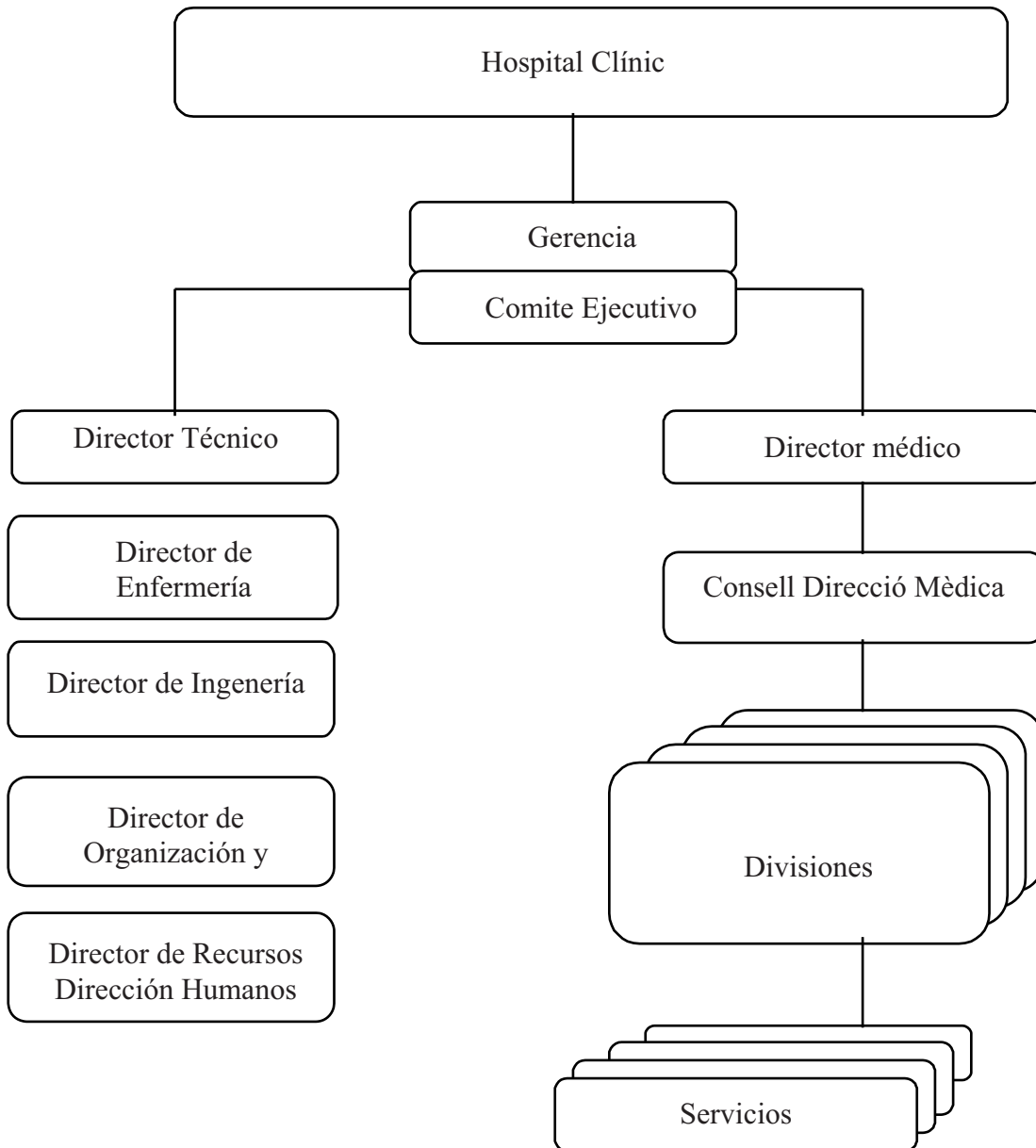


Fuente : A. Trilla, 1997.op.cit.

El modelo de organización de Gestión del Hospital Clínic es bastante clásico, aunque tenga unas ciertas peculiaridades, como podemos ver el esquema siguiente. El Gerente, que también es el presidente del *Comité Executiu*, posee la responsabilidad gestora final. El *Comité Executiu* está integrado por diversas direcciones funcionales, tales como Dirección Médica, Dirección de Enfermería, Dirección Técnica, Dirección de Organización, Dirección de RR. HH., etc.

Según Trilla, “los servicios actuales carecen de soporte administrativos de gestión, aunque en algunos casos puntuales se han desarrollado experiencias de descentralización de la gestión”. Y continua diciendo que “el modelo organizativo global corresponde pues conceptualmente a una estructura piramidal, fuertemente jerarquizada y centralizada, con líneas bastante independientes entre los estamentos médicos, de enfermería y de gestión-administración”.

Figura 9.4.1.2.: Estructura Organizativa Inicial del HCB



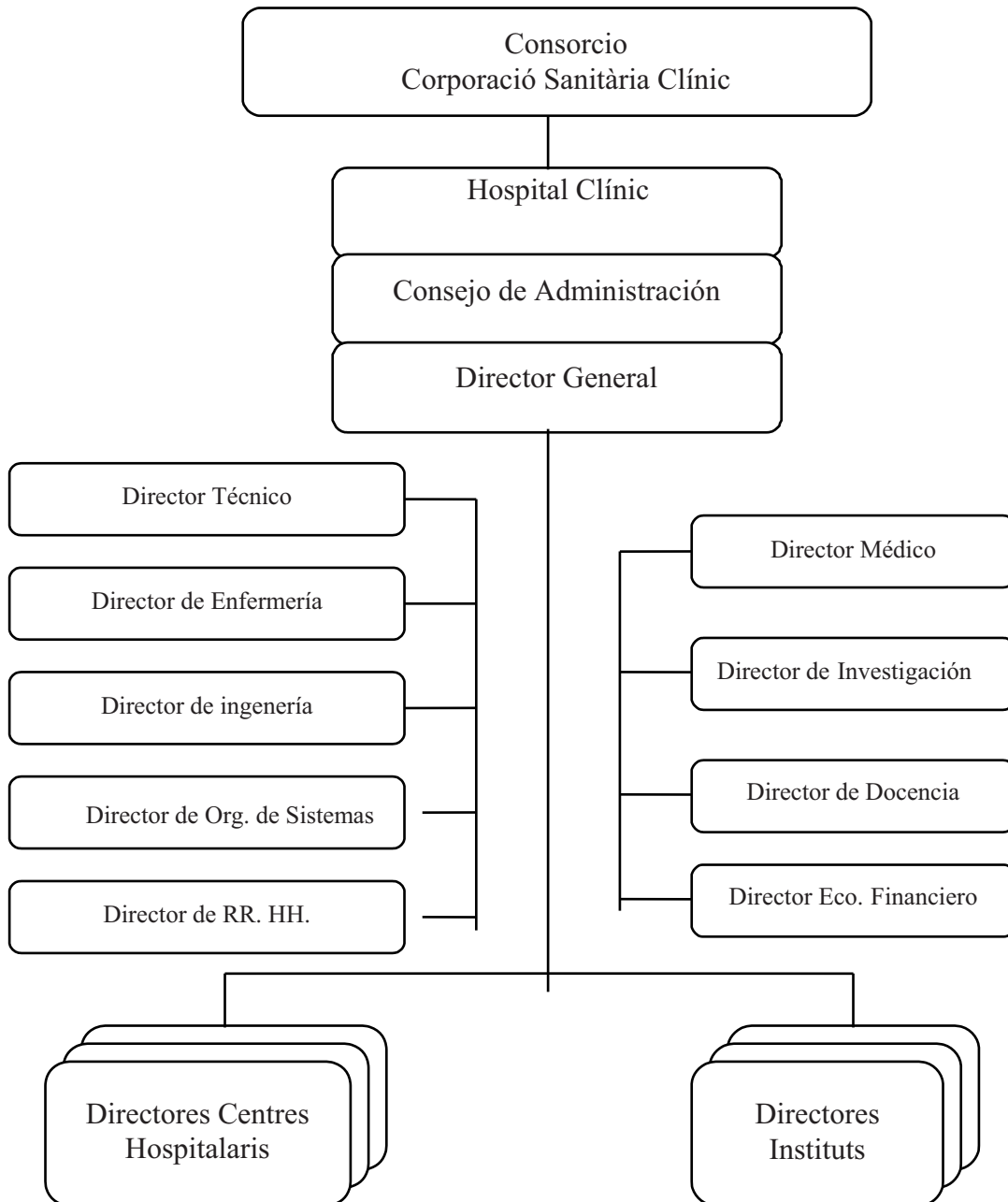
Fuente : A. Trilla, 1997, op. cit.

En el año de 1996, fue criado un nuevo sistema de Carrera profesional, donde se separa los aspectos asistenciales de los de gestión. Resumidamente podemos dividirlos así :

- * Categorías profesionales (asistenciales) → son cuatro, divididas en especialistas, especialistas senior, consultor, y consultor senior. Son accedidas por criterios de edad, antigüedad en la categoría previa y méritos asistenciales valorados por un Comité de

Promoción Profesional, integrado exclusivamente por profesionales sanitarios elegidos democráticamente.

Figura 9.4.1.3.: Estructura Organizativa del HCB



Fuente : A. Trilla, 1997, op. cit.

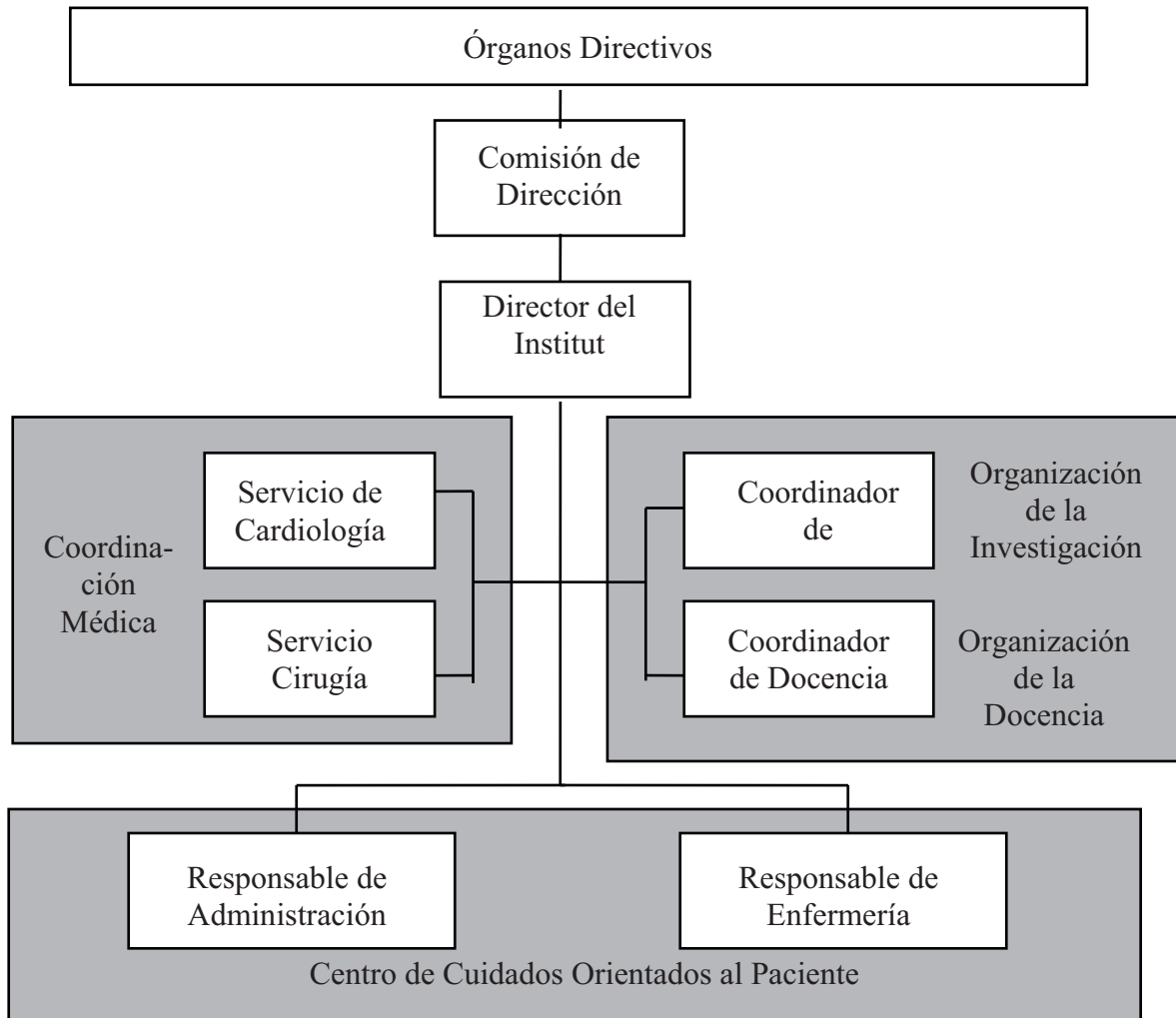
* Cargos profesionales (gestión) → son formados por un Jefe de Sección y un Jefe de Servicio, donde su carácter es temporal , y con responsabilidad de gestión y objetivos, son accedidos independientemente de la categoría profesional y nombrados por el Comité de Nombramiento de Cargos integrado por profesionales sanitarios y personal de la Dirección del Hospital.

A partir de las oportunidades y perspectivas creadas por la participación del Hospital Clínic, en 1995, en otras empresas y instituciones ; empresas de servicios sanitarias creadas por el propio hospital ; fundaciones de investigación ; así como el análisis del posible cambio del entorno sanitario catalán, la gerencia y dirección médica del Hospital analizaron la posibilidad de efectuar una remodelación global de la institución, como podemos ver en la figura 9.4.1.3.

Este modelo sirvió para el desarrollo de la Corporació Sanitària Clínic, el cual tenía las siguientes características principales :

- ✓ Constituirse como un grupo integral de provisión de servicios sanitarios en el territorio, líder en asistencia, investigación y docencia.
- ✓ Estructurarse entorno a un nuevo Hospital Clínic, con dos sedes (c/ Villarroel y c/ Sabino de Arana) y con una Unidad Integrada de Pediatría con el Hospital de Sant Joan de Déu.
- ✓ Formada por Instituts y Centres integrados de atención terciaria y un Hospital general con otras especialidades, abierto al área de salud y enfocado al paciente.
- ✓ Potenciación de la consulta externa, urgencias y servicios centrales, con posibilidades de externalizaciones empresariales.
- ✓ Vocación de desarrollo en atención Primaria, con medios propios o contratados.
- ✓ Acuerdos o alianzas con terceros para la Atención Socio-Sanitaria.
- ✓ Desarrollar nuevas tecnologías de gestión asistencial, de investigación y gestión empresarial al servicio del grupo de terceros.

Figura 9.4.1.4.: Modelo Organizativo del HCB



Fuente : A. Trilla, 1997.

9.4.2. Datos y cifras de la actividad del HCB

El Hospital Clínic tiene una capacidad de 878 camas, en el año de 1996 realizó 345.617 consultas externas, y ingresó en el mismo año 34.968 pacientes. Por otra parte, dispone de una plantilla actual que incluye 570 médicos, 1500 ATS/DUE y 200

administrativos. Tiene una actividad investigadora notable, con resultados indicando que es el más productivo⁴. La actividades del hospital podemos visualizar a seguir :

Cuadro 9.4.2.1.: Estructura de Personal del HCB

Número medio de empleados		
	1996	1995
Médicos	757	755
Enfermería titulada	1.066	1.089
Enfermería no titulada	578	454
Auxiliares sanitarios	116	116
Administración	433	434
Servicios generales	246	256
	3.196	3.195

Fuente: Memoria 1996 HCB

Cuadro 9.4.2.2.: Actividad Consulta Externa del HCB

Primeras Visitas	59.250
Visitas Sucesivas	286.367
Total Visitas	345.617
Relación Sucesivas/primeras visitas	4,83

Fuente: Memoria 1996 HCB

⁴ Trilla, A.. Aplicabilidad y Utilidad Practica de los Procesos de Reingenieria en los Hospitales Universitarios. Tesina para el Master en Economia de la Salud y Gestión sanitaria de la Universidad de Barcelona y Universidad Pompeu Fabra. Barcelona, 1997.

Cuadro 9.4.2.3.: Actividad de Hospitalización del HCB

Número camas a 31.12.1996	878
Enfermos ingresados	34.968
Estancias producidas	287.961
Estancia media	8,23
Ocupación %	91,74
Rotación enf./cama	40,80
Difuntos %	4,28

Fuente: Memoria 1996 HCB

Resumen de la actividad Asistencial

Actividad de Hospitalización

■ Núm. Camas a 31.12.96	878
■ Enfermos ingresados	34.968
■ Estancias producidas	287.961
■ Estancia media	8,23
■ Ocupación %	91,74
■ Rotación enf./cama	40,80
■ Difuntos %	4,28

Actividad Consulta Externa

■ Primeras visitas	59.250
■ Visitas sucesivas	286.367
■ Total visitas	345.617
■ Relación Sucesivas/1 as	4,83

Actividad Hospital de Día

■ Sesiones	41.685
------------------	--------

Actividad quirúrgica	
■ Intervenciones A. General	12.192
■ Intervenciones A. Local	4.742
■ Intervenciones Totales	16.934
Actividad de Urgencias	
■ Total visitas urgencias	131.495
■ Promedio visitas/día	359
Actividad Obstétrica	
■ Total partos	1.186

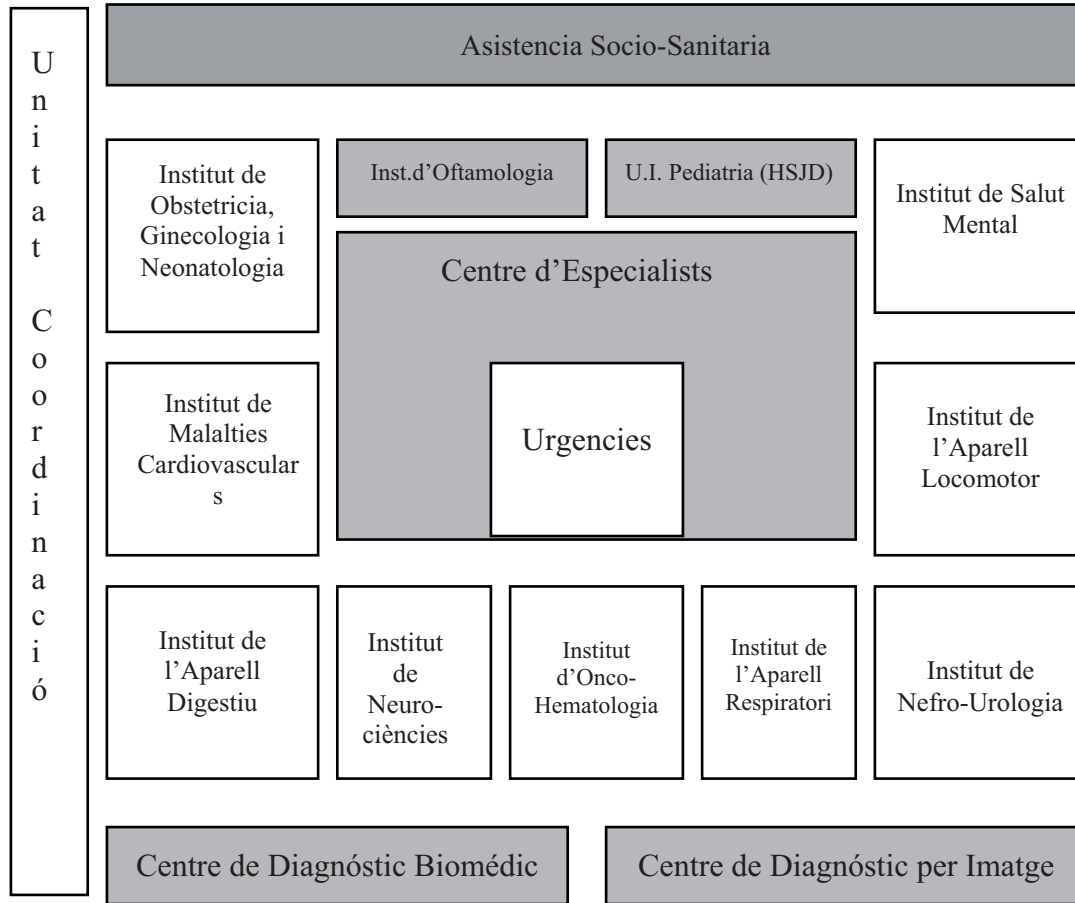
9.4.3. El Proyecto Prisma

El *Consell de Direcció Mèdica*, respaldado por la Gerencia, tomó la decisión de crear el Proyecto Prisma. La parte más relevante del proyecto Prisma, es el desarrollo del modelo organizativo y asistencial de los denominados Patient Focused Centers, o los Instituts y Centres (terminología propia del Hospital Clínic).

El Comité de Dirección del Proyecto, a partir de los análisis de actividad asistencial, consideró siete posibles áreas candidatas a organizar su atención como Instituts, y destinadas a atender los pacientes afectos de enfermedades relacionadas, y con requerimientos clínicos, quirúrgicos y tecnológicos comunes.

Las siete áreas elegidas inicialmente fueron el *Institut de Malalties Cardiovasculares*; *Institut de Malalties Digestives*; *Institut de Ginecologia, Obstetricia i Neonatologia*; *Institut de Neurociències*; *Institut de Malalties Respiratòries*; *Institut d'Onco-Hematologia*; y el *Institut de Nefro-Urologia*. Posteriormente fueron añadidos más tres áreas (*Institut de l'Aparell Locomotor*; *Institut de Salut Mental*; y *Institut d'Oftamologia*), como podemos observar en la figura 9.4.3.1.

Figura 9.4.3.1: Esquema General Prisma



Fuente : A. Trilla, 1997.

El Institut de Malalties Cardiovasculars, por su grado de dificultad intermedio, y por la garantía de poderse completarse con éxito en el plazo previsto, y servir de modelo al resto de los otros candidatos, fue elegido como experiencia piloto. Podemos ver a seguir en el cuadro 9.4.3.1. y en el cuadro 9.4.3.2. su actividad asistencial.

Cuadro 9.4.3.1.: Actividad Asistencial del Servicio de Cardiología del HCB

Consultas Externas	1995	1996
Primeras visitas	763	834
Visitas sucesivas	6.508	6.800
Total visitas	7.271	7.634
Relación 2as./1as.	8,53	8,15

Hospitalización	1995	1996
Enfermos ingresados	2.817	2.795
Estancias producidas	21.620	21.737
Estancia media	7,69	7,78
% ocupación	93,11	94,03
% difuntos	3,41	3,18

Cuadro 9.4.3.2.: Actividad Asistencial del Servicio Cardiovascular del HCB

Consultas Externas	1995	1996
Primeras visitas	820	888
Visitas sucesivas	5.595	5.103
Total visitas	6.415	5.991
Relación 2as./1as.	6,82	5,75

Hospitalización	1995	1996
Enfermos ingresados	1.189	1.219
Estancias producidas	11.864	11.442
Estancia media	9,97	9,35
% ocupación	122,28	22,94
% difuntos	5,47	5,3

9.4.4. Entrevista

La entrevista fue realizada en 1998 con el Jefe del Servicio de Epidemiología del HCB, donde se buscó conocer mejor el interés del hospital por la calidad en sus servicios.

01. ¿Qué significan en este hospital: calidad y mejora continua?

Calidad en el HCB se emplea bajo la definición del Institute of Medicine : “ El grau en que els Serveis de Salut proporcionats als individus (clients) i a la població augmenta la probabilitat d’assolir els resultats de salut mes desitjables i es consistent amb l’estat del coneixment mes actual dels professionals”.

02. ¿Qué factores cree que son determinantes de la calidad en un hospital?

Los factores determinantes de la calidad son los conocimientos técnicos de los profesionales y su dedicación al cliente.

03. ¿Quién define, en cada caso los parámetros de calidad objetiva? ¿Cómo se controla y se mejora dicha calidad?

Los parámetros de calidad objetiva se definen por acuerdo entre los responsables cada centro o servicio, de entre un conjunto de indicadores propuestos por organismos internacionales (JCAHO, otros), actualmente agrupados en los EEUU dentro de un proyecto denominado ORYX. La calidad se controla mediante la recogida y análisis prospectivo de datos objetivos, a través del Sistema de información Hospitalario e intentando contrastar los resultados con estándares externos publicados o con controles históricos propios.

04. ¿Qué papel juegan las necesidades y expectativas de los clientes?

Juegan un papel fundamental, no suficientemente explorado en la actualidad.

05. ¿Cómo conoce el hospital esas necesidades y expectativas?

Hemos realizado algunos trabajos de investigación piloto, empleando técnicas de entrevista estructurada mediante “focus groups” en tres tipos distintos de pacientes, para conocer sus expectativas y desarrollar luego cuestionarios de satisfacción específicos adaptados a dichas expectativas.

06. ¿Cuál cree que es el grado de satisfacción de los pacientes de la visita externa?

Tenemos encuestas de satisfacción específicas para algunas de las CCEE, como las del Instituto de Enfermedades Cardiovasculares, en las que se puede demostrar que el grado de satisfacción es bueno, aunque existen varias oportunidades de mejora (p. ej. anulación de visitas, cambios de médico, etc.)

07. ¿Cómo se transmite a los empleados la necesidad de ofrecer un servicio de calidad, y qué acciones concretas realiza el hospital en ese sentido?

La organización indica continuamente la necesidad de conseguir unos servicios de calidad, a través de reuniones periódicas con los empleados y discusión de algunos problemas en grupos. En general, para cada tipo de pacientes (Institutos), disponemos de un equipo multidisciplinario responsable del diseño y análisis de los indicadores de calidad, que posteriormente se difunden a los mandos y a los empleados.

08. ¿Qué resultados obtiene? ¿Cuáles son las principales dificultades?

Los resultados son disponer de indicadores (benchmarking) y poder evaluar su variación en el tiempo, actuando sobre aquellos errores puntuales o fallos del sistema. Las principales dificultades son ausencia de estándares externos válidos, exceso de trabajo asistencial, escasez de personal dedicado a esta tarea y falta de reconocimiento por parte del SCS de

una valoración real de la calidad (se habla mucho, se mide poco, no se paga o penaliza nada).

09. ¿Qué relación hay entre la estructura organizativa del hospital y la calidad de los servicios que presta?

El desarrollo del programa de calidad depende de la Dirección Técnica y está integrado en todos los órganos de Dirección por Institutos y Centros.

10. ¿Cuáles son los cambios organizativos que se han realizado más recientemente y por qué se han realizado? ¿Cuál ha sido el resultado?

Los cambios organizativos datan de 1995 y han comportado una reestructuración completa del Hospital, aplanando la organización y agrupando pacientes con características y consumo de recursos comunes en Institutos o Centros, pasando de 54 servicios a 14 Institutos, que son pequeñas empresas autónomas dentro de la corporación. El resultado ha sido una mejora de la eficiencia y aumento de la actividad (menor promedio de estancia, más ingresos, menor coste por ingreso) así como el desarrollo del plan de calidad para cada Instituto en funcionamiento.

11. ¿Cómo condiciona la política la prestación de servicios y la estructura de este hospital?

La política de prestación de servicios y el sistema de financiación del SCS penaliza los hospitales más eficientes y solo alude a la calidad en su concepto, sin haber profundizado en su medida y valoración comparativa efectiva. En este contexto, se menciona constantemente la palabra calidad, sin ninguna base objetiva que la sustente.

9.5. EL HOSPITAL CREU ROJA (HCR)

9.5.1. Datos y cifras de la actividad del HCR

El HCR tiene una capacidad de 226 camas, en el año de 1998 realizó 114.134 consultas externas, e ingresó en el mismo año 12.531 pacientes.

Cuadro 9.5.1.1. : Plantilla del Personal del Hospital Creu Roja

Directivos	8
Facultativos	112
Médicos residentes	18
Fisioterapeutas	3
Trabajadora Social	4
Llevadores	6
Enfermeros	196
Técnicos	25
Auxiliares de enfermería	102
Administrativos	82
Servicios Generales	52
TOTAL PLANTILLA	608
Médico guardia presencia física	14
Médico guardiã localizable	8

Fuente: Memória 1998 Hospital Creu Roja

Por otra parte, dispone de una plantilla actual que incluye 152 médicos, 192 ATS/DUE y 82 administrativos, como podemos observar en los cuadros 9.5.1. y 9.5.2.. Las actividades del hospital podemos visualizar a seguir.

Cuadro 9.5.1.2.: Datos Generales de Actividad

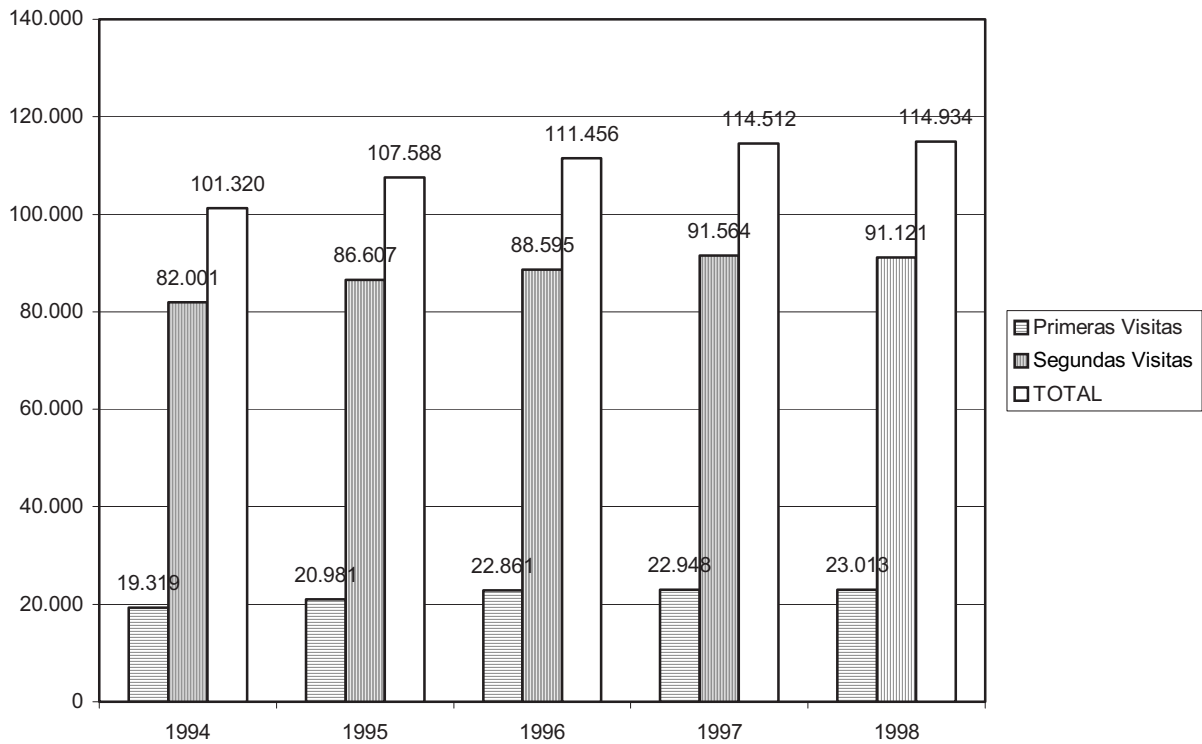
	1997	1998	97/98	%
Camas en funcionamiento	235	226	-9	-3,8
Ingresos*	12.184	12.531	347	2,8
Estadas	81.317	79.483	-1.834	-2,3
Estada mediana	7,73	7,66	-0,07	-0,9
Índice ocupación	95	96	1	1,1
Consultas externas	114.512	114.134	-378	-0,3
Primeras visitas	22.948	23.013	65	0,3
Segundas visitas	91.564	91.121	-443	-0,5
Segundas/primeras	4	4	0	0,0
CSMIJ**	5.976	5.749	-227	-3,8
Urgencias	57.872	59.674	1.802	3,1
Urgencias/día	159	163	4	2,5
Urgencias ingresadas(%)	11	11	0	0,0
Ingresos procedentes de urgencias (%)	62	65	3	4,8
Intervenciones	12.077	12.280	203	1,7
Hospitalización	5.168	4.715	-453	-8,8
Ambulatorios	5.238	5.403	165	3,2
Cirugía mayor ambulatoria	1.671	2.162	491	29,4
Partos y cesarias	872	805	-67	-7,7
Sesiones de rehabilitación	48.888	46.667	-2.221	-4,5
Hospital de Día	3.139	2.850	-289	-9,2

Fuente : Memória 1998 Hospital Creu Roja

* Los ingresos incluyen la cirugía mayor ambulatoria (CMA)

** Centre de Salut Mental Infanto i Juvenil

Gráfico 9.5.1.1.: *Visitas de Consultas Externas*



Fuente : Memória 1998 Hospital Creu Roja

9.5.2. La calidad asistencial

La actividad asistencial desarrollada en el año 1998 en Mejora de la Calidad se refiere a la prevista en el Plan de Calidad diseñada por los años 1996, 1997 y 1998.

Este plan se basó fundamentalmente en la dinámica de trabajo establecida por diferentes comités y grupos de mejora encargados de potenciar y velar por la calidad asistencial, coordinado por el Comité de Garantía de Calidad, constituido por miembros de la Dirección del Consorci, y la representación de algunos profesionales.

El Comité de Garantía de Calidad está compuesto por: Comité técnico, con 45 profesionales implicados; comités asistenciales, con 63 profesionales; y grupos de mejora, con 14 profesionales.

9.5.3. Unidad de atención al usuario

Esta unidad realiza una actividad de continuidad de recogida de opinión del usuario con el objetivo de detectar la calidad percibida por el cliente sobre el centro hospitalario.

El hospital ven realizando en estos años un trabajo de sensibilización en los diferentes servicios, dando trimestralmente información de las reclamaciones que se han producido en cada servicio y el motivo, con el objetivo de reforzar lo que tenían previamente y de manera individual con cada reclamación y implicarlos en el conocimiento global.

Se puede ver los resultados de esto trabajo en el cuadro 9.5.3.1.

Cuadro 9.5.3.1: Opinión del Usuario Ingresado

	1997		1998	
Agradecimientos	10		8	
Sugerencias	63		71	
Reclamaciones	79		78	
TIPOS DE RECLAMACIONES	NÚM.	%	NÚM.	%
Asistencia	11	7	9	
Trato personal	11	14	11	14
Información	6	3	4	
Organización y tramites	43	54	41	52
Hostelería	15	16	21	
Total	79	100	78	100

Fuente : Memória 1998 Hospital Creu Roja

Esta encuesta servio para evaluar el grado de satisfacción de los clientes hospitalizados y detectar tanto las posibles deficiencias en todo el proceso asistencial como el grado de cumplimiento de los derechos de la enfermedad. De un total de 773 pacientes hospitalizados, fueron entregadas 661 encuestas y 305 fueron contestadas.

9.5.4. Entrevista

La entrevista fue realizada en el año 2000 con el Jefe de Calidad del HCR, donde se buscó conocer mejor el interés del hospital por la calidad en sus servicios.

01. ¿Qué significa en este hospital: calidad y mejora continua?

Hacer lo que se debe, como se debe, apostando y promocionando la profesionalidad y responsabilidad de todos los trabajadores de la organización.

02. ¿Qué factores cree que son determinantes de la calidad en un hospital?

Combinar con buen juicio y acierto:

- Satisfacción de los usuarios
- Satisfacción de los profesionales del hospital
- Satisfacción de la organización (eficiencia en la misión y objetivos marcados por la dirección del hospital)

Sin olvidar además que en un hospital conviven simultáneamente tres empresas: una sanitaria asistencial, otra docente investigadora y una última de hostelería, y todas ellas disponen de sus propios sistemas de lectura de la calidad.

03. ¿Quién define, en cada caso los parámetros de la calidad objetiva? Cómo se controla y se supera dicha calidad?

El actual Programa de seguimiento de calidad establece que en los Responsables de los servicios/unidades asistenciales recae la definición, objetivos y evaluación de la calidad. Las Comisiones Técnicas son instrumentos de apoyo, y el Coordinador de Calidad, junto al Equipo de Dirección los responsables del cumplimiento de dicho Plan de Calidad.

04. ¿Qué papel juega las necesidades y expectativas de los clientes?

Es un constante en todos los cursos de formación en Calidad incidir en la gran importancia por implicar al cliente externo y al cliente interno en la definición de los objetivos del

hospital. La trascendencia de este gran énfasis teórico a la práctica en el funcionamiento y resultados en la organización hospitalaria no se ha colmado con éxito. Continúan existiendo discrepancias entre la detección de las necesidades, percepción, expectativas, e incluso la divergencia entre los intereses del cliente interno y el cliente externo.

05. ¿Cómo conoce el hospital sus necesidades y expectativas?

El hospital dispone de un servicio de atención al usuario (cliente externo) que recoge las sugerencias y reclamaciones que posteriormente son expuestas al equipo de dirección. Por otro lado la información que en este sentido pueda surgir de los diferentes Comités Técnicos, Grupos de Trabajo o bien del personal del hospital, es recogida por el Coordinador de Calidad que también remite a la Dirección de centro.

06. ¿Cuál es el grado de satisfacción de los pacientes de la visita externa?

Creo más adecuado esperar los resultados de la encuesta en marcha para responder con más objetividad a esta pregunta.

07. ¿Cómo se transmite a los empleados la necesidad de ofrecer un Servicio de Calidad, y que acciones concretas realiza el Hospital en este sentido?

El Equipo de Dirección a través del Director Médico y la Dirección de Enfermería informa a cada uno de los responsables de las áreas, servicios o unidades asistenciales las nuevas medidas a poner en marcha.

El Hospital en los últimos años ha organizado (hasta un total de tres) diferentes cursos y seminarios dedicados a la Calidad asistencial, en donde han podido participar trabajadores del hospital que representaban a todos los grupos y colectivos.

Impregnar la cultura de la calidad, y en este sentido no queda excluida la satisfacción del usuario, es una tarea que obliga a esfuerzos de información y comunicación muy importantes. Cuando principios y comportamientos básicos que repercuten en el usuario no son bien transmitidos y su seguimiento no evaluado, los médicos y enfermeras (principales actores) afrontan con estoicismo y escepticismo conceptos que para algunos pueden resultar esotéricos.

Es fundamental que el Equipo de Dirección afronte la Calidad contemplando el factor: satisfacción del usuario como una parte de Calidad Total en donde el profesional y trabajador del hospital vea también y cubiertas unas expectativas y que exista una coincidencia de intereses hasta el punto que todo miembro del hospital se sienta identificado y comprometido con la organización (pertenencia a la misma)

Las expectativas y la percepción del servicio sanitario por parte del cliente externo es multidimensional con variables muy diversas y cambiantes, y que a veces coinciden con las que tenemos los profesionales. Por este motivo los trabajadores del hospital deben de realizar esfuerzos continuados en la realización de su trabajo (donde además suelen participar los usuarios) para adaptarlos y cumplir las expectativas. Para ello es fundamental una política de Calidad bien diseñada y relacionada con objetivos de la organización, y además contar con la satisfacción de los profesionales.

Como una responsabilidad de todos y cada uno de los profesionales que viven de la organización. La calidad bien entendida empieza por cada acción individual como aportación a un proceso de optimización. El actual Programa de Mejora Constante de la Calidad así lo contempla y establece los mecanismos de instrumentos para difundir este principio.

08. ¿Qué resultados obtiene? ¿Cuáles son las principales dificultades?

Basándonos en valoraciones internas puntuales y el nivel de las reclamaciones dirigidas al Servicio de Atención al Usuario, existe la sensación de un buen grado de satisfacción en la vertiente de atención sanitaria, y algunas quejas relacionadas en el ámbito de información y servicio de hostelería. Teniendo en cuenta los déficits estructurales que tiene actualmente el hospital, solo un esfuerzo por parte de los trabajadores explicaría la ausencia de un volumen mayor de quejas o un nivel más bajo de satisfacción.

Por otra parte el área de CCEE es una de las mejores dispuestas y dotadas estructuralmente. La encuesta que Ud. Dirige será un buen termómetro para detectar la situación.

10. ¿Qué relación existe entre la estructura organizacional del hospital y la Calidad de los servicios prestados?

Ya hemos avanzado que nuestro hospital actualmente dispone de una estructura física, y por lo tanto de unos medios y condiciones de trabajo en diversas áreas "impropias" para el tipo y volumen de pacientes que atiende. Cuando esta situación inapropiada sobrepasa unos límites

repercute inevitablemente en la Calidad asistencial, a pesar, de un esfuerzo sobreañadido de los profesionales. Pero lo más grave sucede cuando las soluciones se retrasan o no llegan, entonces también los profesionales pueden caer en la desmotivación y el abandono creándose una situación de más difícil y costosa orientación.

11. ¿Qué cambios organizacionales fueron valorados más recientemente y el motivo? ¿Cuál es el resultado?

En nuestro hospital en los dos últimos años se han y están generando cambios y circunstancias que deben influir en gran medida en la Calidad asistencial.

Por un lado el Equipo de Dirección ha demostrado interés real por elaborar y consolidar un Programa de Calidad, liderando el proyecto y, por otra parte, circunstancia totalmente necesaria, existen expectativas reales de inversiones y crecimiento estructural que permitan mejorar y habilitar las áreas deficitarias del hospital. Esta situación, además, va acompañada de un proyecto de expansión del propio hospital, a través, de su pertinencia al Consorcio de los Hospitales de la Cruz Roja. Sin lugar a dudas es una razón para ilusionar y motivar a los profesionales y trabajadores.

11. ¿Cómo se condicionará la política de prestación de servicios y la estructura de este hospital?

Debo de pensar que motivada por las necesidades sanitarias del área de influencia del hospital, creo la forma lógica y la que a su vez explicaría la creación del Centro Sociosanitario y el resto de proyectos futuros.

9.6. HOSPITAL VDH

9.6.1. Un breve histórico

Hemos creído conveniente, a efectos de una evidencia empírica, centrarnos en un complejo hospitalario tan importante como el de la ciudad sanitaria de VDH.

Es necesario puntualizar que no se trata de tan solo un hospital, sino de una ciudad sanitaria formada por tres hospitales (Hospital General, Hospital materno-infantil, Hospital de Traumatología i Rehabilitación), y una clínica quirúrgica cuya función es la de ofrecer algunos servicios complementarios. A pesar de ello, como se verá más tarde, están totalmente coordinados, y disponen de una política común que viene establecida por el gerente de los hospitales de VDH. Los hospitales de VDH constituyen en hospital de mayor tamaño de Cataluña y, sin duda, uno de los mayores a nivel estatal¹.

Está formado por más de doce edificios de diferentes dimensiones y funciones. Ocupa un recinto de 130.000 m², siendo la superficie construida de más de 200.000 m². Tiene una capacidad de 1.5000 camas, realiza 580.000 consultas cada año y, atiende a más de 700.000 personas cada año, de los cuales, 500.000 son ingresados. Por otra parte, dispone de una plantilla de 6.850 trabajadores.

Su participación en el presupuesto es de un 40% del total del presupuesto hospitalario y el 10% del presupuesto total destinado a gastos sanitarios. Anualmente, forma a 480 especialistas mediante el programa MIR, y a más de 80 profesionales de enfermería³.

Dispone, además, de algunos de los servicios de diagnóstico más avanzados y voluminosos y de algunas instalaciones hoteleras más importantes del Estado español. Los hospitales de VDH ofrece todo tipo de servicios que un hospital pueda proporcionar. Dispone adicionalmente de la prestación de algunas superespecialidades que son de referencia en Cataluña y en el resto de España².

9.6.2. El Proceso de Cambio Organizacional en los Hospitales de VDH

El proceso de descentralización es algo que se considera como imprescindible en los Hospitales de VDH. En este sentido, la necesidad de descentralización es imperiosa en aquellos casos en que para el proceso de toma de decisiones es imprescindible tener ciertos

¹ MEMORIA 1995 de los HOSPITALES DE VDH, publicado en 1996.

² MEMORIA 1995 HOSPITALES VDH.

conocimientos. En este caso, es necesario situar el poder en los centros de decisión. Esto es lo que ocurre en los hospitales, y la ciudad sanitaria de VDH no es ninguna excepción. Como él mismo afirma, hoy por hoy tan solo se puede decir que una orientación hacia la descentralización constituye el camino correcto a seguir.

El dotar de autonomía a los médicos que están en contacto con el paciente y que son los que deben tomar decisiones, constituye un factor básico en aras a promover la motivación del personal.

Pero este proceso de descentralización, que lo que pretende no es otra cosa que los profesionales sean sus propios gestores, requiere sin duda un cambio cultural profundo y una estrategia a largo plazo. La velocidad de este cambio vendrá determinada por la presión competitiva entre los diferentes hospitales. En este sentido, si el proceso de descentralización es dirigido desde la Administración, y no para los clientes, será lento y marginal.

Las características de este cambio organizativo en los hospitales de VDH se estructura en cuatro líneas de actividad: actividad hospitalaria, donde se integran las funciones de los tres hospitales de la ciudad sanitaria; actividad sanitaria de referencia que está relacionada fundamentalmente con las unidades de Banco de Sangre, Unidad de Anatomía Patológica y Microbiología, Servicios Centrales Clínicos y Radiología; actividad universitaria y docente; servicios centrales de soporte donde se gestionan en estos servicios aquellas actividades o funciones que no tienen un carácter finalista y que asisten al resto de servicios del hospital.

Dentro de estos servicios centrales de soporte tenemos esencialmente aquellos servicios de carácter logístico; los servicios de gestión de recinto, obras y mantenimiento; etc.

Estas cuatro actividades son las esenciales del organigrama funcional de los Hospitales de VDH. Dicha estructura funcional se representa en al figura 9.6.2.1..

Figura 9.6.2.1: Estructura funcional de los Hospitales de VDH

Actividad hospitalaria	Actividad sanitaria de referencia	Actividad universitaria docente	Dirección y servicios de soporte
Hospital General	Centro de Transfusión y Banco de Tejidos (Banco de Sangre del ICS)	Universitat Autònoma de Barcelona Escola Universitaria de Enfermeria	Divisió Infrestrucutras y servicios Tècnics
Hospital Materno-Infantil	Anatomía patológica Microbiología y Parasitología	Docencia e investigación: - Docencia MIR - Proyectos de investigación	Divisió Logística y Compras
Hospital de Traumatología y Rehabilitación	Servicios Centrales Clínicos: - Medicina Preventiva - Farmacología	Agència Recerca Centro de Investigaciones, en Bioquímica y Biología Molecular	Divisió de Gestió de Servicios Clínicos
Clínica Quirúrgica Adrià	Área de Actividades Radiológicas	Fundación para la Investigación Biomédica y la Docencia	Programación, Dirección y Control

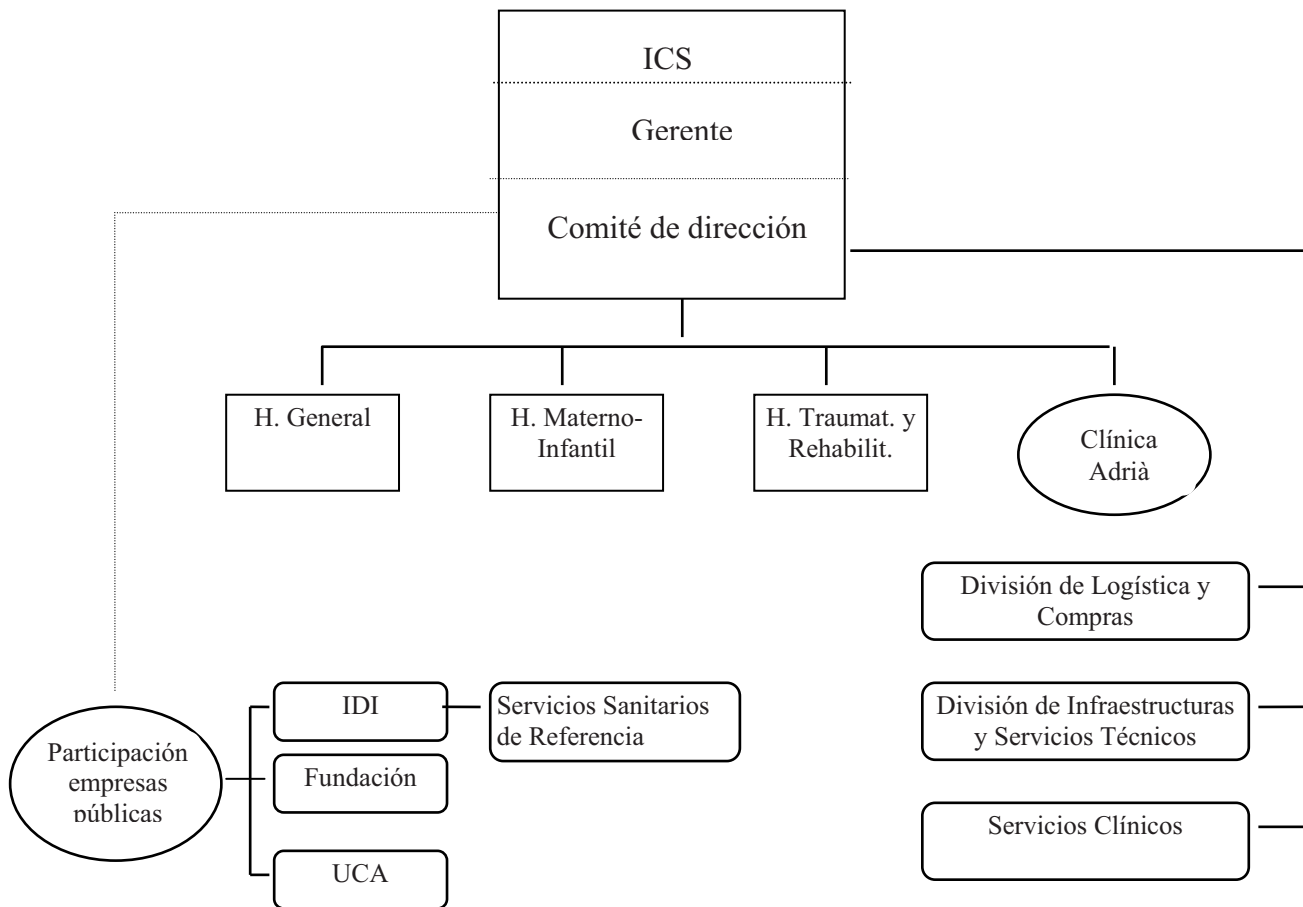
Fuente: Memoria de los Hospitales de VDH³.

Como puede observarse a partir del organigrama siguiente, encontramos en primer lugar al Servei Català de la Salut, como ente público encargado de garantizar la calidad de los servicios ofrecidos por los hospitales que forman parte de la XHUP (Xarxa Hospitalaria d'Utilització Pública)⁴. En la figura 9.6.2.2. exponemos el organigrama general para el conjunto de todos los hospitales de la ciudad sanitaria.

³ MEMORIA DE HOSPITALS DE VDH AÑO 1995, publicado en 1996.

⁴ SATORRA, M.; PAGÈS, J.; MENDIETA, C.; INGLÉS, M., *Una experiència d'anàlisi de necessitats de formació: el cas del Servei Català de la Salut*, Salut Catalunya, vol. 10, nº2, 1996, p.91-96.

Figura 9.6.2.2.: Organigrama General de los Hospitales VDH



Fuente: Memoria de Hospitales de VDH⁵.

Dentro de lo que es estrictamente la ciudad sanitaria, tenemos como máximo responsable al gerente. Sus funciones son:

- Formular propuestas sobre la planificación y programación de las actividades.
- Supervisión global: dirigir, gestionar, coordinar, inspeccionar y controlar todas las unidades y servicios.
- Gestionar, controlar e inspeccionar los estados financieros y la contabilidad.
- Presentar la propuesta presupuestaria de los Hospitales de VDH, así como el control presupuestario asignado definitivamente por el Departament de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat de Catalunya.

⁵ MEMORIA DE HOSPITALES DE VDH AÑO 1995, Publicado en 1996.

Nos encontramos como segundo órgano de gobierno al Comité de Dirección, cuyas funciones son⁶:

- Proponer los criterios de actuación de los Hospitales de VDH.
- Elaborar y presentar propuestas de reestructuración de los hospitales de VDH.
- Presentar las propuestas de nuevos convenios y acuerdos de colaboración con otros centros sanitarios.
- Desarrollar y coordinar los proyectos de mejora de los Hospitales de VDH.
- Proponer los acuerdos anuales de actividad y condiciones de servicio de las diferentes estructuras del conjunto.

El Comité de Dirección sustituye a la antigua Comisión Permanente, la cual desaparece. Este comité está formado por el gerente de los hospitales de VDH actuando como presidente, los gerentes de los tres hospitales, el Director de Organización y Finanzas, el Director de Recursos Humanos⁷.

Este organigrama es el resultado de la reforma organizativa que se ha aplicado en los Hospitales de VDH, y que a continuación vamos a explicar en los aspectos más interesantes.

Hay que mencionar la importancia que tiene la UCA (Unidad de Coordinación Asistencial) como centro encargado de coordinar las acciones de los tres hospitales de VDH⁸. En el organigrama destacan también lo que se conoce como “líneas de seervicios”, representados en la parte derecha e izquierda del mismo. Destacan las siguientes líneas de servicios:

- Logística y Compras.
- Infraestructura y servicios técnicos.
- Servicios Clínicas.
- Servicios Clínicos
- Servicios sanitarios de referencia
- Fundación, dedicada a la investigación y docencia.
- Actividades radiológicas, que es un servicio sanitario de referencia específico prestado a partir del IDI⁹ y AAR¹⁰ básicamente.

⁶ MEMORIA HOSPITALES DE VDH, Op. Cit.

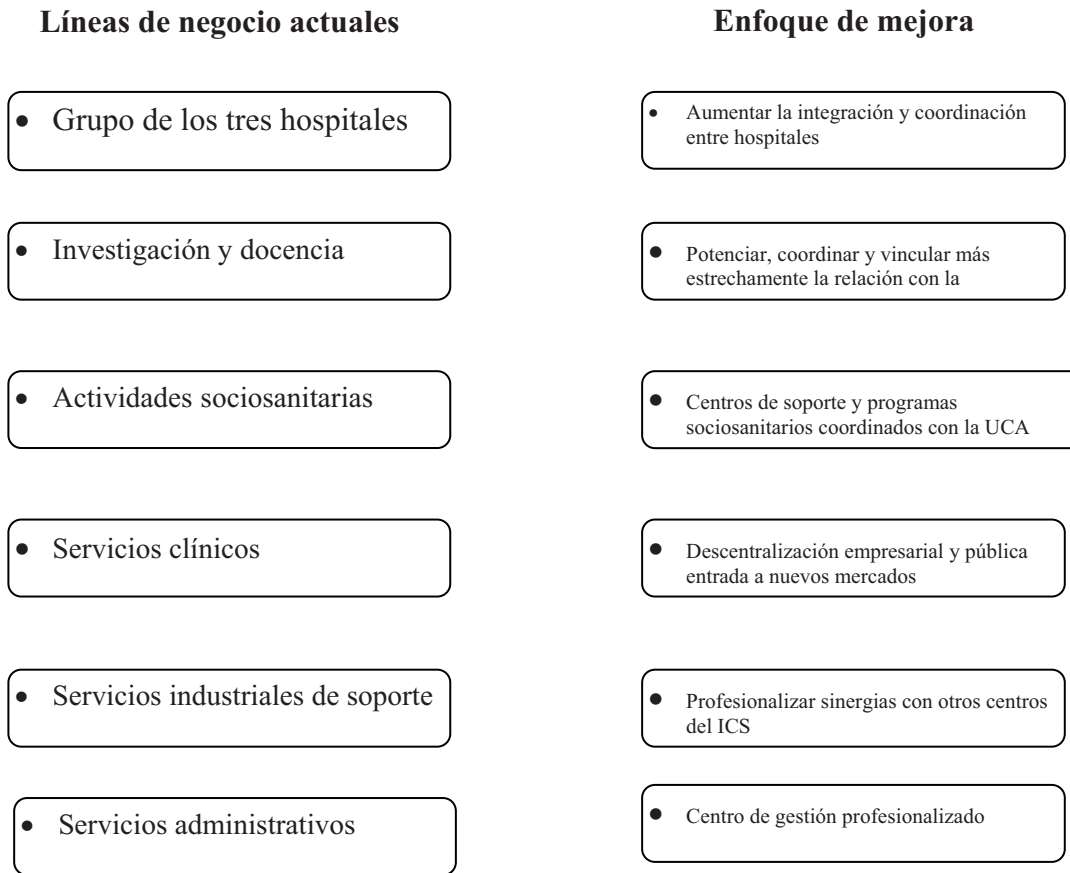
⁷ MEMORIA HOSPITALES DE VDH, Op. Cit..

⁸ CUERVO, J., Preparant el futur, Op. Cit., p. 65.

⁹ IDI: Institut de Diagnòstic per la Imatge.

¹⁰ Àrea d'Activitats Radiològiques.

Figura 9.6.2.3.: Enfoque de Rediseño de las Líneas de Servicio



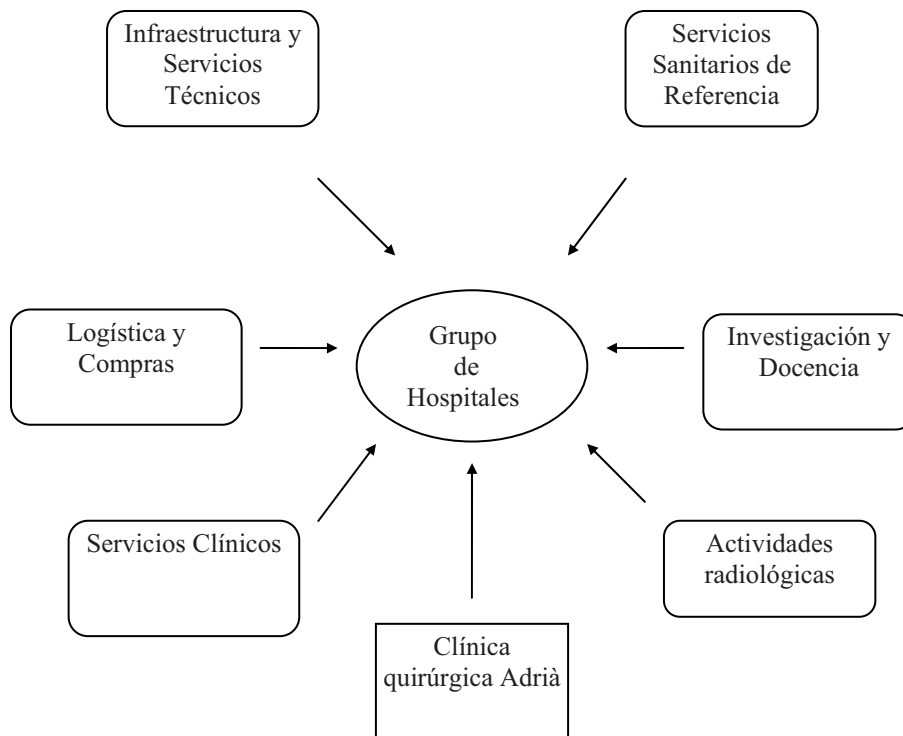
Fuente: Memoria de Hospitales VDH¹¹.

Por tanto, en el organigrama se identifican 6 líneas de servicios importantes, que asisten a todos y cada uno de los tres hospitales que forman parte de la ciudad sanitaria de VDH. Pues bien, una vez se identificaron estas líneas de servicios, lo que se ha pretendido ha sido conseguir un rediseño de las mismas, con el objetivo de mejora de las mismas. Esto se representa en la figura 9.6.2.3..

Uno de los objetivos del nuevo modelo organizativo es conseguir un aplanamiento de los Servicios Centrales, mediante la concentración de las funciones estratégicas en la Gerencia y el Comité de Dirección, y descentralizando las funciones administrativas y de gestión diaria. Como se ha comentado antes, estas “líneas de servicio” asisten a cada uno de los tres hospitales, de modo que se crea una nueva agrupación de dichas líneas, dando lugar a una visión funcional de conjunto que se refleja en la figura 9.6.2.4..

¹¹ MEMORIA DE HOSPITALES DE VDH AÑO 1996, Publicado en 1996.

Figura 9.6.2.4.: *Visión Funcional de la Reestructuración de los Servicios*



Fuente: Memoria Hospitales de VDH¹².

La línea de Infraestructura y Servicios Técnicos incluye las antiguas direcciones de Servicios Generales y de Compras y Suministros. Estas líneas de servicio tienen básicamente clientes internos y externos.

En general, podemos decir que este nuevo estilo de gestión pretende el establecimiento de procesos más flexibles y ágiles. La Gerencia de los hospitales de VDH potencia su papel de liderazgo estratégico. Por otra parte, como hemos visto, varias funciones que antes realizaban los servicios centrales se descentralizan, consiguiéndose de este modo el deseado aplanamiento del organigrama. De este modo, se configuran como principios básicos del nuevo modelo de gestión los siguientes¹³:

- Dirección ejecutiva y gestión de equipos.
- Procesos de dirección colegiados.
- Liderazgo estratégico.
- Aplanamiento del organigrama.

¹² MEMORIA HOSPITALES DE VDH, Op. Cit.

¹³ CUERVO, J., Preparant el futur, Op. Cit., p. 64.

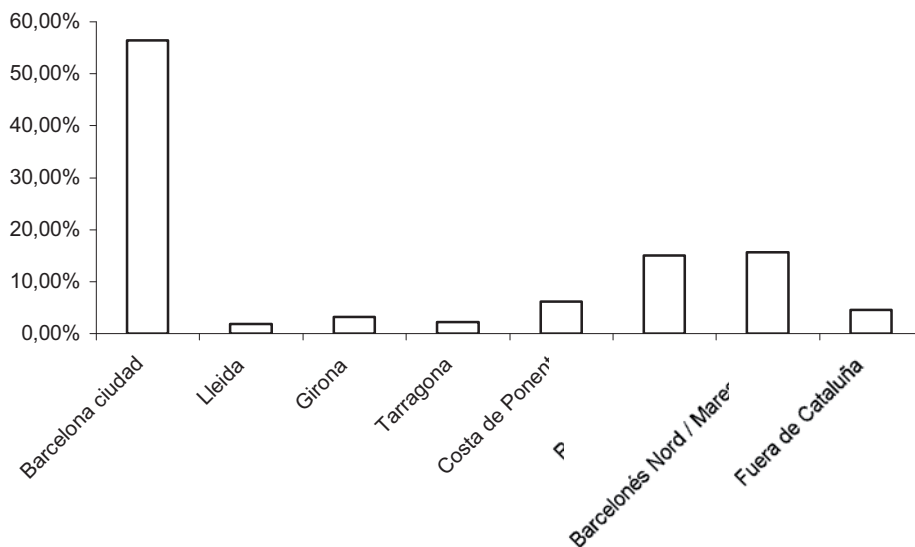
- Aumento de la descentralización en general.
- Clarificación y descentralización de los servicios comunes o centrales.
- Staff reducido pero cualificado que lidera los proyectos.

9.6.3. Datos y cifras de la actividad de los Hospitales de VDH

El objetivo que pretendemos con este apartado es tener un mayor conocimiento de la actividad y dimensiones de este gran complejo sanitario, el mayor de Cataluña y uno de los mayores de todo el Estado. Para ello, vamos a exponer tres estadísticas que en nuestra opinión resultan ilustrativas: área de influencia de los Hospitales de VDH; gastos de los Hospitales de VDH; algunos indicadores de su actividad.

En cuanto el área de influencia de los Hospitales de VDH, el gráfico 9.6.3.1. ilustra detalladamente dicha distribución.

Gráfico 9.6.3.1.: Influencia Geográfica de los Hospitales de VDH

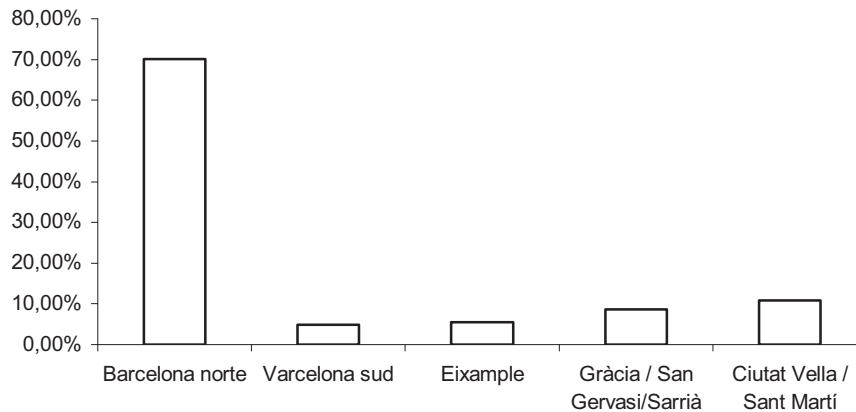


Fuente: Memoria de Hospitales de VDH¹⁴.

¹⁴ MEMORIA DE HOSPITALES DE VDH, Op. Cit..

Se observa como principal área de influencia la que corresponde a Barcelona ciudad, por eso resulta incluso interesante indagar sobre la distribución de la propia ciudad, tal y como se muestra en la gráfico 9.6.3.2..

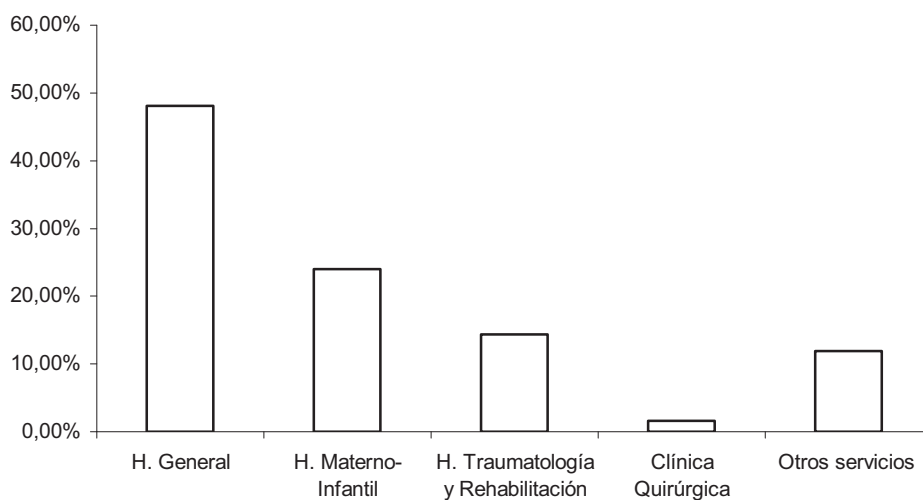
Gráfico 9.6.3.2.: Área de influencia de los Hospitales de VDH en Barcelona Ciudad



Fuente: Memoria de Hospitals de VDH¹⁵.

Como principal área de atracción podemos destacar la parte norte de Barcelona, cabe suponer que por proximidad, el menor porcentaje corresponde al sur de Barcelona, lo cual corrobora esta hipótesis. En cuanto a los gastos de los Hospitales de VDH, podemos ofrecer la siguiente estadística en el gráfico 9.6.3.3.

Gráfico 9.6.3.3.: Gastos de los Hospitales de VDH



Fuente: Elaboración propia a partir de la Memoria de hospitales de VDH¹⁶.

¹⁵ MEMORIA DE HOSPITALS DE VDH. Op. Cit.,.

Se observa que el Hospital General es el que absorbe mayor volumen de gastos de los tres hospitales de VDH, seguido del Hospital Materno-Infantil, Hospital de Traumatología y Rehabilitación y la Clínica quirúrgica.

Por otra parte, en la partida de otros servicios incluimos el gasto dedicado a actividades de docencia, servicios de soporte de los hospitales, Anatomía Patológica, Servicios Centrales Clínicos y Centro de Transfusión y Banco de Tejidos.

Por último, ofrecemos las estadísticas correspondientes las actividades realizadas por los Hospitales de VDH en el cuadro 9.6.3.1.

Cuadro 9.6.3.1.: Actividades Realizadas por los Hospitales de VDH

Indicadores de actividad	1994	1995	Variación
Actividades hospitalarias			
Altas	52.362	54.784	4,6%
Estancias hoteleras	456.967	449.441	-1,6%
Primeras visitas	118.630	122.862	3,6%
Visitas sucesivas	430.878	455.671	5,8%
Urgencias	225.178	230.971	2,6%
Intervenciones	39.142	39.698	1,4%
Determinaciones laboratorios	4.288.819	4.105.605	-4,3%
Actividad sanitaria de referencia			
Productos sanguíneos	94.665	100.543	6,2%
Hemodonación	53.769	57.518	7%
Citologías	7.387	7.767	5,1%
Biopsias	20.031	21.098	5,3%
Cultivos microbiológicos	124.130	128.453	3,5%
Pruebas serológicas	43.518	45.013	3,4%
Actividad de investigación y docencia			
Proyectos de investigación	289	254	-12,1%
Número de residentes	477	466	-2,3%
Actividad universitaria			
Nº de alumnos matriculados UAB	450	489	8,7%
Nº de alumnos matriculados EUI	334	354	6%

Fuente: Memoria Hospitales de VDH¹⁷.

¹⁶ MEMORIA DE HOSPITALS DE VDH, Op. Cit..

¹⁷ MEMORIA HOSPITALES DE VDH, Op. Cit..

CAPÍTULO 10: ANALISIS Y RESULTADOS

CAPÍTULO 10: ANALISIS Y RESULTADOS

INTRODUÇÃO

En este capítulo trataremos de analizar estadísticamente los resultados comparativos de los hospitales de Fortaleza y Barcelona. Cada apartado se refiere a una pregunta del cuestionario donde se compara las respuestas entre los hospitales estudiados. Las preguntas son: el trato que recibió de la persona que le atendió; cómo concertó la visita; opinión sobre el trato que recibió de la persona que le atendió; como es el atendimento* que recibe de la enfermera; la frecuencia de retrasos respecto a la hora prevista de la visita; aproximadamente cuanto tiempo ha pasado respecto de la hora prevista de la visita; frecuencia de espera de pie; calidad de la sala de espera; frecuencia de la explicación completa al médico; comprensión de las preguntas del médico; dedicación del tiempo suficiente por parte del médico; comprensión de las indicaciones del médico sobre el tratamiento a seguir; calidad de las informaciones del médico sobre la enfermedad x hospital; calidad general del atendimento del médico; sexo de los entrevistados; edad x hospital; nivel de estudios; ocupación; calidad general de las visitas.

Fue realizado estudio con otras variables, pero solamente dos fueron más significativas, que son las cruces por variables de cabecera que están al final del capítulo. En el momento de aplicación de los cuestionarios hubo una preocupación en observarse algunas citaciones de los usuarios que eran hechas mientras las preguntas eran contestadas. En el análisis de cada pregunta se pone algunas de las frases dichas por ellos para que se note que hay una divergencia en las respuestas obtenidas estadísticamente y las oídas durante la entrevista.

Los Hospitales serán tratados por siglas: HCR para el Hospital Creu Roja, HCB para el Hospital Clinic Barcelona, HGF para el Hospital General de Fortaleza, HUWC para el Hospital Universitario Walter Cantídio y IJF para el Hospital Instituto José Frota. El Hospital HVDH, no fue autorizada la divulgación de su nombre. Todos los cuadros y gráficos son de elaboración propia.

*la forma de trato entre paciente y enfermera

10.1. Número de visitas anteriores

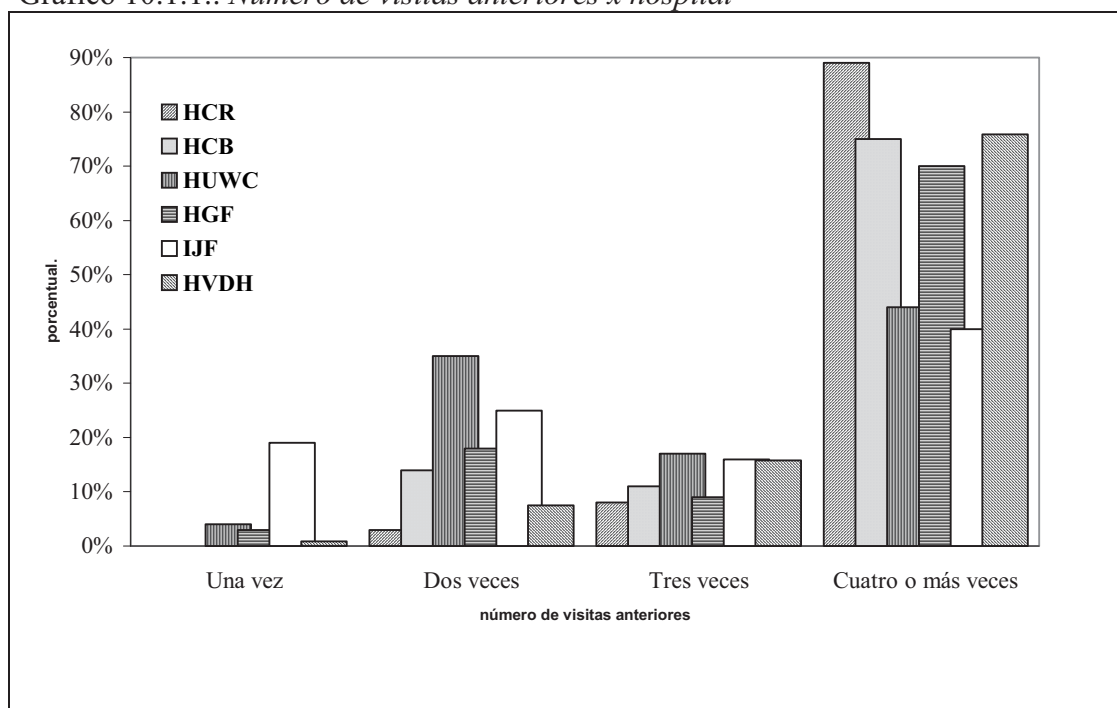
Se observa (cuadro 10.1.1. y gráfico 10.1.1) que entre todos los hospitales se destaca el HCR (89%), como el que posee el mayor número de retornos (pacientes que ya poseen cuatro o más visitas); con un número de retorno intermedio los hospitales HCB, HGF y HVDH (75%, 70% y 91%, respectivamente). Con el menor número de retornos el HUWC e IJF (4% y 19%, respectivamente), siendo este último el hospital con mayor número de pacientes con una única visita anterior. Este último análisis se debe al hecho de que la mayoría de las personas vienen de lejos, que no viven en alrededor de los hospitales, por no encontraren médicos o facilidad de ser atendidos cerca de sus propias casas.

Cuadro 10.1.1.: *Número de visitas anteriores x hospital*

Hospital	Número de visitas anteriores				Total
	Una	Dos	Tres	Cuatro/más	
HCR	-	3	8	89	100
HCB	-	14	11	75	100
HVDH	1 (0,83%)	9 (7,50%)	19 (15,83%)	91 (75,84%)	120 (100%)
HUWC	4	35	17	44	100
HGF	3	18	9	70	100
IJF	19	25	16	40	100
Total	27	104	80	409	620
Porcentual	4,35%	16,77%	12,90%	65,98%	100%

Teste de independencia: p-valor = 0,000

Gráfico 10.1.1.: *Número de visitas anteriores x hospital*



10.2. Tiempo que pasó desde que concertó la visita

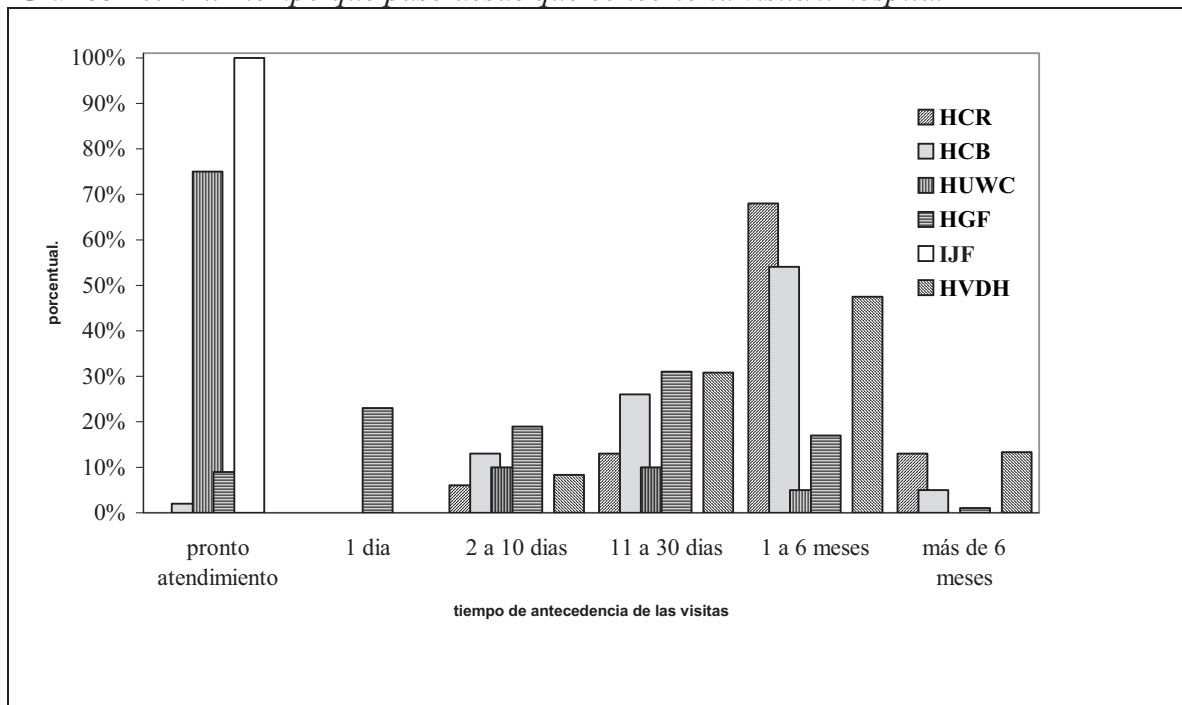
El servicio de pronto atendimento es realizado en la mayoría de las veces en el HUWC (75%) y e en 100% de las veces en el IJF, en los otros hospitales este servicio no es el más frecuente. El hospital con mayor demora en el plazo de visitas, o sea más de seis meses es el HVDH (13,33%), seguido del HCR (13%), se justifica porque en la mayoría de los entrevistados eran pacientes de hipertensión, diabetes, cardiología y cirugía. El plazo de atendimento, entre los hospitales con bajo porcentual de pronto atendimento el HGF es el que posee menor plazo de atendimento.

Cuadro 10.2.1.: *Tiempo que pasó desde que concertó la visita x hospital*

Hospital	Tiempo que pasó desde que concertó la visita						Total
	pronto atendimento	1 dia	2 a 10 dias	11 a 30 dias	1 a 6 meses	más de 6 meses	
HCR	-	-	6	13	68	13	100
HCB	2	-	13	26	54	5	100
HVDH	-	-	10	37	57	16	120
			8,33%	30,83%	47,51%	13,33%	100%
HUWC	75	-	10	10	5	-	100
HGF	9	23	19	31	17	1	100
IJF	100	-	-	-	-	-	100
Total	186	23	58	117	201	35	620
Porcentual	30,00%	3,71%	9,35%	18,87%	32,42%	5,65%	100%

Teste de independencia: p-valor = 0,000

Gráfico 10.2.1.: *Tiempo que pasó desde que concertó la visita x hospital*



10.3. Cómo concertó la visita

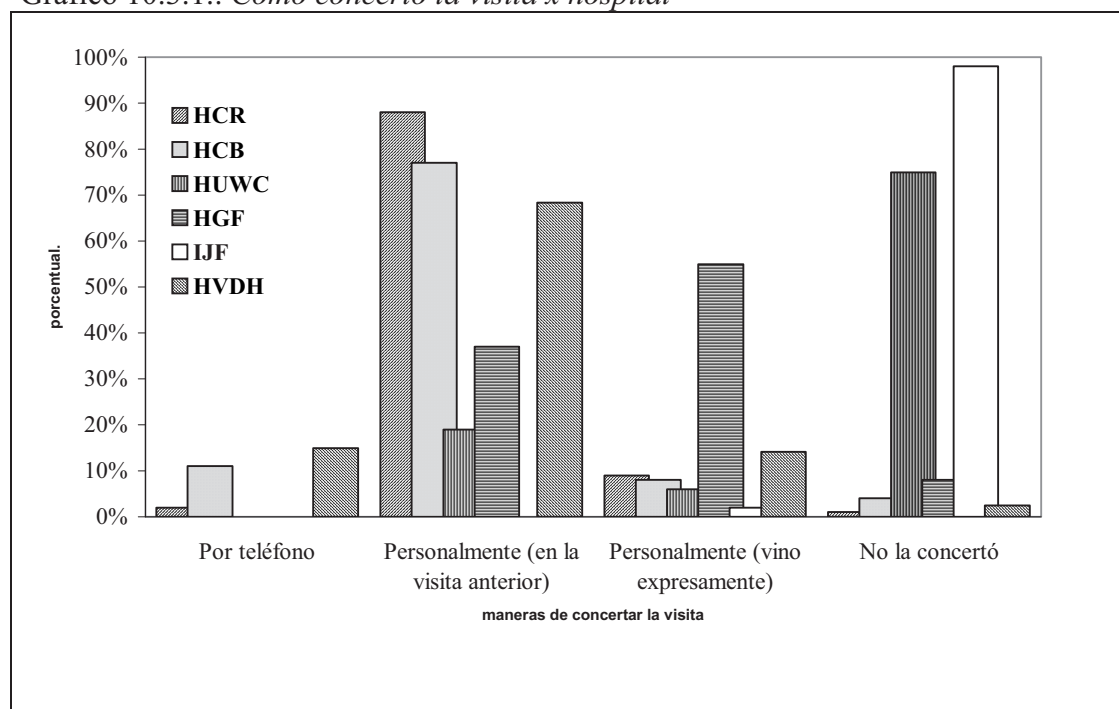
En el hospital IJF los pacientes, en su casi totalidad (98%), no marcan visitas por ser un servicio de pronto atendimento. En el HUWC, por el mismo motivo del anterior citado, la gran mayoría (75%) no marca visita, sendo el porcentual de visitas marcadas en la anterior de casi 20%. En los hospitales HCR, HCB y HVDH, todos los tres hospitales en Barcelona, la gran mayoría marca la visita en la consulta anterior. En el HGF la mayoría de pacientes marca la visita yendo expresamente. Debe ser destacado que los únicos hospitales que poseen ese servicio por teléfono, con porcentual significativo (superior a 10%) son el HCB y HVDH.

Cuadro 10.3.1.: Como concertó la visita x hospital

Hospital	Como concertó la visita				Total
	por teléfono	visita anterior	yendo expresamente	No la concertó	
HCR	2	88	9	1	100
HCB	11	77	8	4	100
HVDH	18	82	17	3	120
	15,00%	68,33%	14,17%	2,50%	(100%)
HUWC	-	19	6	75	100
HGF	-	37	55	8	100
IJF	-	-	2	98	100
Total	31	303	97	189	620
Porcentual	5,00%	48,87%	15,65%	30,48%	100%

Teste de independendia: p-valor = 0,000

Gráfico 10.3.1.: Como concertó la visita x hospital



Por otra parte cabe decir que los hospitales de Fortaleza, en la época que fue realizado el trabajo de campo, no tenían el servicio de marcación de visitas por teléfono, actualmente están intentando implantar este servicio.

10.4. Opinión sobre el trato que recibió de la persona que le atendió

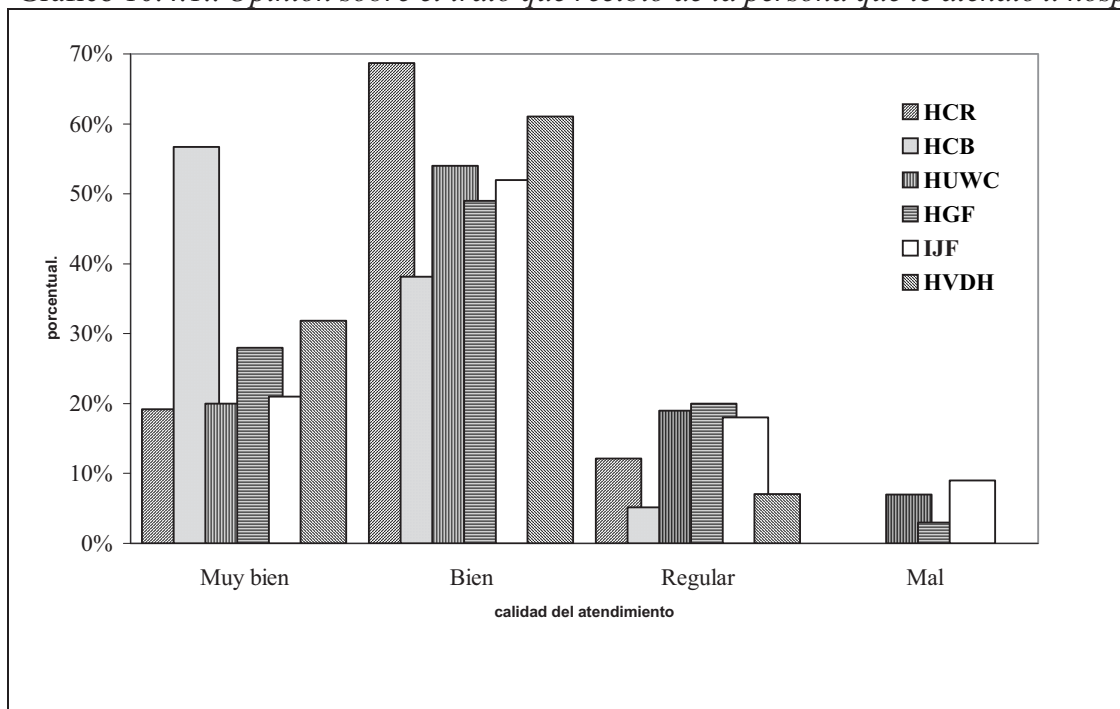
Se destaca en el atendimento el hospital HCB, con porcentual (56,71%) de excelente atendimento superior a los demás, que por su vez presentan tales porcentuales prójimos. Con buen atendimento se destacan el HCR y HVDH, que poseen porcentuales superiores a los demás (68,69% y 61,06% respectivamente), cuando analizados en “muy bien” y “bien”. Los demás hospitales, que son brasileños, poseen calidad de atendimento “regular”, con un porcentual prójimo a los 20%, presentando también algunas evaluaciones de “mal”.

Cuadro 10.4.1.: Opinión sobre el trato que recibió de la persona que le atendió x hospital

Hospital	Opinión sobre el trato que recibió de la persona que le atendió				Total
	Muy bien	bien	regular	mal	
HCR	19 19,19%	68 68,69%	12 12,12%	-	99 100%
HCB	55 56,71%	37 38,14%	5 5,15%	-	97 100%
HVDH	36 31,86%	69 61,06%	8 7,08%	-	120 (100%)
HUWC	20	54	19	7	100
HGF	28	49	20	3	100
IJF	21	52	18	9	100
Total	179	329	82	19	620
Porcentual	29,39%	54,02%	13,46%	3,12%	100%

Teste de independencia: p-valor = 0,000

Gráfico 10.4.1.: Opinión sobre el trato que recibió de la persona que le atendió x hospital



10.5. Como es la atención que recibe de la enfermera

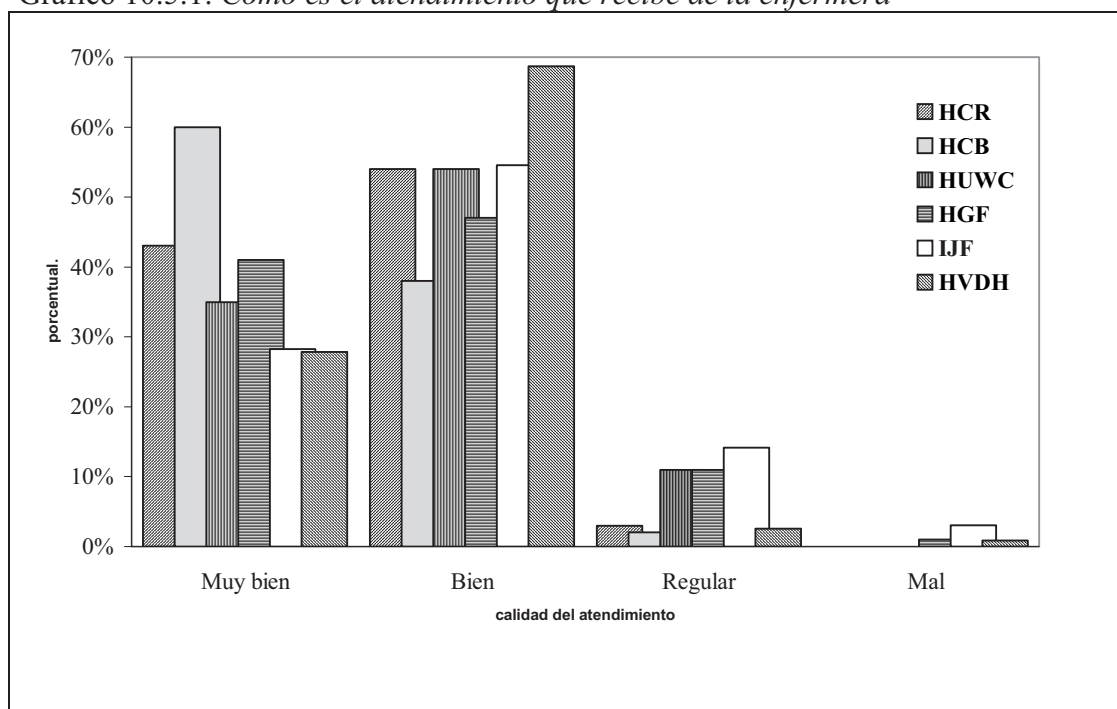
Se destaca en la atención del mostrador el Hospital HCB, con porcentual de “muy bien” superior a los demás (60%), que por su vez presentan tales porcentuales prójimos. En la categoría “bien” se destaca el HVDH, que posee porcentual superior a los demás (68,69%), cuando analizados “muy bien” y “bien” juntos los hospitales HCR y HVDH poseen evaluaciones prójimas. Los demás hospitales los cuales son brasileños, poseen cualidad de atendimento muy prójimos, presentando evaluación “regular” ligeramente superior a los 10%.

Cuadro 10.5.1.: Como es el atendimento que recibe de la enfermera x hospital

Hospital	Como es el atendimento que recibe de la enfermera				Total
	Muy bien	Bien	Regular	Mal	
HCR	43	54	3	-	100
HCB	60	38	2	-	100
HVDH	32	79	3	1	115
	27,83%	68,69%	2,61%	0,87%	100%
HUWC	35	54	11	-	100
HGF	41	47	11	1	100
IJF	28	54	14	3	99
	28,28%	54,55%	14,14%	3,03%	100%
Total	239	326	44	5	614
Porcentual	38,93%	53,09%	7,17%	0,81%	100,00%

Teste de independancia: p-valor = 0,000

Gráfico 10.5.1: Como es el atendimento que recibe de la enfermera



A pesar que la mayoría de los entrevistados de los hospitales HUWC, HGF e IJF (54%, 47% y 54,55%, respectivamente) tengan contestado con un “bien”, nos choca algunas palabras dichas, como se puede observar en las siguientes frases dichas por usuarios del IJF: “nosotros ya venimos enfermos y ellos nunca saben atender, no consiguen dar una palabra de confort y apoyo (relación a los funcionarios)” y “sabes lo que dice la persona que atiende? Aguarde, si no ha muerto hasta ahora, no se muere más”. Cabe resaltar que estos funcionarios son personas con bajos sueldos y con casi ninguna orientación con relación a como se debe tratar los “clientes” del hospital, muchas veces se sienten como que haciendo un favor para las personas. Pesa mucho también que sea un hospital público.

10.6. Frecuencia de retrasos respecto a la hora prevista de la visita

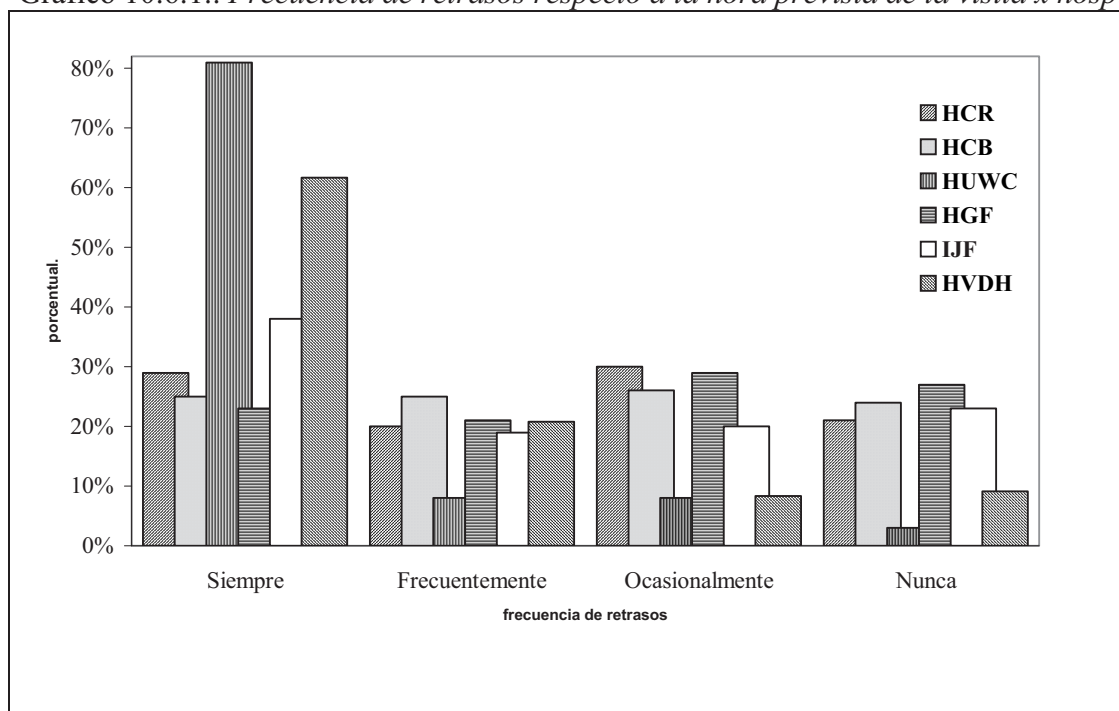
Podemos destacar los hospitales HUWC y HVDH (los dos con una característica en común, ambos son hospitales universitarios, siendo uno en Fortaleza y el otro en Barcelona, respectivamente), como los que poseen los mayores porcentuales de retrasos regulares, siendo mayor en el primero. En los demás hospitales el comportamiento de retrasos es muy prójimo. Cabe decir que en los hospitales HUWC e IJF, no existe el sistema de marcar visita y sí el servicio de pronto atendimento, o sea, la persona llega en el hospital, coge una ficha y espera para ser atendida. El retraso, se supone, se refiere al tiempo de espera en la cola.

Cuadro 10.6.1.: Frecuencia de retrasos respecto a la hora prevista de la visita x hospital

Hospital	Frecuencia de retrasos respecto a la hora prevista de la visita				Total
	Siempre	Frecuentemente	Ocasionalmente	Nunca	
HCR	29	20	30	21	100
HCB	25	25	26	24	100
HVDH	74	25	10	11	120
	61,67%	20,83%	8,33%	9,17%	100%
HUWC	81	8	8	3	100
HGF	23	21	29	27	100
IJF	38	19	20	23	100
Total	270	118	123	109	620
Porcentual	43,55%	19,03%	19,84%	17,58%	100%

Teste de independencia: p-valor = 0,000

Gráfico 10.6.1.: Frecuencia de retrasos respecto a la hora prevista de la visita x hospital



10.7. Aproximadamente cuanto tiempo ha pasado respecto de la hora prevista de la visita

El tiempo de retraso es mayor en el hospital HUWC (57,30%), con un gran porcentual de retrasos “superior a dos horas”, siendo destacado también el IJF, con un porcentual de retrasos “superior a dos horas” de casi un 30%. Los hospitales HCR y HCB poseen pocos retrasos, siendo los que presentaron el mayor porcentual (59,19% y 54%, respectivamente) de retrasos “inferiores a media hora”. El HGF y el HVDH, ambos hospitales universitarios, poseen comportamiento prójimos, intermediario entre los demás. Se resalta, una vez más, que en los hospitales brasileños, principalmente el HUWC y el IJF, el retraso se refiere a la espera en la cola, ya que no existe marcación de visita y sí el servicio de pronto atendimento. En la mayoría de las veces estas personas esperan por toda la mañana o muchas veces llegan al hospital a las cuatro de la madrugada para conseguir una ficha para una visita*. Cuando un usuario del IJF dijo que “nosotros tenemos mismo que esperar” o usuarios del HUWC comentaron que “pobre tiene que esperar”; que “en todo hospital nosotros tenemos que esperar”; que “hay mucha gente para atender”; y por fin un usuario del HGF diciendo que “nosotros ya venimos sabiendo que tiene que esperar”, se puede observar la acomodación de los usuarios con relación al sistema público de salud brasileño y la falta de concienciación política de que el hospital es público y gratuito pero el dinero sale de sus bolsillos. Por otro lado, un usuario del HGF apunta un error que podría ser evitado cuando dice que “se cuele mucha gente”. Ya con relación a los usuarios del HCR que en una frase dijo que “Siempre sería mejor tardar menos, pero somos muchos, hay que comprender”, está subentendido que él quería el mejor, pero entiende que hay una demanda muy grande, y no cobra del responsable una mejora, lo comprende, como en caso de otra fase de un usuario del mismo hospital que comenta que “si tiene que esperar cola, es porque hay mucha gente” y más otro dijo que “hay que esperar”, pero se observa que otro usuario tiene otro punto de vista diciendo lo siguiente: “las personas llegan antes, por eso que esperan”. Cuando se lee una frase dicha por un usuario del HCB diciendo que “treinta minutos no es retraso, es normal”, ya se ve una mayor comprensión. Estos dos últimos hospitales comentados, como hemos visto anteriormente, fueron los que tuvieron menor retraso desde el punto de vista de los entrevistados.

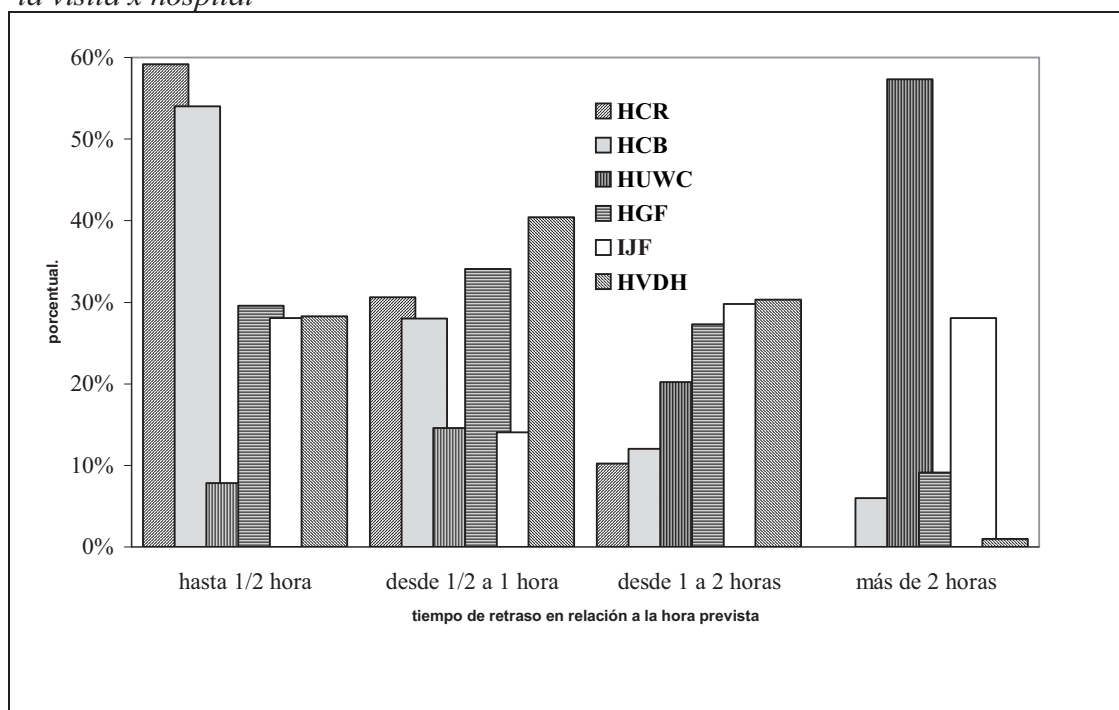
* “*Tem que dormir aqui para conseguir ficha*”. “Hay que dormir aquí para conseguir una visita”. Usuario del HGF

Cuadro 10.7.1.: *Aproximadamente cuanto tiempo ha pasado respecto de la hora prevista de la visita x hospital*

Hospital	Aproximadamente cuanto tiempo ha pasado respecto de la hora prevista de la visita				Total
	hasta 1/2 hora	1/2 a 1 hora	1 a 2 horas	más de 2 horas	
HCR	29 59,19%	15 30,61%	5 10,20%	-	49 100%
HCB	27 54,00%	14 28,00%	6 12,00%	3 6,00%	50 100%
HVDH	28 28,28%	40 40,41%	30 30,30%	1 1,01%	99 100%
HUWC	7 7,87%	13 14,61%	18 20,22%	51 57,30%	89 100%
HGF	13 29,55%	15 34,09%	12 27,27%	4 9,09%	44 100%
IJF	16 28,07%	8 14,04%	17 29,82%	16 28,07%	57 100%
Total	120	105	88	75	388
Porcentual	30,93%	27,06%	22,68%	19,33%	100%

Teste de independencia: p-valor = 0,000

Gráfico 10.7.1. : *Aproximadamente cuanto tiempo ha pasado respecto de la hora prevista de la visita x hospital*



10.8. Frecuencia de espera de pie

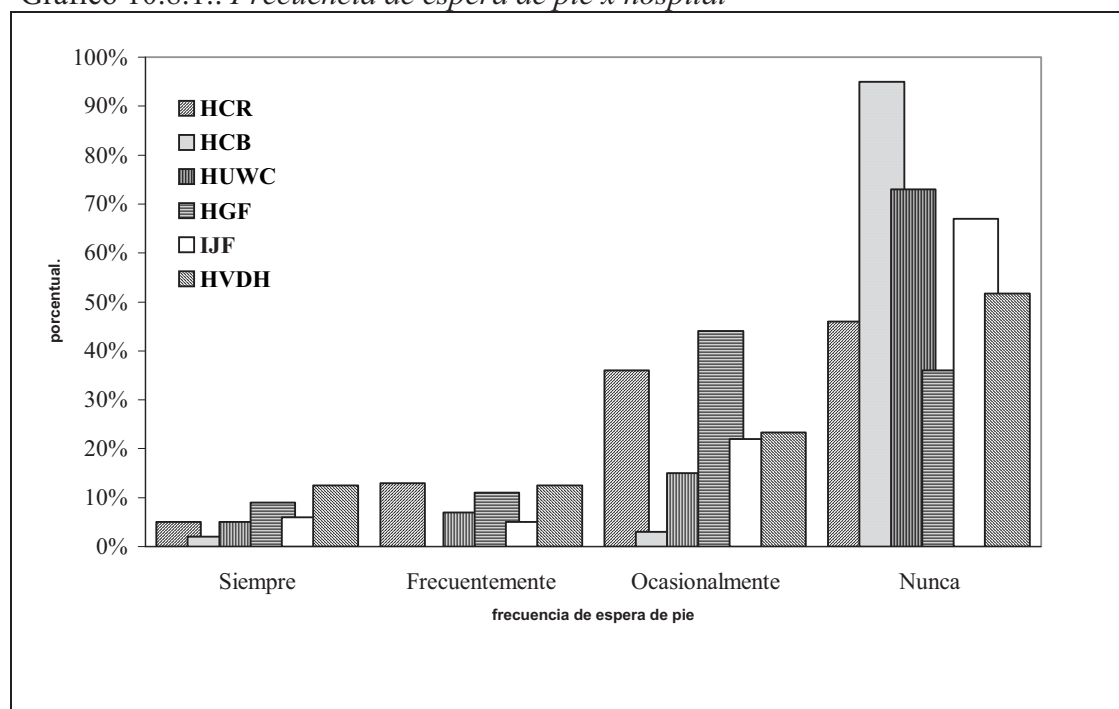
Podemos destacar el porcentual de respuestas “nunca” (95%) en el hospital HCB, bien como los porcentuales de “nunca” de los hospitales HUWC (73%) e IJF (67%), estadísticamente sin diferencia significativa. Los demás hospitales presentan porcentuales de “nunca” más bajos. El quesito “ocasionalmente” aparece con porcentuales mayores en los hospitales HCR y HGF (36% y 44%, respectivamente), seguido de los hospitales HUWC, IJF y HVDH (15%, 22% y 23,33%, respectivamente), siendo raro en el HCB (3%). En el restante, “frecuentemente” y “siempre”, tenemos pocas respuestas para todos los hospitales, con excepción del hospital HCB, que prácticamente no posee tales respuestas.

Cuadro 10.8.1.: Frecuencia de espera de pie x hospital

Hospital	Frecuencia de espera de pie				Total
	Siempre	Frecuentemente	Ocasionalmente	Nunca	
HCR	5	13	36	46	100
HCB	2	-	3	95	100
HVDH	15 12,50%	15 12,50%	28 23,33%	62 51,67%	120 100%
HUWC	5	7	15	73	100
HGF	9	11	44	36	100
IJF	6	5	22	67	100
Total	42	51	148	379	620
Porcentual	6,77%	8,23%	23,87%	61,13%	100%

Teste de independencia: p-valor = 0,000

Gráfico 10.8.1.: Frecuencia de espera de pie x hospital



10.9. Calidad de la sala de espera

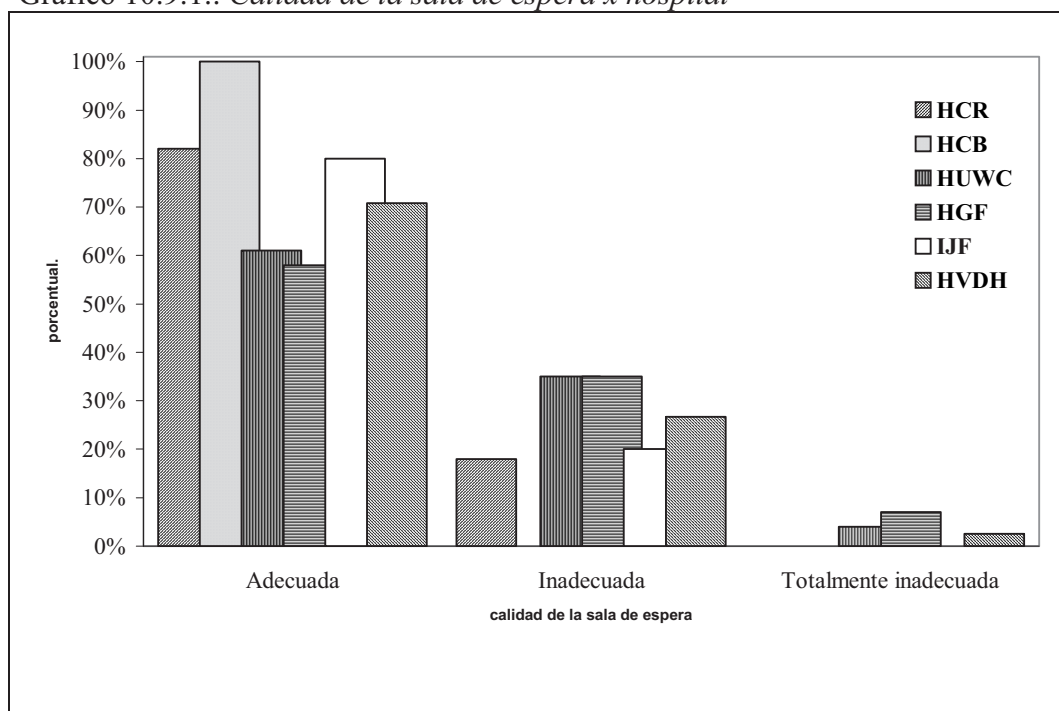
Podemos destacar con un razonable porcentual de respuestas “inadecuada” los hospitales HUWC y HGF (35%), seguido del hospital HVDH (26,67%) y, luego más, los hospitales HCR e IJF tales respuestas aparecen invertidas en la respuesta “adecuada”. En el hospital HCB todos los entrevistados consideraron la sala de espera “adecuada”.

Cuadro 10.9.1.: *Calidad de la sala de espera x hospital*

Hospital	Calidad de la sala de espera			Total
	Adecuada	Inadecuada	Totalmente inadecuada	
HCR	82	18	-	100
HCB	100	-	-	100
HVDH	85	32	3	120
	70,83%	26,67%	2,50%	100%
HUWC	61	35	4	100
HGF	58	35	7	100
IJF	80	20	-	100
Total	466	140	14	620
Porcentual	75,16%	22,58%	2,26%	100%

Teste de independencia: p-valor = 0,000

Gráfico 10.9.1.: *Calidad de la sala de espera x hospital*



A pesar de que la mayoría de las respuestas sean que la sala de espera es adecuada, se observa en algunas frases comentadas que las personas se conforman y no entienden que el servicio público está allí porque ellos contribuyeron, como se puede notar en las frases siguientes:

“Por nuestro gusto cambiaría, pero no se puede, puesto que es servicio público”. Usuario del HUWC

“La sala de espera es normal para este sitio” Usuario del HCR

“De los sitios que he ido está bien la sala. Para mí no me importa la sala, me importa el médico”. Usuario del HCB

“Como no es una clínica particular...” Usuario del HCB

10.10. Frecuencia de la explicación completa al médico

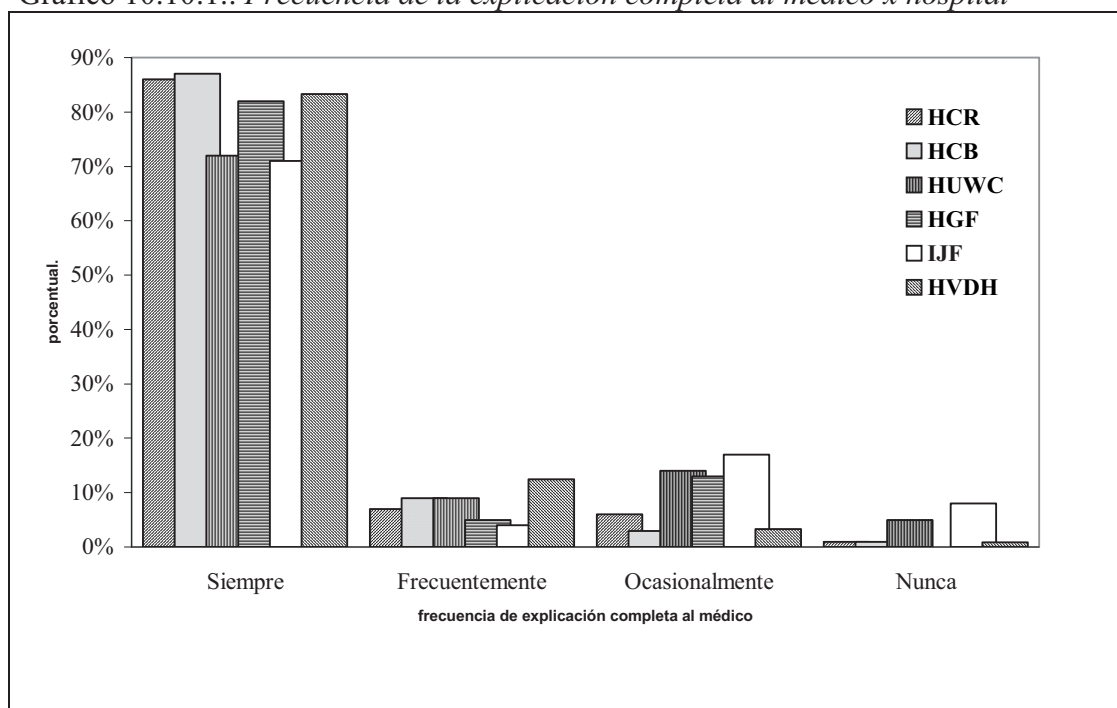
En esta pregunta se intentó valorar la comunicación paciente-médico y la relación médico-paciente. En los hospitales HCR, HCB, HGF y HVDH la respuesta “siempre” es bastante elevada (86%, 87%, 82% y 83,34%, respectivamente) y en los hospitales HUWC e IJF poco más del 70% de las respuestas son “siempre”, siendo verificado en estos, un razonable porcentual de respuestas “ocasionalmente”, lo que también ocurre con el hospital HGF. Se nota una vez más que el usuario compara el hospital público con el particular, y que su grado de exigencia no es grande por el motivo de ser público, como ejemplo de eso, tenemos la frase de un usuario de un hospital de Fortaleza: “para dar información completa de la enfermedad solo particular”. Usuario del IJF.

Cuadro 10.10.1.: Frecuencia de la explicación completa al médico x hospital

Hospital	Frecuencia de la explicación completa al médico				Total
	Siempre	Frecuentemente	Ocasionalmente	Nunca	
HCR	86	7	6	1	100
HCB	87	9	3	1	100
HVDH	100	15	4	1	120
	83,34%	12,50%	3,33%	0,83%	100%
HUWC	72	9	14	5	100
HGF	82	5	13	-	100
IJF	71	4	17	8	100
Total	498	49	57	16	620
Porcentual	80,33%	7,90%	9,19%	2,58%	100%

Teste de independencia: p-valor = 0,000

Gráfico 10.10.1.: Frecuencia de la explicación completa al médico x hospital



10.11. Comprensión de las preguntas del médico

En todos los hospitales el porcentual de respuestas “siempre” son prójimos y mucho elevado (por encima de 84%) como se puede observar en el cuadro y el gráfico 10.11.1...

“Ocasionalmente entiendo las preguntas que hace el médico por el vocabulario”. Usuario del HCR

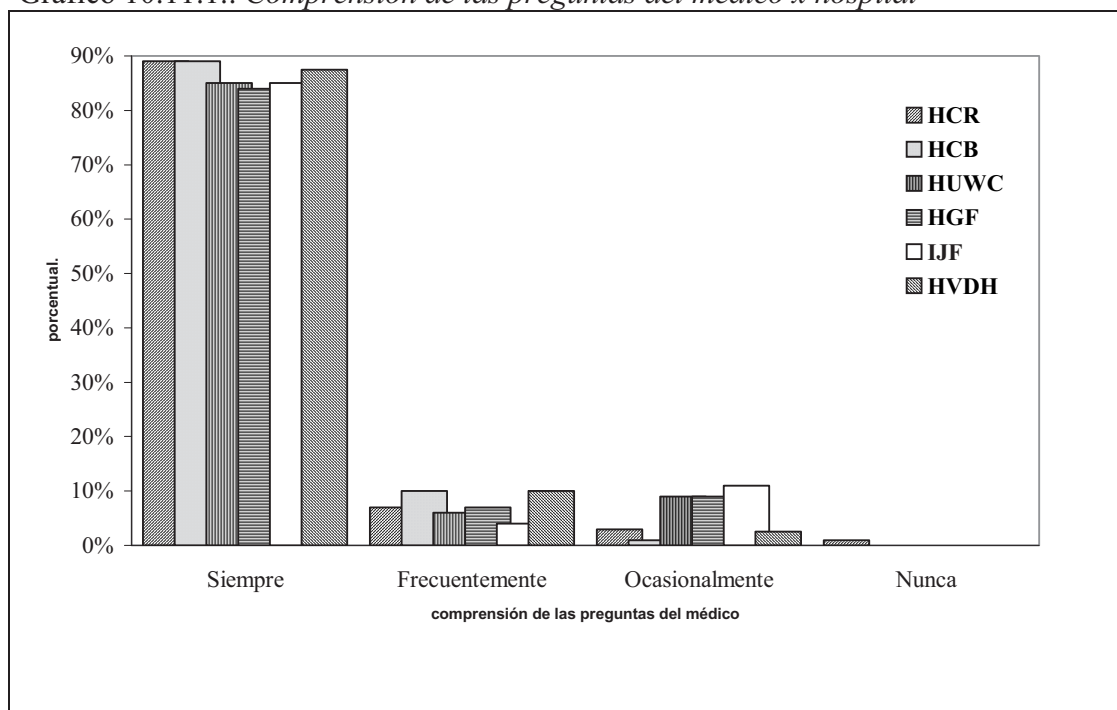
“Comprendo mejor si es en catalán”. Usuario del HCR

Cuadro 10.11.1.: *Comprensión de las preguntas del médico x hospital*

Hospital	Comprensión de las preguntas del médico				Total
	Siempre	Frecuentemente	Ocasionalmente	Nunca	
HCR	89	7	3	1	100
HCB	89	10	1	-	100
HVDH	105	12	3	-	120
	87,50%	10,00%	5,81%	-	100%
HUWC	85	6	9	-	100
HGF	84	7	9	-	100
IJF	85	4	11	-	100
Total	537	46	36	1	620
Porcentual	86,61%	7,42%	5,81%	0,16%	100%

Teste de independencia: p-valor = 0,030

Gráfico 10.11.1.: *Comprensión de las preguntas del médico x hospital*



10.12. Dedicación del tiempo suficiente por parte del médico

El porcentual de respuestas “siempre” es superior en los hospitales HCR y HCB, con porcentuales por encima de 80%, seguido de los hospitales HUWC y HVDH, con porcentuales prójimos a los 74%, siendo ligeramente más pequeños en los hospitales HGF y IJF, que presentan porcentuales de respuestas “siempre” inferior a los 70%. En “frecuentemente” puede ser destacado el hospital HVDH con uno 17,5% de respuestas y en “ocasionalmente” los hospitales HUWC, HGF e IJF con porcentuales de respuestas prójimos a los 16%. Se observa en el gráfico 10.12.1. que los usuarios, en su gran mayoría, consideran que el médico les dedica tiempo suficiente. Pero se nota también que el hospital que más se destaca en la respuesta “nunca” dedica tiempo, es el IJF, se comprueba todavía más en las frases dichas durante la coleta de datos, cuando los usuarios dicen que “el médico casi no nos mira y no hace preguntas” o entonces cuando comenta que “para donde se va es así (con relación a la pregunta si el médico dedica tiempo suficiente)” y otro concluye que “nosotros tenemos tres enfermedades, solo hay tiempo para explicar una o dos, la que esta matándote más”. El tiempo dedicado en la visita es muy importante, no se puede hacer algo rápido y tampoco demorado, excepto en raros casos, para que las personas no queden esperando demasiado tiempo. En una entrevista para una revista brasileña[#], el médico americano Geoffrey Kurland que sobrevivió a un cáncer (leucemia) dijo que siempre buscó ser un mejor médico para sus pacientes, antes mismo de su enfermedad, pero admitió que después de esta sufrida experiencia empezó a dar más atención a lo que ellos tienen a decir sobre sus miedos y ansiedad. Hubo también una preocupación mayor en ajustar su agenda para disminuir el tiempo que sus pacientes pasan en la sala de espera, puesto que supo lo que era quedarse esperando por los médicos, por exámenes y resultados, antes no tenía idea cuanto esa espera era incomoda. Y el médico confesa que “muchos médicos hacen discursos técnicos llenos de informaciones incomprensibles para una persona que no es de la área médica. Ellos tienden a economizar tiempo con los pacientes y no tienen paciencia para explicar la enfermedad de otra manera”.

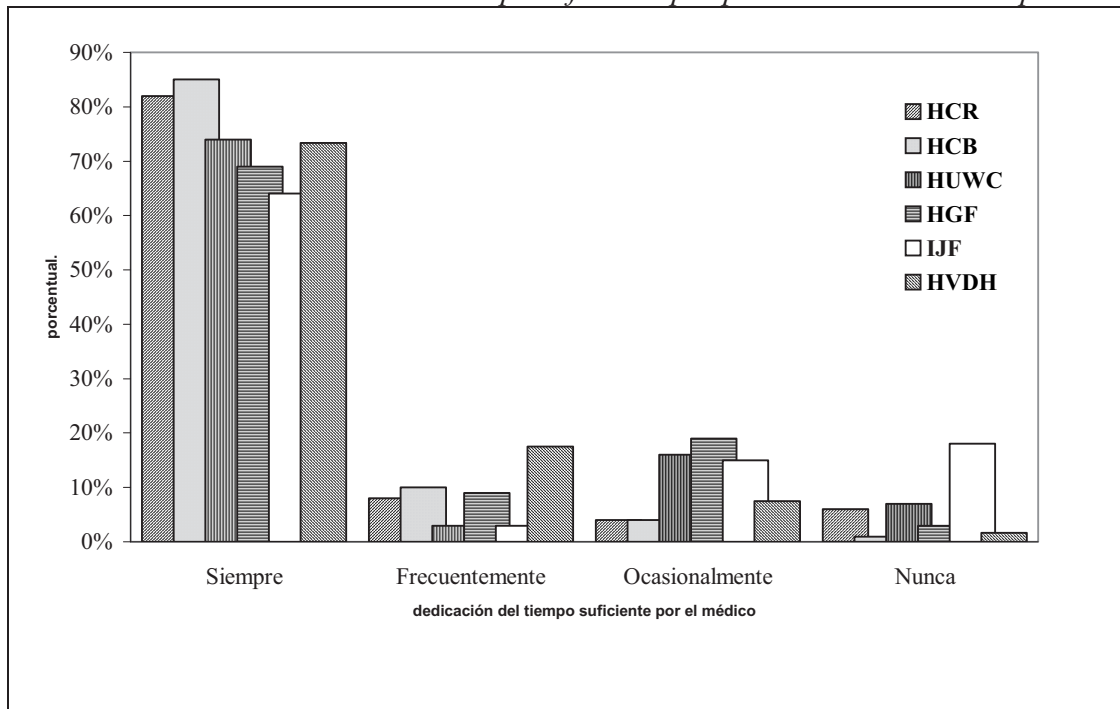
[#] Zakabi, Rosana. Entrevista con Geoffrey Kurland. Revista Veja, n° 1789, 12 de febrero de 2003.

Cuadro 10.12.1.: *Dedicación del tiempo suficiente por parte del médico x Hospital*

Hospital	Dedicación del tiempo suficiente por parte del médico				Total
	Siempre	Frecuentemente	Ocasionalmente	Nunca	
HCR	82	8	4	6	100
HCB	85	10	4	1	100
HVDH	88	21	9	2	120
	73,33%	17,50%	7,50%	1,67%	100%
HUWC	74	3	16	7	100
HGF	69	9	19	3	100
IJF	64	3	15	18	100
Total	462	54	67	37	620
Porcentual	74,52%	8,71%	10,81%	5,97%	100%

Teste de independência: p-valor = 0,000

Gráfico 10.12.1.: *Dedicación del tiempo suficiente por parte del médico x Hospital*



10.13. Comprensión de las indicaciones del médico sobre el tratamiento a seguir

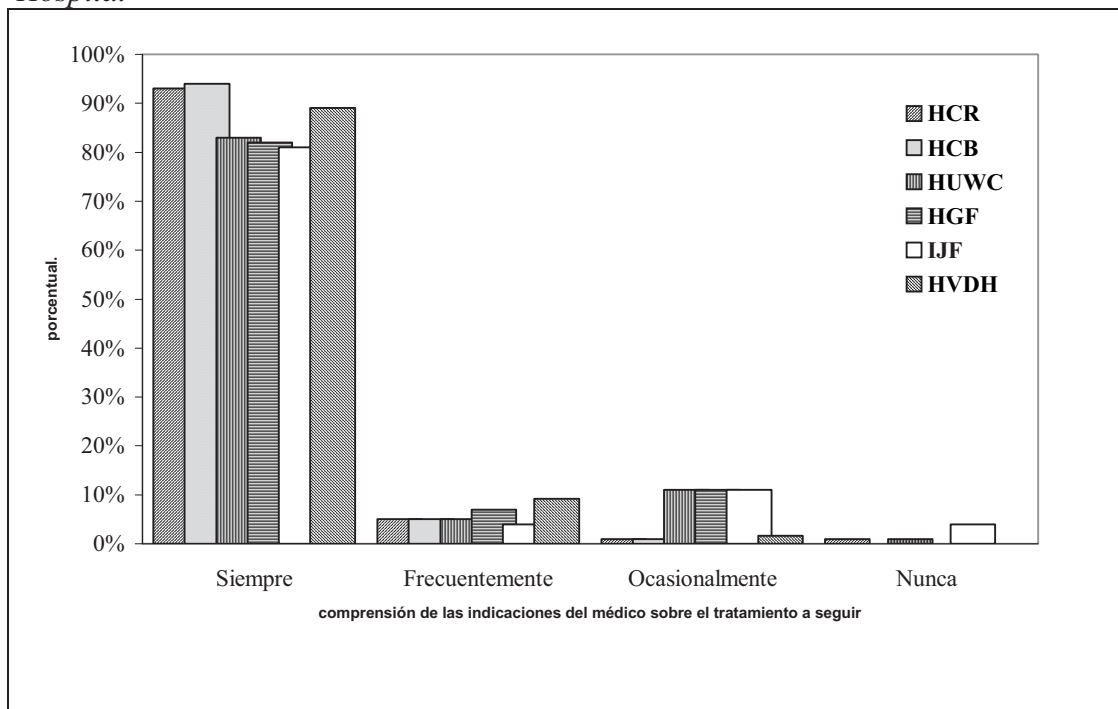
Con porcentuales de respuestas “siempre” superiores y prójimos entre si, podemos destacar los hospitales HCR, HCB y HVDH (93%, 94% y 89,08%, respectivamente), todos en Barcelona, y con porcentuales de respuestas “siempre” ligeramente inferiores, y prójimos entre si podemos destacar los hospitales HUWC, HGF e IJF (83%, 82% y 81%, respectivamente), todos en Fortaleza.

Cuadro 10.13.1.: *Comprensión de las indicaciones del médico sobre el tratamiento a seguir x Hospital*

Hospital	Comprensión de las indicaciones del médico sobre el tratamiento a seguir				Total
	Siempre	Frecuentemente	Ocasionalmente	Nunca	
HCR	93	5	1	1	100
HCB	94	5	1	-	100
HVDH	106	11	2	-	119
	89,08%	9,24%	1,68%		100%
HUWC	83	5	11	1	100
HGF	82	7	11		100
IJF	81	4	11	4	100
Total	539	37	37	6	620
Porcentual	87,08%	5,98%	5,98%	0,97%	100%

Teste de independencia: p-valor = 0,001

Gráfico 10.13.1.: *Comprensión de las indicaciones del médico sobre el tratamiento a seguir x Hospital*



Tales porcentuales, de forma invertida, también pueden ser vistos en la respuesta “ocasionalmente” con un 11% en los tres últimos y 1% en los tres primeros, siendo los porcentuales de respuestas en las otras categorías mucho prójimas con relación a todos los hospitales. En las dos frases dichas por usuarios del HUWC: “a veces no hay dinero para comprar los medicamentos y entonces se estropea todo (preguntado sobre el tratamiento)” y “nosotros es que no cumplimos el tratamiento pasado por el médico, pero lo comprendemos”, se nota que en las entrelíneas que el usuario tiene vergüenza de decir que no comprende o no lo cumple por falta de recursos financieros.

10.14. Calidad de las informaciones del médico sobre la enfermedad x Hospital

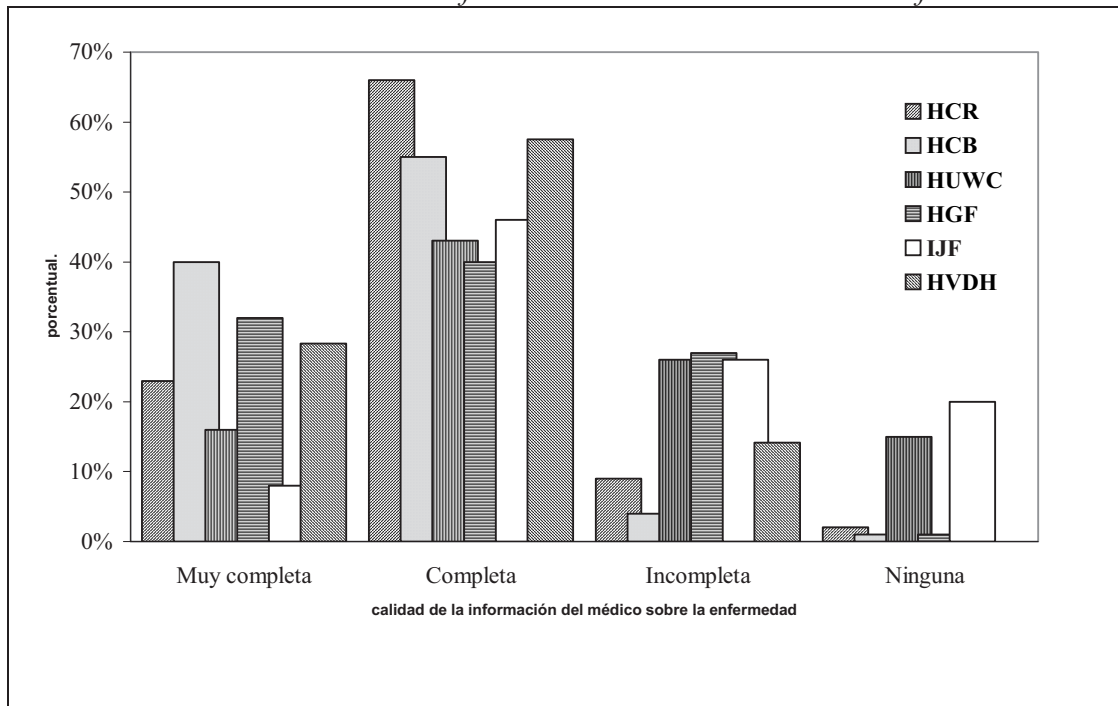
Si juntamos las respuestas “muy completa” con “completa” podremos verificar un porcentual mayor de respuestas en los hospitales HCB, HCR y HVDH, todos los tres en localizados en Barcelona, seguido del hospital HGF, siendo los hospitales HUWC e IJF los de menores porcentuales de respuestas “muy completa” y “completa”, juntas. Se nota que en la respuesta “incompleta” los tres hospitales de Fortaleza, HUWC, HGF e IJF, tienen los porcentuales más altos que los demás.

Cuadro 10.14.1.: Calidad de las informaciones del médico sobre la enfermedad x Hospital

Hospital	Calidad de las informaciones del médico sobre la enfermedad				Total
	Muy completa	Completa	Incompleta	Ninguna	
HCR	23	66	9	2	100
HCB	40	55	4	1	100
HVDH	34	69	17	-	120
	28,33%	57,50%	14,17%		100%
HUWC	16	43	26	15	100
HGF	32	40	27	1	100
IJF	8	46	26	20	100
Total	153	319	109	39	620
Porcentual	24,68%	51,45%	17,58%	6,29%	100%

Teste de independencia: p-valor = 0,000

Gráfico 10.14.1.: Calidad de las informaciones del médico sobre la enfermedad x Hospital



10.15. Calidad general del atendimento del médico

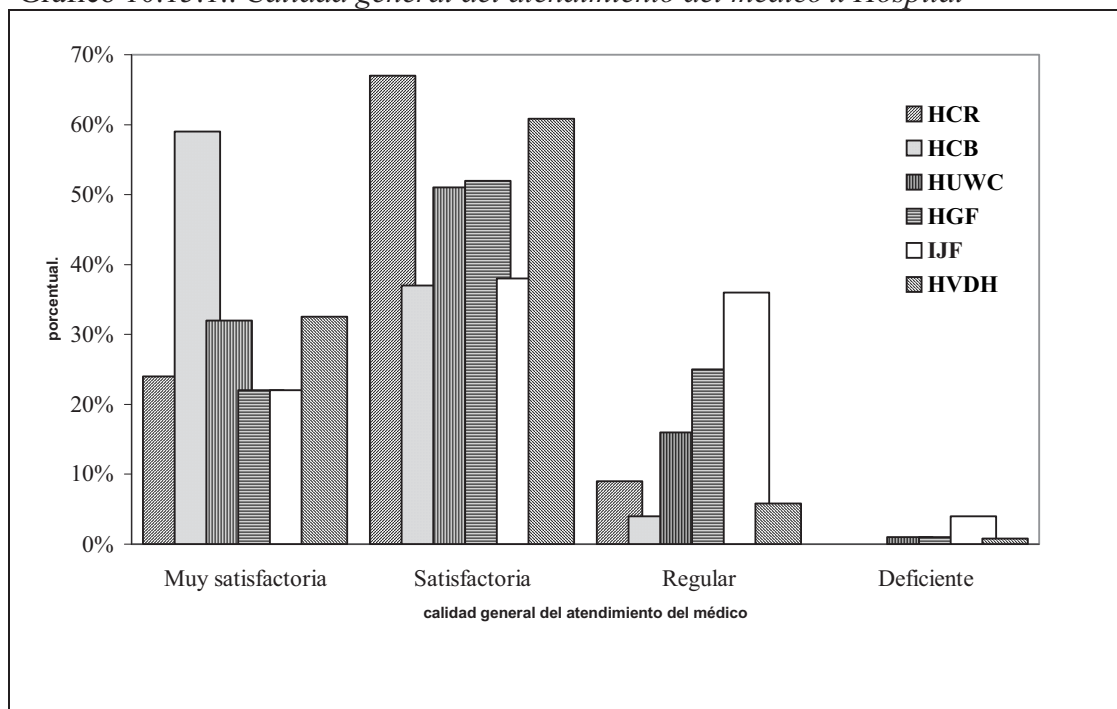
Cuando se junta las respuestas “muy satisfactoria” con “satisfactoria”, podemos verificar un porcentual mayor de respuestas (por encima de 90%) en los hospitales HCB, HCR y HVDH, todos los tres localizados en Barcelona, seguido de los hospitales HUWC y HGF (prójimo a los 80%), siendo el hospital IJF el de más pequeño porcentual de respuestas “muy completa” y “completa”, juntas (60%).

Cuadro 10.15.1.: *Calidad general del atendimento del médico x Hospital*

Hospital	Calidad general del atendimento del médico				Total
	Muy satisfactoria	Satisfactoria	Regular	Deficiente	
HCR	24	67	9		100
HCB	59	37	4		100
HVDH	39	73	7	1	120
					100%
HUWC	32	51	16	1	100
HGF	22	52	25	1	100
IJF	22	38	36	4	100
Total	198	318	97	7	620
Porcentual	31,94%	51,29%	15,65%	1,13%	100%

Teste de independencia: p-valor = 0,000

Gráfico 10.15.1.: *Calidad general del atendimento del médico x Hospital*



Pudendo todavía ser destacado un porcentual mayor de respuestas “regular” en los hospitales HGF e IJF, con relación al hospital HUWC, que, por su vez, presenta un porcentual mayor de respuestas muy satisfactoria con relación a los otros dos en cuestión, HGF e IJF, así como el hospital HCB, con relación a los otros dos, HCR y HVDH. Por lo tanto podemos construir una secuencia ordenada de respuestas favorables de la siguiente manera: HCB, seguido de los hospitales HCR y HVDH, seguido del hospital HUWC y por último los hospitales HGF e IJF. Se destacan las siguientes frases de usuarios del HGF: “El médico parece que no tiene gusto por la vida, no te lo examina nada” y “Hay médico que ni siquiera te mira”. Ya en el hospital HCB, que obtuvo el mayor porcentual en la respuesta “muy satisfactoria” (59%), su usuario hizo el siguiente comentario: “no hay limite de tiempo en la consulta”.

10.16. Sexo de los entrevistados

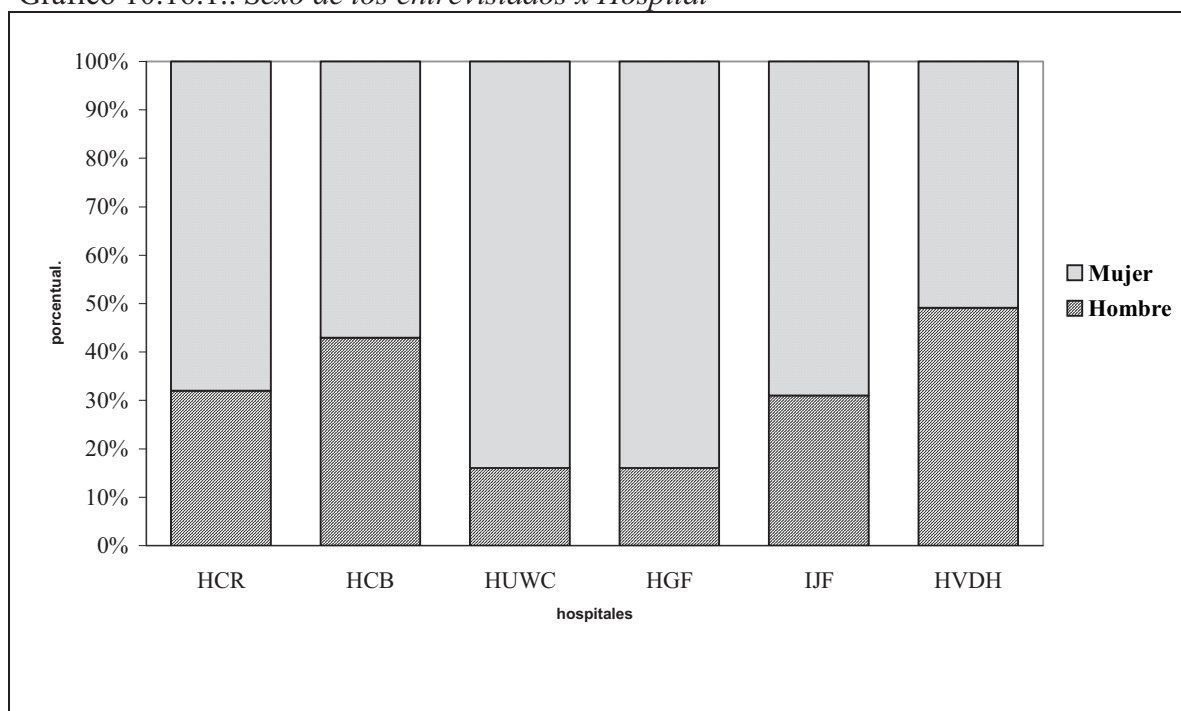
En todos los hospitales el público mayor es lo de las mujeres, sin embargo ese porcentual es más elevado en los hospitales de Brasil el HUWC y el HGF, cuya predominancia de mujeres atinge el porcentual de los 84%, seguido de los hospitales IJF, en Fortaleza y HCR, en Barcelona, con porcentuales ligeramente inferior a los 70%. En los hospitales HCB y HVDH ese porcentual es el más balanceado, entre los hospitales analizados, atingiendo un porcentual ligeramente superior a los 50%. Se puede decir que notadamente las mujeres buscan más los hospitales que los hombres, o sea se preocupan más con su salud.

Cuadro 10.16.1.: Sexo de los entrevistados x Hospital

Hospital	Sexo		total
	hombre	mujer	
HCR	32	68	100
HCB	43	57	100
HVDH	59	61	120
	49,17%	50,83%	100%
HUWC	16	84	100
HGF	16	84	100
IJF	31	69	100
Total	197	423	620
Porcentual	31,77%	68,23%	100%

Teste de independecia: p-valor = 0,000

Gráfico 10.16.1.: Sexo de los entrevistados x Hospital



10.17. Edad x Hospital

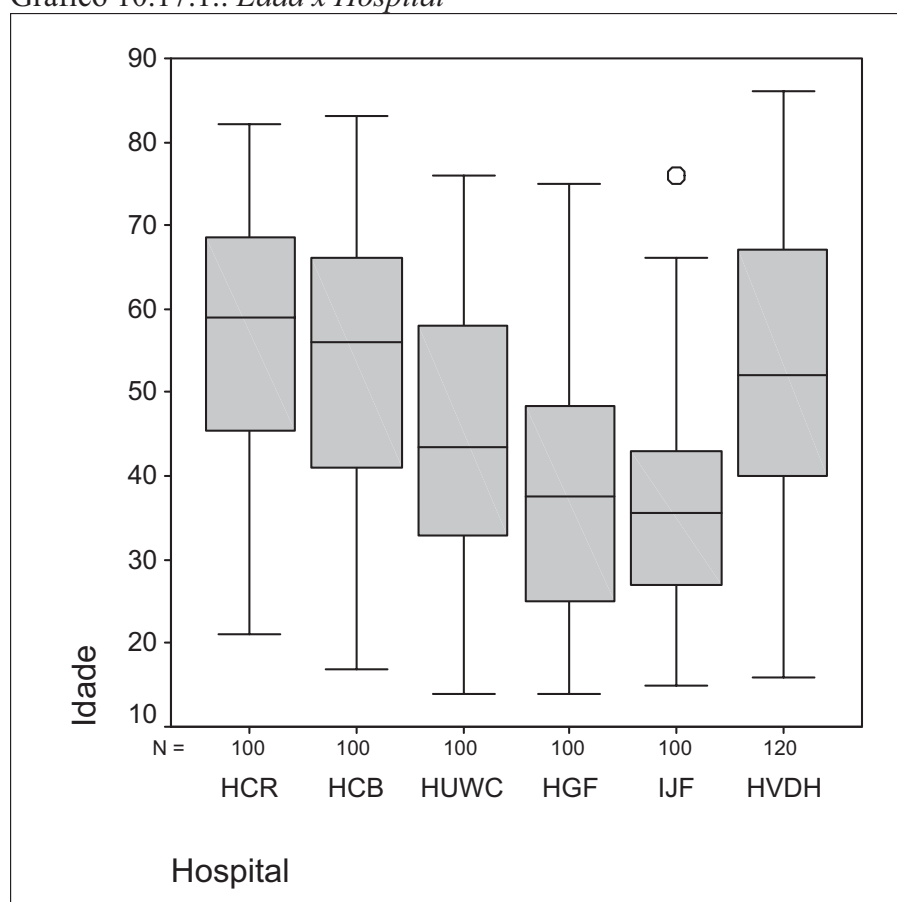
El hospital HCR es el que presenta usuarios con edades mayores, seguido de los hospitales HCB y HVDH, todos los tres localizados en Barcelona, que por su vez no presentan usuarios con edades estadísticamente diferentes, seguido del hospital HUWC. Los hospitales HGF y IJF, cuyos usuarios no presentan diferencia estadísticamente significativa en las edades, presentan los usuarios con las menores edades.

Cuadro 10.17.1: *Edad x Hospital*

Hospital	estadísticas (en años)							
	n	mínimo	1 ^o cuartil	mediana	3 ^o cuartil	máximo	media	Dp
HCR	100	21	45	59	69	82	57	15,30
HCB	100	17	40	56	66	83	54	15,29
HVDH	120	16	40	52	67	86	52	18,03
HUWC	100	14	33	44	58	76	44	15,05
HGF	100	14	25	38	49	75	39	15,98
IJF	100	15	27	36	43	76	37	13,05
general	620	14	34	46	62	86	47	17,27

Teste de diferencia de medias: p-valor = 0,000

Gráfico 10.17.1.: *Edad x Hospital*



Cabe decir que el tiempo de vida en Europa, precisamente en Barcelona, es mayor que en países en desarrollo como Brasil, y principalmente en Ceará que está localizado en una región pobre del país. Eso también preocupa, puesto que, cuanto mayor el tiempo de vida, más gente busca los servicios hospitalarios, y actualmente existe una preocupación con la prevención.

10.18. Nivel de estudios

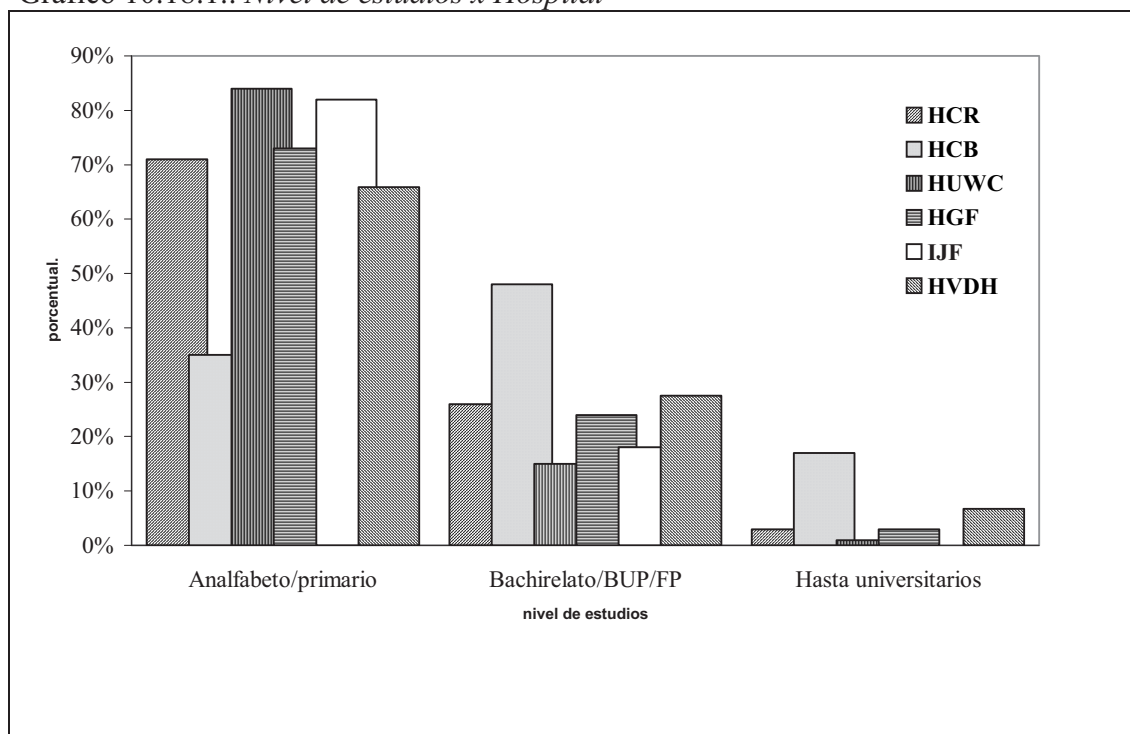
El hospital cuyos pacientes poseen el mayor nivel de estudios es el HCB, seguido de los hospitales HCR, HGF y HVDH, siendo los hospitales HUWC e IJF los de menores índices de escolaridad de los pacientes. Pero el que se destaca es el quesito de “sin estudios o hasta los primarios”, excepto en el HCB.

Cuadro 10.18.1.: Nivel de estudios x Hospital

Hospital	Escolaridad			total
	Analfabeto/primarios	Bachillerato/ BUP/FP	Hasta universitarios	
HCR	71	26	3	100
HCB	35	48	17	100
HVDH	79	33	8	120
	65,83%	27,50%	6,67%	100%
HUWC	84	15	1	100
HGF	73	24	3	100
IJF	82	18		100
Total	424	164	32	620
Porcentual	68,39%	26,45%	5,16%	100%

Teste de independencia: p-valor = 0,000

Gráfico 10.18.1.: Nivel de estudios x Hospital



Cabe resaltar que el motivo del gran porcentual en esta respuesta en los hospitales de Barcelona, se debe al hecho que las personas son de edad más elevadas, como se puede verificar en la cuestión anterior, y que esas personas pasaron su infancia en la época de la guerra civil, donde los niños no tuvieron acceso a los estudios debido la situación vivida en el periodo.

10.19. Ocupación

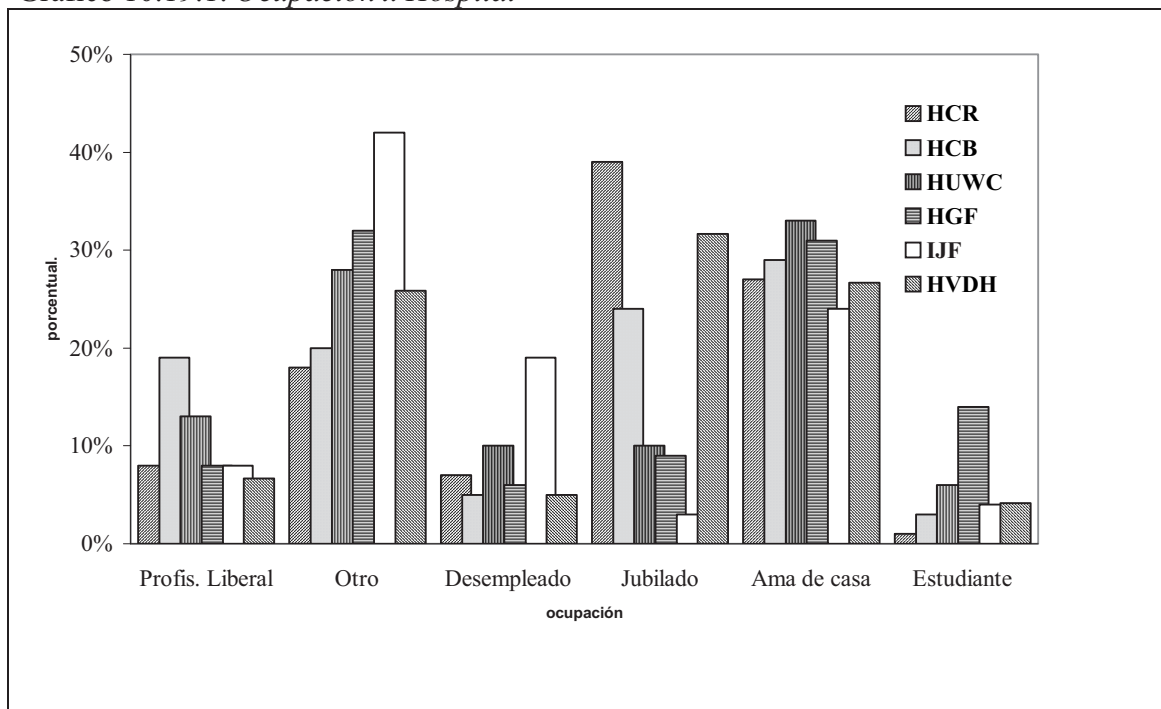
Puede ser destacado un alto porcentual de jubilados en los hospitales HCR y HVDH, seguido del hospital HCB, es normal ya que son los hospitales que presentan el mayor porcentual de personas mayores, el que no ocurre en los demás hospitales de Fortaleza. Podemos destacar también un porcentual de estudiantes más elevado en el hospital HGF, ya que hay más jóvenes entre los entrevistados, en el hospital IJF el número mayor son de los desempleados y de profesionales liberales(etc.) en el hospital HCB seguido del HUWC.

Cuadro 10.19.1.: Ocupación x Hospital

Hospital	Ocupación						total
	Profis. liberal,	Otro trab.	Desemp.	Jubilado	Ama de casa	Estudiante	
HCR	8	18	7	39	27	1	100
HCB	19	20	5	24	29	3	100
HVDH	8	31	6	38	32	5	120
	6,67%	25,83%	5,00%	31,66%	26,67%	4,17%	100%
HUWC	13	28	10	10	33	6	100
HGF	8	32	6	9	31	14	100
IJF	8	42	19	3	24	4	100
Total	64	171	53	123	176	33	620
Porcentual	10,32%	27,58%	8,55%	19,84%	28,39%	5,32%	100%

Teste de independencia: p-valor = 0,000

Gráfico 10.19.1: Ocupación x Hospital



10.20. Calidad general de las visitas

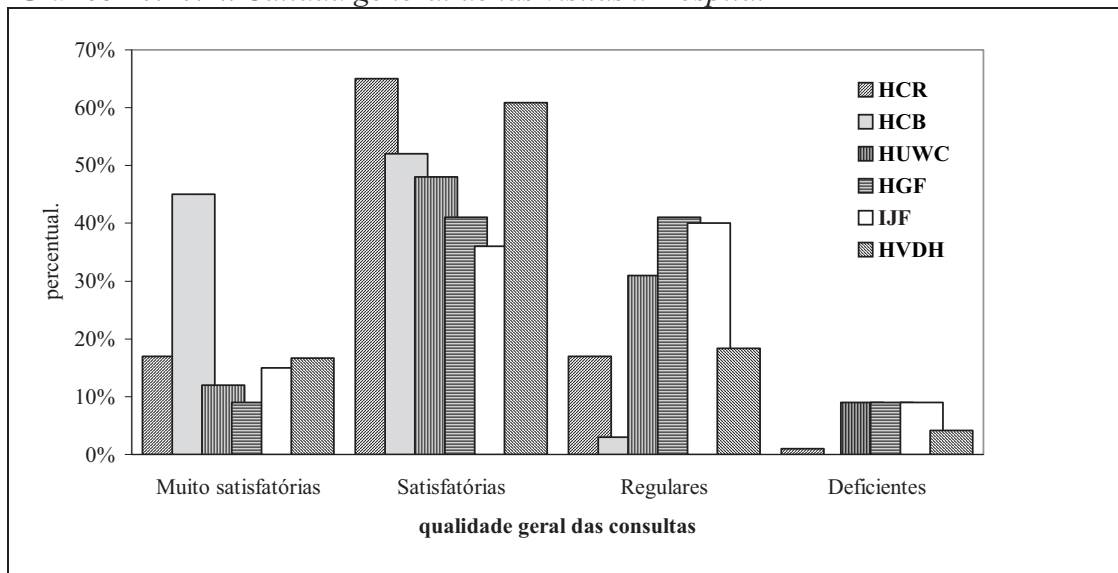
Podemos destacar como el hospital de mayor calidad el HCR, cuyo porcentual de respuestas “muy satisfactorias” es bien superior a los demás, luego enseguida tenemos los hospitales HCR y HVDH, cuyos porcentuales de respuestas son prójimas en todas las categorías. Los hospitales HUWC, HGF e IJF poseen respuestas estadísticamente sin diferencia en todas las categorías, siendo así clasificados con la misma calidad.

Cuadro 10.20.1.: *Calidad general de las visitas x Hospital*

Hospital	Calidad general de las visitas				Total
	Muy satisfactorias	Satisfactorias	Regulares	Deficientes	
HCR	17	65	17	1	100
HCB	45	52	3	-	100
HVDH	20	73	22	5	120
	16,67%	60,83%	18,33%	4,17%	100%
HUWC	12	48	31	9	100
HGF	9	41	41	9	100
IJF	15	36	40	9	100
Total	118	315	154	33	620
Porcentual	19,03%	50,81%	24,84%	5,32%	100%

Teste de independencia: p-valor = 0,000

Gráfico 10.20.1.: *Calidad general de las visitas x Hospital*



A pesar que se nota que los usuarios de los hospitales en fortaleza (HUWC, HGF e IJF) calificaron entre “satisfactoria” y “regular” las visitas en conjunto, se observa en las frases dichas una falta de concienciación, por ser hospital público, como si ellos no supieran que contribuyen a través de los impuestos para aquello servicio. Como en las dos frases dicha por los usuarios del IJF: “Ese es el mejor hospital de Fortaleza, porque tu no sales sin atendimento” y “Estoy satisfecha. No pueden hacer más de lo que hacen”. Se nota también un conformismo cuando comentan que “solo en estar atendida ya está bien” y “quien hace el sitio es el paciente. Si tu llegas enfadado, como quieres ser bien atendido?”. Ya se observa el opuesto con relación a las frases dichas en el HCR: “es normal que las visitas no sean satisfactorias, somos muchos” y “las visitas en conjunto considero satisfactorias, pues depende de la prisa que uno tiene. Si tiene poca prisa, se puede esperar y está bien.”.

10.7.7. Cruces por variables de cabecera

Como se anotó antes, las variables de cabecera consideradas fueron: sexo, edad, nivel de estudios y ocupación del encuestado.

Prácticamente en todos los casos, las pruebas de hipótesis realizadas -coeficiente chi cuadrado- indicaron que no existen diferencias significativas entre las distintas categorías de las variables de cabecera.

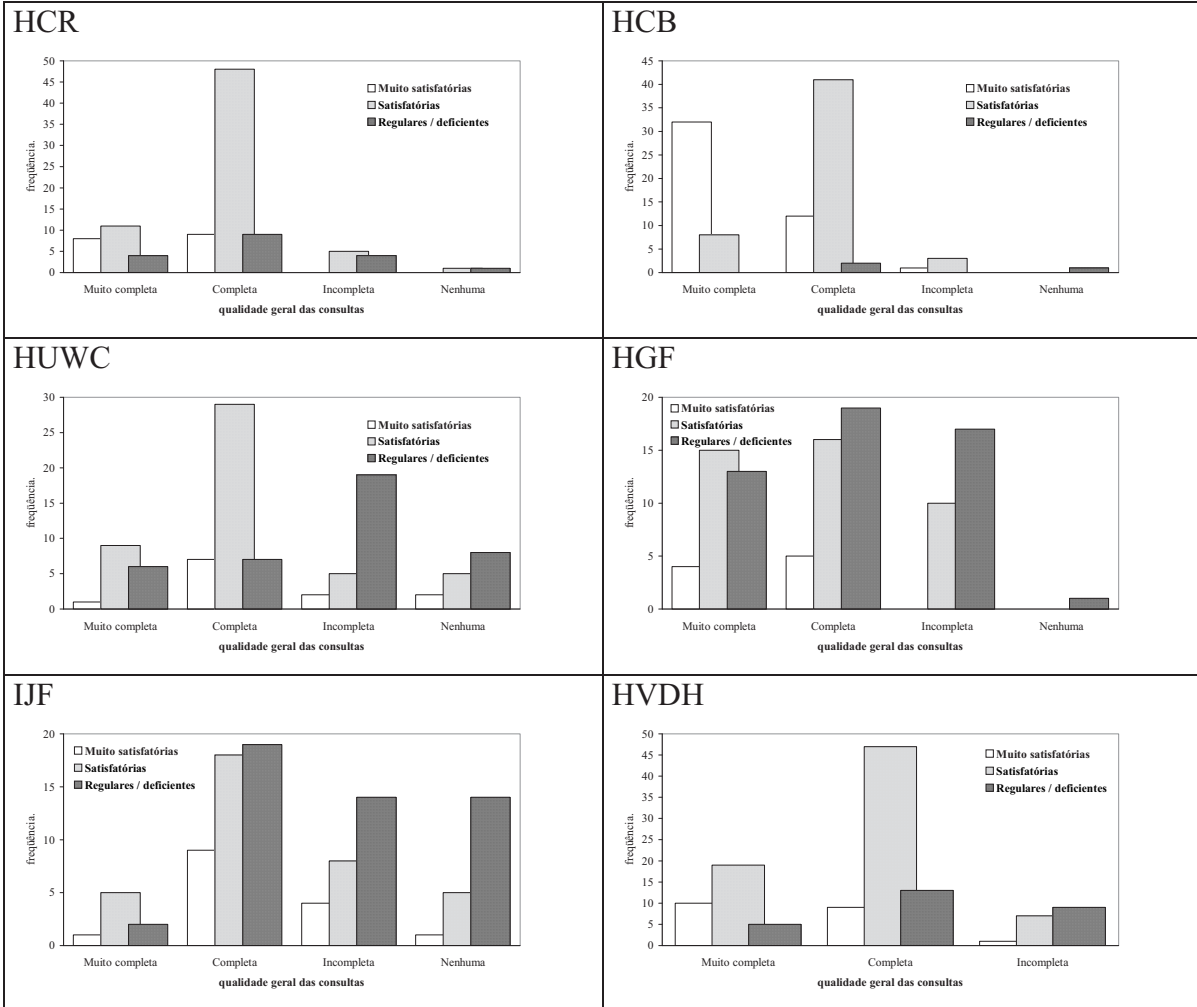
No obstante, el nivel de estudios del encuestados reveló diferencias significativas respecto a la valoración de la sala de espera y a la valoración de las visitas en conjunto. A mayor nivel de estudios, más inadecuada se valora la sala de espera y peor se valora la visita en conjunto.

La atención del médico en conjunto es mejor valorada por las mujeres que por los hombres.

a) Calidad de las informaciones del médico sobre la enfermedad x Calidad general de las visitas x Hospital

Los hospitales HCR, HCB, HUWC y HVDH presentan relación de dependencia en las respuestas, siendo encontrada una asociación positiva en las respuestas: respuestas “satisfactorias” en una cuestión están asociadas (en porcentuales mayores) a las respuestas “satisfactorias” de la otra cuestión y respuestas negativas de una cuestión están asociadas (en porcentuales mayores) a las respuestas negativas de la otra cuestión.

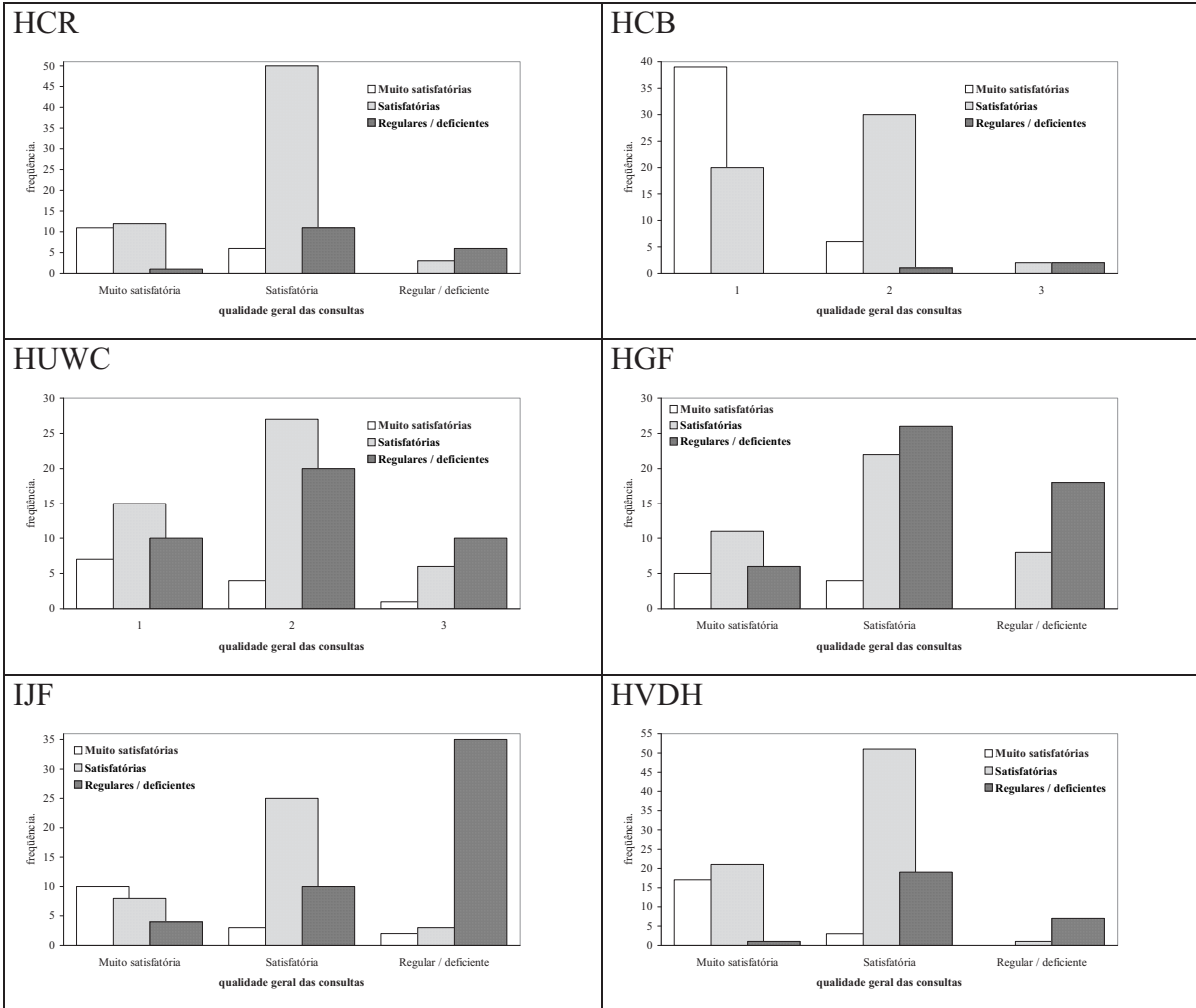
Hospital	Calidad general de las visitas	Calidad de las informaciones del médico sobre la enfermedad				Total
		Muy completa	Completa	Incompleta	Ninguna	
HCR (p=0,032)	Muy satisfactorias	8	9	-	-	17
	Satisfactorias	11	48	5	1	65
	Regulares/deficientes	4	9	4	1	18
	Total	23	66	9	2	100
HCB (p=0,000)	Muy satisfactorias	32	12	1	-	45
	Satisfactorias	8	41	3	-	52
	Regulares/deficientes	-	2	-	1	3
	Total	40	55	4	1	100
HVDH (p=0,004)	Muy satisfactorias	10	9	1	-	20
	Satisfactorias	19	47	7	-	73
	Regulares/deficientes	5	13	9	-	27
	Total	34	69	17	-	120
HUWC (p=0,000)	Muy satisfactorias	1	7	2	2	12
	Satisfactorias	9	29	5	5	48
	Regulares/deficientes	6	7	19	8	40
	Total	16	43	26	15	100
HGF (p=0,389)	Muy satisfactorias	4	5	-	-	9
	Satisfactorias	15	16	10	-	41
	Regulares/deficientes	13	19	17	1	50
	Total	32	40	27	1	100
IJF (p=0,239)	Muy satisfactorias	1	9	4	1	15
	Satisfactorias	5	18	8	5	36
	Regulares/deficientes	2	19	14	14	49
	Total	8	46	26	20	100



b) Calidad general del atendimento del médico x Calidad general de las visitas x Hospital

Todos los hospitales presentan relación de dependencia en las respuestas, siendo en el HUWC esa dependencia más pequeña. Esa relación indica una asociación positiva en las respuestas: respuestas “satisfactorias” en una cuestión están asociadas (en porcentuales mayores) a las respuestas “satisfactorias” de la otra cuestión y respuestas negativas de una cuestión están asociadas (en porcentuales mayores) a las respuestas negativas de la otra cuestión.

Hospital	Calidad general de las visitas	Calidad general del atendimento			Total
		Muy satisfactoria	Satisfactoria	Regular / deficiente	
HCR (p=0,000)	Muy satisfactorias	11	6	-	17
	Satisfactorias	12	50	3	65
	Regulares/deficientes	1	11	6	18
	Total	24	67	9	100
HCB (p=0,000)	Muy satisfactorias	39	6	-	45
	Satisfactorias	20	30	2	52
	Regulares/deficientes	-	1	2	3
	Total	59	37	4	100
HVDH (p=0,000)	Muy satisfactorias	17	3	-	20
	Satisfactorias	21	51	1	73
	Regulares/deficientes	1	19	7	27
	Total	39	73	8	120
HUWC (p=0,145)	Muy satisfactorias	7	4	1	12
	Satisfactorias	15	27	6	48
	Regulares/deficientes	10	20	10	40
	Total	32	51	17	100
HGF (p=0,015)	Muy satisfactorias	5	4	-	9
	Satisfactorias	11	22	8	41
	Regulares/deficientes	6	26	18	50
	Total	22	52	26	100
IJF (p=0,000)	Muy satisfactorias	10	3	2	15
	Satisfactorias	8	25	3	36
	Regulares/deficientes	4	10	35	49
	Total	22	38	40	100



**CAPÍTULO 11: CONCLUSIONES, IMPLICACIONES,
LIMITACIONES Y LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN FUTURAS**

CAPÍTULO 11: CONCLUSIONES, IMPLICACIONES, LIMITACIONES Y LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN FUTURAS

En el presente capítulo presentamos las conclusiones más relevantes que se infieren de nuestra investigación, como también las principales limitaciones e implicaciones de la misma, proponiendo, finalmente, algunas recomendaciones para futuras investigaciones que vengan a ser realizadas en esta área estudiada. Las conclusiones que se presentan corresponden al examen teórico como a los resultados empíricos.

11.1. CONCLUSIONES

La tesis fue estructurada en once capítulos, incluyendo este, los cuales siete se refieren a una revisión teórica relevante en la literatura de los servicios sanitarios; los recursos humanos hospitalarios; la gestión hospitalaria; la gestión de la calidad y el marketing en los hospitales; y el sistema de información hospitalaria, formando un grande apartado para la comprensión del enfoque de gestión de calidad y del marketing en los hospitales. El otro gran apartado se alude al estudio empírico donde se ha pretendido examinar las opiniones de los usuarios de los hospitales de Fortaleza y de Barcelona a respecto de la atención y el ambiente del hospital a través de aplicaciones de los cuestionarios. Los jefes de calidad de los hospitales investigados fueron entrevistados.

11.1.1. Conclusiones de la revisión teórica y formulación de un enfoque de la gestión de calidad y del marketing en los servicios hospitalarios

En nuestra investigación se buscó hacer una revisión de la literatura que el campo de estudio no sólo de los hospitales como también de los servicios sanitarios para que hubiera un entendimiento mayor, más general de la situación actual. Posteriormente se hizo una revisión literaria del marketing y de la calidad, primero con relación a la gestión en general y después en el foco del trabajo, que son los hospitales. Cabe decir que hay un cuerpo teórico importante en la área de la gestión de calidad, de los recursos humano y del marketing, por otro lado hubo una cierta dificultad en la área específica que trata este trabajo. Por ser todavía

reciente la gestión hospitalaria, las aplicaciones - en las dos ciudades - de la gestión de calidad y del marketing no obstante son incipientes, el marketing más.

Durante la tesis hemos visto, en especial en el capítulo 1, que tanto el Sistema Sanitario español como el brasileño sufrieron reformas con el objetivo de mejorar el bienestar de la comunidad, cada país con sus distintas influencias. España con influencia de la Reforma Sanitaria del Reino Unido y Brasil con la Reforma del Sistema de Salud de Italia. Actualmente la palabra es universalizar este sistema sanitario adaptándose a su realidad. El objetivo continúa siendo el bienestar y consecuentemente la salud del usuario del sistema de salud. Se observó que Brasil, principalmente la ciudad de Fortaleza, sufre una cierta influencia del sistema sanitario catalán, incluso con citas realizadas entre los dos gobiernos en el ámbito municipal en el año de 1999 en Cataluña. Muchas cosas, consecuencia del diálogo, se adaptaron del servicio sanitario catalán, como el carné de salud, las visitas programadas y el médico de cabecera. En Cataluña el sistema está funcionando mejor que Ceará, por ser esta una ciudad más pobre y también por el poco tiempo de implantación del modelo. En términos de Estado de Ceará las microregiones (capítulo 1) están cada vez más consolidándose dentro de su realidad y puede ser un ejemplo a ser seguido.

Con relación a la gestión hospitalaria, por ser algo reciente, todavía hay mucho a ser realizado. Pero ya existe una tendencia para modernizar esta gestión como los procesos, la reingeniería, a pesar que algunos hospitales continúan gestionando de la misma manera que hace 30 años. Una de las dificultades con relación al Sistema Público son las tendencias del futuro: el gran porcentaje de personas mayores en España, como también en Brasil, el último con un porcentaje bastante inferior. Se observó en las encuestas que en los hospitales trabajados en Barcelona hay muchas personas mayores visitándose que en Fortaleza. Otras tendencias serían las económicas, tecnológicas, que existe sin sombra de dudas un enorme abismo entre los dos países. Las colas, el tiempo de espera, serían la latente preocupación existente entre los dos escenarios. Hay una tendencia a domiciliarse cada vez más el atendimento, en Cataluña ya existe este servicio, pero en Ceará se está implantando todavía en los pueblos a través del PSF (Programa de Salud de la Familia). En las encuestas se observó que la demanda es demasiada, principalmente en Fortaleza, con las personas llegando a las 4:00 h de la mañana para coger un sitio y poder visitarse en el mismo día a veces en otra fecha. Como fue dicho, este problema de la demanda se agrava pues la población está viviendo más y recorriendo más a los hospitales.

Podemos decir que una de las principales preocupaciones en términos de gestión sería la autonomía, o sea, la flexibilización y la 'limpieza' de las estructuras y principalmente en

Brasil, el poder de resolución por parte de los gestores de hospitales públicos sin el exceso de burocracia. Que retarda o impide soluciones. Otra tendencia sería la pacería con hospitales de otras instituciones de salud, clínicas de atendimento domiciliar, con el objetivo de racionalizar el uso de recursos y economía de escala. Esto ya es realizado en Cataluña a través del Consorci Sanitari. La palabra es generalizar, o sea, tornar los hospitales generalistas, por eso la necesidad de pacerías, pues como las innovaciones en la área médica son en gran cantidad, no hay la posibilidad de dominarse todo. La informatización (sistema de información) es importante para el conocimiento total de los usuarios. Los hospitales investigados en Cataluña ya lo hacen, en Ceará hace algunos años que se empezó a hacerlo, más recientemente en Fortaleza con la implantación del carné de salud.

Debida su gran importancia, se reservó un capítulo para los recursos humanos. Se nota que actualmente hay una alta tasa de absentismo y rotación de los profesionales de salud en Brasil, esto se debe a la selección de trabajadores con perfiles inadecuados a este tan complejo trabajo. La piedra angular en los recursos humanos será el desarrollo y el entrenamiento, como también la formación continuada, fundamental para el éxito y progreso de los programas y servicios hospitalarios como la aplicabilidad del marketing y de la calidad.

En la gran mayoría de las entrevistas realizadas con dirigentes de los hospitales, se nota una verdadera preocupación con la aplicación del programa de calidad, incluso en Fortaleza, con el *Hospital Geral de Fortaleza* – HGF que ya posee dicho programa bien avanzado, el cual hace una comunicación bastante razonable con los funcionarios. En Barcelona el factor calidad ya está más desarrollado, incluso con servicio de atención a los pacientes. No se percibe es un programa específico de marketing, fundamental para que se atienda mejor los usuarios, puede que sea por la falta de conocimiento exacto de su concepto, justificando el motivo de haber un capítulo de la tesis para el marketing hospitalario. La evolución del concepto de marketing desde que surgió hacia los días de hoy se percibe a través de su enfoque. Actualmente el marketing no sólo tiene una preocupación en satisfacer las necesidades y los deseos de los consumidores, como también al bienestar de la sociedad con el concepto de marketing societario. Por error las personas mezclan el concepto de marketing con vendas y propaganda, colocando como una cosa malévola que sólo piensa en lucros. Creemos que es algo maniqueísta, o es bueno o es malo, claro que hay las dos cosas en cualquiera profesión, y en el marketing no va a ser diferente. La responsabilidad social y la ética en el marketing tienen ganado fuerza a través del consumerismo, de los consumidores inteligentes. Cuando se habla de responsabilidad social está refiriéndose también a la relación

médico-paciente, a la humanización de esta comunicación dentro de la “empresa” hospital, fundamental tanto para los usuarios como para los funcionarios.

Dentro del contexto teórico que hemos visto en esta tesis se siente la necesidad de una visión más holística, de una sinergia en la estructura administrativa hospitalaria con el único objetivo de mejor atender a estos usuarios. El mundo pide eso, una universalización del atendimento, de los derechos, pero siempre pensando que un individuo es diferente de cada uno, contándose siempre, a pesar de toda la globalización impuesta, que todo sigue igualmente diferente.

Cabe poner algunas sugerencias para mejora de la gestión hospitalaria simplificada por áreas:

● Organización y Gestión Hospitalarias:

- estructuras más flexibles;
- aplanamiento del organigrama;
- organización por procesos;
- descentralización de la toma de decisiones (principalmente en Brasil con sus decisiones políticas);
- orientación al cliente (utilizando el concepto moderno de marketing);
- mejora de los sistemas de información hospitalarios (Sistemas de clasificación de pacientes, rotación de clientes, grado de ocupación de camas, etc.).

● Recursos Humanos:

- formación continua;
- políticas de incentivos y de promoción de la carrera profesional;
- introducción de los valores de cambio e innovación;
- introducción del concepto de eficiencia;
- involucración del cuerpo médico en la toma de decisiones relacionadas con el gasto hospitalario;
- mejora de la comunicación con el cliente interno y externo.

● Mercado y Entorno Sanitario:

- fomento de la presión competitiva entre hospitales;
- generalización de los hospitales;
- organizar sistemas integrados de salud entre hospitales (consorcios, integración vertical/horizontal, alianzas estratégicas,...);
- otorgar mayor autonomía entre hospitales;
- evaluación continua de las necesidades y satisfacción del cliente.

11.1.2. Conclusiones del estudio empírico

Las conclusiones del trabajo empírico se estructuran en tres apartados, el primero se refiere a la descripción de cada hospital estudiado; el segundo entrevistas con los responsables por el sector de calidad de los hospitales; y el tercer y último la análisis de las respuestas obtenidas a través de los cuestionarios aplicados en cada hospital y su comparación.

Conclusiones relativas a la descripción de los hospitales investigados. Con un total de seis hospitales, siendo que tres ubicados en la ciudad de Barcelona y los otros tres en la ciudad de Fortaleza. Fueron elegidos los tres más grandes (en número de camas) hospitales de la ciudad brasileña. A pesar de Fortaleza tiene casi la misma población que Barcelona, no hay una infraestructura igual, son realidades diferentes. Se nota por el tamaño de los hospitales, que aunque sean los más grandes de la ciudad brasileña, son inferiores con relación al de la ciudad catalán. Cuando se observa los números de consultas externas/año, los números no son tan dispares, con excepción del HVDH, que es el hospital más grande (en número de camas) del estudio por parte de la ciudad de Barcelona, no existiendo similar en Fortaleza¹ En términos de número de camas. Pues, a pesar del número de camas y de los funcionarios (médicos y enfermeros) sean inferiores en Fortaleza, se nota un gran número de consultas. Eso se suponía en concluirse que la calidad de la atención junto al paciente sería baja y que estaría reflejado en las respuestas de los usuarios en las encuestas.

Cabe decir que la realidad con relación a la estructura de los hospitales, como la sala de espera, la manera de obtener una consulta y el trato dado a los usuarios son distintos en las dos ciudades estudiadas, eso se pudo sentir a través de observación durante las visitas realizadas en los hospitales. Es diferente no solamente en las instalaciones, como caderas más o menos adecuadas, magazines disponibles, como también en el aspecto de la limpieza. En

¹ Se buscó un hospital también universitario como el HVDH, y el elegido en Fortaleza fue el Hospital Universitario Walter Cantídio (HUWC).

Fortaleza, por haber una cantidad más grande de pacientes visitándose, por pasarse más tiempo en la cola y por cuenta de una cantidad más pequeña de funcionarios disponibles se nota un ambiente no muy limpio y los muebles desgastados, inadecuados, no ayudando en el pasar de tiempo que se tiene en los hospitales brasileños. La relación humanizada en los hospitales de Fortaleza todavía es incipiente, las personas responsables hablan de esto pero no se ve en la realidad.

Se observa también que los hospitales de Fortaleza son más jóvenes que los hospitales de Barcelona, en principio se puede decir que hay un tiempo mayor para estructuración y para gestionar, pero no se trata solamente de esto, no se puede analizar por apenas un lado, hay toda una conjetura de cosas.

La accesibilidad fue algo de fundamental importancia para la ejecución del trabajo. En la mayoría hubo ese acceso necesario para la investigación, en otros no fue posible contactar con los jefes responsables por el sector de calidad de los hospitales dificultando un análisis mejor de la situación y de la aplicación de la calidad en el hospital, que es uno de los objetivos de la tesis.

A través del análisis de los históricos de los hospitales y de visitas realizadas, se pudo sacar estas conclusiones que fueron importantes para el desarrollo de la investigación. Se conociendo mejor a los hospitales, su estructura organizativa, sus instalaciones facilitó una visión más general de lo que se pretendía.

Conclusiones relativas a las entrevistas con los responsables por el sector de calidad de los hospitales. Se diseñó un guión de entrevista con preguntas abiertas relacionadas a la gestión de la calidad en el hospital, el cual era entregado a los entrevistados personalmente o a través de *e-mail*, que después eran devueltos a la autora de la tesis. Todos los entrevistados tenían alguna relación con el sector de calidad del hospital. Ni todos realizaron la entrevista, por falta de tiempo o por falta de interés. Fueron realizadas entrevistas con los siguientes hospitales: HGF y HUWC, en Fortaleza; HCR y HCB, en Barcelona. El guión tuvo una preocupación con el concepto que se tiene con relación a la calidad; cual su importancia; como se transmite eso para los empleados; cuales las dificultades y los resultados; cual la relación entre la estructura organizacional y la aplicabilidad de la calidad.

A través de las respuestas de las entrevistas realizadas se pudo tener una idea sobre la importancia dada a la gestión de calidad por parte de los hospitales. Se nota que los hospitales HGF y HCR tienen claro la preocupación tanto con los clientes externos como con los clientes internos. Cuando se pide para hablar sobre las dificultades se apunta a la centralización y la falta de credibilidad por parte de los profesionales en el proceso de

implantación de la gestión de calidad. El HUWC, que en la época de la entrevista todavía estaba implantando el proceso de calidad, apunta la dificultad de comprensión por parte de los médicos que ven como una tarea a más a ser realizada. En todos los hospitales entrevistados se pone que las necesidades y expectativas de los clientes externos son conocidas a través de encuestas, reclamaciones/sugerencias, exceptuando el HCB que trabaja con “focus group”. El HGF posee una oidoría y en el HCR ya existe un servicio de atención al usuario (cliente externo).

Conclusiones relativas a la análisis de las respuestas obtenidas a través de los cuestionarios aplicados en cada hospital y su comparación. Se diseñó un cuestionario estructurado con veinte preguntas cerradas y fueron divididos en siete partes: la primera sobre la concertación de la visita; la segunda sobre la atención de la enfermera; la tercera sobre la puntualidad en la atención; la cuarta sobre la acomodación en la sala de espera, la parte cinco sobre la actuación del médico; otra parte sobre el perfil del usuario (sexo, edad, estudios, ocupación); y finaliza con una última parte sobre la valoración global de las visitas. Cabe destacar algunas variables y hacer una correlación con la aplicabilidad de la gestión de la calidad notados en las entrevistas realizadas en los hospitales junto a los jefes del sector en cuestión.

Observando los análisis y resultados (capítulo 10), se nota que los hospitales de Barcelona son mejores evaluados que los hospitales de Fortaleza, como ya era esperado por la autora. Tanto en el trato recibido por la persona que atendió, la hora prevista de la visita, como la comprensión de la explicación del médico, a pesar de la mayoría de los entrevistados en los dos países* ser analfabeto o tener hasta los primarios. Cabe decir que los usuarios de Barcelona tienen en su gran mayoría, una edad de más de setenta años y los estudios hasta los primarios•. Se puede decir también que percibirse que los hospitales, que ya aplicaban en la época la gestión de calidad, son mejores evaluados tanto en Fortaleza como en Barcelona.

El que más se destaca es el tiempo de espera en la cola y las observaciones dichas durante la aplicación de los cuestionarios. Hay una diferencia muy grande entre los hospitales de las dos ciudades cuando se observa el quesito de espera de más de dos horas. La espera de hasta media hora es considerada “normal” por los usuarios (comentado durante la aplicación de los cuestionarios), y aparecen los hospitales HCR y HCB los más apuntados en este quesito. Se percibe un abismo cultural entre los dos países, cultura esta fundamental para la comprensión del que ocurre con relación a los derechos que poseen como ciudadanos

* excepto el HCB de Barcelona que la mayoría tiene el bacharelato/BUP/FP.

• por cuenta de la guerra civil española

brasileños. Muchas veces las personas no querían contestar por vergüenza, miedo, prisa, por dolor o porque no les interesaba. Se notó que las respuestas de los usuarios brasileños a los cuestionarios se complementaban con las observaciones (frases) realizadas durante la encuesta, que están comentadas en el capítulo 10, como también se puede ver en los anexos de la tesis. A veces se contradecían o se percibía esta falta de información con relación a sus derechos, causando muchas veces un agobio en la autora que no podía interferir o mismo comentar las respuestas de ellos. Una vez más los hospitales que dan importancia a la calidad son mejores evaluados (HGF, HCB y HCR).

La actuación del médico en general es satisfactoria, sobresaliéndose el HCR[#] seguido del HVDH y el que ha ganado más respuestas de muy satisfactorio fue el HCB seguido también por el HVDH.

La calidad general de las visitas fue en su gran mayoría satisfactoria, siendo el HCR lo mejor valorado seguido del HVDH, no obstante en el quesito muy satisfactorio quien viene delante es HC seguido del HCR.

11.2. IMPLICACIONES ACADÉMICAS Y PRÁCTICAS

El trabajo de investigación que hemos realizado tiene una serie de implicaciones, tanto académicas como prácticas, para la gestión hospitalaria.

Desde un *punto de vista académico* ha permitido:

- Realizar una integración de la incipiente literatura en marketing hospitalario, como también la gestión hospitalaria en los servicios públicos, aclarando términos y descifrando las ventajas y las barreras a las que se enfrentan los clientes y las empresas que deciden experimentar esta alternativa de gestión.
- Realizar un perfil idiosincrático de la relación paciente-médico a efectos de concretar los factores determinantes de la relación más humana.
- Efectuar un análisis comparativo de la gestión de la calidad en las empresas en general y examinar su aplicación en el sector hospitalario público.
- Analizar el grado de aplicación del Programa de la Calidad tradicional en el contexto sanitario público y qué cambios introduce el nuevo escenario y los nuevos métodos de estudios.

[#] muchos usuarios hicieron comparaciones de la atención dada en la consulta externa y la urgencia.

- Examinar el grado de validez de la aplicación de la gestión de la calidad en la medición de la satisfacción del cliente en las consultas externas de los hospitales públicos.

Desde en *punto de vista práctico*, las conclusiones de esta investigación constituyen un punto de referencia que sirve de orientación a los hospitales que pretenden dar un nuevo enfoque a su gestión a la luz del marketing y de la calidad o que ya están ejerciéndolas. Aporta una nota significativa que la relación médico-paciente más humanizada, tratando a cada usuario como una persona distinta y no como uno a más entre los varios que se visitan. La investigación revela que hay, por lo menos en la mayoría de los hospitales investigados, esa preocupación con la humanización del tratamiento como forma de satisfacer las necesidades y expectativas de sus clientes externos. Por otro lado, existe una preocupación en repasar a los clientes internos nuevos conocimientos para mejorar la gestión y la calidad de vida; como también aprender a lidiar con los problemas de forma racional; y tener una mayor abertura a los cambios y al nuevo. De esta forma, se erige como un factor clave importante de responsabilidad social.

Para finalizar sería importante decir que este estudio fue fundamental para que se tenga una idea del escenario en dos diferentes países, atin角度 el objetivo propuesto en este trabajo.

11.3. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

La presente investigación adolece de una serie de limitaciones que, si bien no desvirtúa los resultados, deben ser tomados en cuenta a efectos de interpretar su lectura. Los aspectos considerados se centran en la adaptación de los cuestionarios, el nivel de escolaridad de la base muestral, posibilidad de extrapolar los datos.

Adaptación de los cuestionarios. Por tratarse de dos países diferentes, con distintas culturas, las personas reaccionan de formas diversas. Fue realizado un pré-teste del cuestionario en Barcelona y no hubo problemas con relación a la estructura de las preguntas. Como se había establecido que sería un estudio comparativo se utilizó el mismo cuestionario para Fortaleza. Se observó que en la ciudad brasileña hubo una cierta (en algunas ocasiones una gran) dificultad para entenderse las preguntas realizadas, por cuenta del bajo nivel de escolaridad que se puede observar en los resultados. Se cree que una adaptación (que fue

realizada durante las encuestas), sería necesaria para una mayor claridad por parte de los entrevistados.

Escolaridad de la base muestral. En Brasil, el bajo nivel de los entrevistados ha dificultado la comprensión de las preguntas por parte de los usuarios. Había un miedo vergüenza para contestar, como también la comprensión de sus derechos. Por eso la importancia del análisis de los comentarios realizados extra cuestionario.

Posibilidad de extrapolar los datos. Una última restricción se centra en la dificultad de extrapolar los datos a otros tipos de clientes. Sería interesante estudiar otros usuarios como los ingresados (clientes externos), para analizar diferencias en las valoraciones. Se debe registrar que también sería válido conocer las opiniones de los profesionales de salud (clientes internos) de estos hospitales para que se pudiera comprender o quizá hacer un trazado del que ocurre en las insatisfacciones de los usuarios y las insatisfacciones laborales, caso exista, de los funcionarios del mismo hospital.

11.4. LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN FUTURAS

Si bien los objetivos de la investigación pretenden abarcar aspectos diversos, sólo se ha pretendido contribuir a añadir camino a una área aún en incipiente exploración. Si en la gestión de las empresas que visan lucro queda aún cuestiones pendientes a resolver en materia de calidad y del marketing en ambos países, el mercado sanitario público se muestra inmaduro y que todavía hay que aprender mucho. Al respecto han sido bastantes las cuestiones interesantes a abordar pero que, tras un proceso de revisión, fueron descartadas para ser retomadas en futuras investigaciones. El análisis comparativo de hospitales públicos en dos países a la luz del marketing y de la calidad con términos de lo que permanece y lo que necesita ser modificado, genera bastante oportunidades en el avance teórico y empírico. En este punto, una vez concluida la presente tesis doctoral, se considera necesario tratar las siguientes cuestiones:

El Marketing Societario. El concepto del marketing debe ser revisado y repuesto, dentro de los siguientes propósitos: el concepto humano, el concepto de consumo inteligente y el concepto del imperativo ecológico. Todos estos propósitos comentan diferentes aspectos del mismo problema, o sea, coloca en el concepto del marketing el aspecto societario, pues en el concepto del marketing societario sustenta que la organización debe identificar las necesidades, deseos y preferencias del mercado, y entonces proporcionar a los clientes un

valor superior de forma a mantener o mejorar el bienestar del consumidor y de la sociedad. Desde este punto de vista el papel del marketing es identificar las necesidades no satisfechas de forma a colocar en el mercado productos o servicios que al mismo tiempo, proporcionen satisfacción a los consumidores, generen resultados auspiciosos a los accionistas y ayuden a mejorar a la calidad de vida de las personas y de la comunidad en general. Este actual concepto cuestiona si el tradicional está adecuado a una época con problemas ambientales, escasez de recursos naturales, rápido crecimiento poblacional, problemas económicos en el todo el mundo y servicios sociales negligentes. El concepto tradicional, segundo el marketing societario, no percibe los posibles conflictos entre los deseos a corto plazo del consumidor y su bienestar a largo plazo. En el concepto del marketing societario se exige que los profesionales de marketing equilibren 03 (tres) factores al definieren su política de mercado, como: los lucros de la empresa, los deseos del consumidor, y las preferencias de la sociedad.

Los desafíos del marketing en el Siglo XXI son, entre otros, los cambios de valores y orientaciones del cliente, la estagnación de la economía, el declino ambiental, el aumento de la competencia global y una serie de otros problemas económicos, políticos e sociales. Las principales tendencias y fuerzas que están cambiando el escenario del marketing y desafiando sus estrategias son: el crecimiento del marketing sin fines lucrativos, la rápida globalización, la economía mundial en mutación (empobrecimiento) y el llamamiento para acciones de mayor responsabilidad social.

La responsabilidad social. Como fue dicho anteriormente, la responsabilidad social es una fuerte tendencia para el nuevo concepto del marketing. En el servicio hospitalario no es diferente. Cuando se habla en responsabilidad social, se incluye la responsabilidad con los derechos de los pacientes, la relación (médicos, enfermeros, etc.) más humanizada con los usuarios, la preocupación con los clientes internos (los funcionarios). O sea, una participación más efectiva del hospital junto a la comunidad, que es perfectamente posible de ser realizado en los hospitales públicos.

Acreditación hospitalaria. La acreditación representa un control de calidad externo a la institución sanitaria que garantiza al financiador que utiliza los servicios de una institución que reúne unos estándares mínimos de calidad. Vale resaltar que surgió en países donde estaban diferenciadas las funciones de provisión y las de financiación de los sistemas sanitarios. En los países en que el proveedor y el financiador son una misma institución pública no existe un incentivo para una valoración externa, donde la propia institución controla directamente la calidad de los servicios que ofrecen sus propias instituciones. Al carecer de controles externos de calidad puede desarrollar una serie de prácticas con

resultados de largas listas de espera y poca atención a las demandas del usuario. Cabe decir que la acreditación no es la salvación para esos hospitales públicos, hay todo un contexto, una realidad en cada país, pueda ayudar a mejorar la calidad de los servicios, pero no se debe ser visto como un milagro.

Los hospitales privados x públicos. Sería importante la aplicación de los mismos cuestionarios realizados en los hospitales públicos en los hospitales privados, a título de comparación en términos de satisfacción por parte de los usuarios, como también realización de entrevistas con los responsables, caso exista, del sector de calidad.

Para finalizar cabe decir que sería importante realizar más otros cuestionarios y compararlos con realizados en este trabajo para que se pudiera observar si hubo algo de cambio en las respuestas ya que los dos países se encuentran en otro escenario político y económico, en Brasil con la elección del Presidente Luis Inácio Lula da Silva, del Partido de los Trabajadores, y España con el cambio de la moneda peseta para el euro y la elección del Presidente José Luis Rodríguez Zapatero, del PSOE. Los dos partidos de izquierda.

BIBLIOGRAFÍA

BIBLIOGRAFÍA:

- ALBIZU, E. (1997). Flexibilidad Laboral y los Recursos Humanos. Barcelona: Anil Sociedad Económica.
- ALENDE MACEIRA, M^a X.. (1997). Situación y Expectativas de los Profesionales del Sector Sanitario. Revista de Administración Sanitaria, n^o 4, vol. I, oct/dez.
- ALVAREZ, H. P. (1995). Mercadotecnia en Salud : aspectos básicos y operativos. México: Universidad Juarez Autonoma de Tabasco.
- AMAT, ORIOL (1993). Costes de calidad y no calidad. Barcelona: Ediciones Gestión 2000.
- AMERICAN HOSPITAL ASSOCIATION. (1977). *The Hospital admitting department*. Chicago.
- ANDRADE, L. O. M.; Pontes, R. J. S. & Martins Júnior, T. (2000). *A descentralização no marco da reforma sanitária no Brasil*. Revista Panamericana de Salud Pública – Pan American Journal of Public Health, julio/agosto, vol. 8, n^o 1/2.
- ANDERSEN, Arthur. (1995) .La Calidad en España. Cinco Días. Vol 1 a 9. Madrid.
- ANDERSEN, Arthur. (1997). La Sanidad Española. Gaceta de los Negocios. Madrid.
- ANDERSEN, Arthur. (1997). Los Nuevos Retos del Sector Público ante la Unión Monetaria Europea. Los Problemas de la Sanidad. Cinco Días. Madrid.
- ANDREU, R. & VALOR, J. (1991). Estrategia y Sistemas de Información. McGraw Hill.
- ANDREW, B. (1992). Crisis. Madrid: Díaz de Santos.
- APARICIO CHUECA, María del Pilar. (2002). Descentralización y Diseño Organizativo de los Hospitales Catalanes de la “Xarxa Hospitalaria d’Utilizació Pública”. Propuesta de un índice de medición de descentralización global. Tesis Doctoral dirigida por Dr. Xavier M^a Triadó Ivern del Departamento de Economía y Organización de Empresas de la Universidad de Barcelona.
- ARGIMÓN PALLÁS, J. M. & JIMENEZ VILLA, J. (1993). Métodos de Investigación : aplicados a la atención primaria de salud. Barcelona: Ediciones Mosby/Doyma libros..
- ASENJO, M. A. ; Bohigas, LL.; Trilla, A. & Prat, A. (1998). Gestión Diaria del Hospital. Barcelona: Masson.

- BADERMAN, H.; Corless, C.H. y Fairey, M.. (1973). *Admission of patients of hospital*. Londres: King Edward's Hospital Fund.
- BARREDA MARTINEZ, R. (1995). Aprendizaje. La función de Educación en la Empresa Moderna. Madrid: CONORG.
- BENGOA, R.. Los Primeros Pasos para una Reforma Sanitaria: incorporar a los profesionales de la salud. Boletín de Estudios Económicos, vol. LI, nº159, diciembre de 1996, p. 517-529.
- BERGAMINI, C. W. & Coda, R. (1992). *Psicodinâmica da vida organizacional: motivação e liderança*. São Paulo/Brasil : Pionera Editora.
- BERNILLON, A. & Cérutti, O. (1993). *Implantar y Gestionar la Calidad Total*. Barcelona: Ediciones Gestión 2000, S.A.
- BERRY, L.; Parasuraman, A. y Zeithalm, L.. (1993). *Calidad Total en la Gestión de Servicios*. Madrid: Díaz de Santos.
- BOIX, J.H. Et al. (1995). Análisis de opinión de los usuarios sobre la asistencia prestada en las consultas externas de un hospital y su centro de especialidades: componentes y diferenciais. Revista Gestión Hospitalaria, nº 4, p.32-38.
- BONACHE, J. (1999). El estudio de casos como estrategia de construcción teórica: características, críticas y defensas. Cuadernos de Economía y Dirección de la Empresa, vol. 3, enero-junio. Madrid: civitas.
- BONOMA, T. V. (1985). *Case Research in Marketing: opportunities, problems, and process*. Journal of Marketing Research, Vol. XXII, Mayo.
- BROOK, R.H. & Avery, D.A.. (1976). *Quality of Medical Care Assessment using Outcome Measures: executive summary*. Santa Mónica, Rand.
- BRESSAN, F. (2000). *O Método do estudo de Caso*. Vol. 1, Nº 1. Administração On Line. Fundação Escola de Comércio Álvares Penteado –FECAP.
- CÁMARA, DIONISIO. (1996). Aplicación del marketing al diseño de un sistema de calidad total en servicios sanitarios. Boletín de Estudios Económicos, nº 159, diciembre, p. 473-488.
- CARLZON, J. (1990). *A hora da verdade*. Brasil: Cop Editora Ltda.
- CASTILLO, J. C. (1968). La sociedad de Consumo: consideraciones sobre la racionalidad y libertad del consumidor español. Escuela de Organización Industrial.

- CASTRO, A. A. (2001). *Planejamento da Pesquisa*. São Paulo: AAC.
- CHACON, I. S. ; Chanes, G. ; Fernandez, A.. (1997). *Calidad en los Hospitales*. Trabajo presenta en el curso de doctorado de la Universidad de Barcelona.
- CHIAS, J. (1990). *El Mercado Son Personas : el marketing en las empresas de servicios*. Madrid : Mcgraw - Hill .
- CHRISTOFFEL & Loewenthal. (1977). *Evaluating the Quality of Ambulatory Health Care: a review of emerging methods*. Medical Care.
- COBRA, M.. (1997). *Marketing básico*. Brasil: Editora Atlas.
- COILE, R.C. (1986). *The new hospital. Future strategies for a cahncing industry*. Maryland: Aspen Publishes.
- CONNELLA, J.; Hornbrook, M.. & Louis, D. (1984). *Standig of disease: A case mix measurement*. Jama, nº251, p.637-640.
- CONSEJO DE EUROPA. (1977). Resolución 77 de 21 de febrero. Organización y Estructura Interna de los Hospitales.
- CORRÊA, A. K. et al. (2000). *A reforma do setor da saúde e as transformações da prática da enfermagem em hospitais filantrópicos no município de Ribeirão Preto (SP), Brasil*. Revista Panamericana de Salud Pública – Pan American Journal of Public Health, septiembre, vol. 8, nº 3.
- COSIALLS, D. & PENELLA, J.. (1995). Sistema de Información Hospitalaria: subsistema clínico. *Todo Hospital*, nº2, p. 36-40.
- COSTA NETO, M. M. da.. (2000). *A Implantação da Unidade de Saúde da Família*. Brasília: Ministério da Saúde; Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica,.
- CUERVO, J. I. ; VARELA, J. ; BELENES, R.,(1994). *Gestión de Hospitales : nuevos instrumentos y tendencias*. Barcelona: Vicens Vives.
- CUERVO, J.. (1996a). *Preparant el Futur: una nova organització per els hospitals Vall d'Hebrón*. *Salut Sanitaria*, vol. 10, nº 2, p. 58-66.
- CUERVO, J.I.. (1996b). *Hospital y cambios organizativos. Un equilibrio entre descentralización de la gestión, participación de los profesionales y costes asistenciales*. *Todo Hospital*, Barcelona, nº 125, abril, p. 45-48.

- CUNHA, J. P. P. & Cunha, R. E.. (1988). *Sistema Único de Saúde: princípios*. Cadernos de Saúde. Belo Horizonte: Cooperativa Editora e de Cultura Médica Ltda., p. 12-26.
- DAFT, R.L.(1983). *Organización, Theory and Design*. Second edition. West Publishing Company.
- DE GOOJIER, Winfried. (1995).¿De dónde venimos?, ¿A dónde vamos?, ¿Qué tenemos?, ¿Qué necesitamos?. Revista Gestión Hospitalaria, nº3.
- DE KELETY, A.. (1991). La evolución de la organización sanitaria y sus repercusiones en los procesos de formación de mandos intermedios. Todo hospital, Barcelona, marzo 1991.
- DEAKING, N. & Wright, A. (1990). *Consuming Public Services. Health* - Christine Hogg - cap. 7. England.
- DEVER, J.. (1976). *An Epidemiological Model for Health Analysis*. Nº 2, p. 465.
- DÍAZ, J.A.; Varo, J. y Rubinis, C.. (1995). La Organización para la Calidad en el Medio Hospitalario. Todo Hospital, nº 77, p. 11-15.
- DONABEDIAN, A. (1991). La Calidad de la Atención Médica : definición y métodos de evaluación. México: Ediciones Científicas.
- DONABEDIAN, A. (1980). *The definition of Quality and Approach to its Assessment*. Oxford.
- DOUCHY, J.M. (1986). *Vers le Zero defect dans l'entreprise*. París: Bordas.
- DRUCKER, P. (1993a). La Sociedad Procapitalista. Apóstrofe.
- DRUCKER, P. (1993b). Administración para el Futuro. Parramón Editores.
- DRUCKER, P.. (1973). *Management Tasks, Responsibilities, Practices*. Nueva York: Harper Row.
- ECHÁNIZ, A. (1995). La Sanidad Española: realidades y perspectivas. Gaceta de los Negocios. Jornadas de 6 y 7 de noviembre de 1995.
- INE - Instituto Nacional de Estadística. (1993). Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado. Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid.
- ERNST YOUNG CONSULTORES. (1997). Tendencias Estratégicas y Herramientas de Gestión Sanitaria. Madrid.
- ERNST YOUNG CONSULTORES. (1997). Los Nuevos Retos del Sector Público ante la Unión Monetaria Europea. Madrid.

- ERRASTI, F.. (1997). Principios de Gestión Sanitaria. Madrid: Díaz de Santos.
- ESPERALBA, J. & BORRÀS, P.. (1996). Anàlisi del paper dels sistemes d'informació en la gestió hospitalaria. Fulls Econòmics, nº 27, enero, p. 25.
- FERNANDEZ CAVEDA, A.. (1997). Manual del Director de Recursos Humanos. Bilbao: Editorial CISS, S. A..
- FESSEL, W.J. & Van Brunt, E.E.. (1985). *Assessing Quality of Care of Marketing*. Nº 49, p. 41-45.
- FIGUEROLA, J. (1971). La Formación del Capital Humano. Madrid: CECA.
- GACETA DE LOS NEGOCIOS. (1996). La Sanidad Española : realidades y perspectivas. Jornadas de 6 y 7 de noviembre de 1995.
- GÁLGANO, A. (1993). Calidad Total: clave estratégica para la competitividad de la empresa. Madrid: Edición Gaceta de los negocios.
- GARCÍA LEGIDO, A.. (1991). Formación del Personal Médico Hospitalario. Revista Gestión Hospitalaria, nº 2.
- GARCÍA VEGA, J.; Eleta Lascasas, M.J. y Temiño, J.. (1996). Sección de Atención al Paciente: descripción del puesto de trabajo. Todo Hospital, nº 125, Abril, p. 27-35.
- GASÓLIBA i BÖHM, C. A.. (1992). Qüestió de Fons. Fulls Economics 14, abril/juny, p. 8-14.
- GARCÍA DE SOLA, P.. (1998). Calidad total en los hospitales. El País – gestión & formación, 8 de marzo.
- GIBSON, R. (1997). Preparando el Futuro. Barcelona: Ediciones Gestión 2000, S. A.
- GOHARRIZ, KARL K. (1993). La calidad en la empresa. Madrid: Edición La Gaceta de los Negocios.
- GÓMEZ, A. Cuesta ; Ruiz, J. A. Moreno & Marti, R. Gutierrez. (1986). La Calidad de la Asistencia Hospitalaria. España: Doyma ediciones.
- GOODE, W. J. & Haatt, P. K.. (1969). *Métodos de Pesquisa Social*. 3ª ed., São Paulo: Cia. Editora Nacional.
- GRATACÓS, A. (1996). Sistema d'informació, Tecnologia Informàtica i Comunicacions en l'àmbit del Servei Català de la Salut. Fulls Econòmics, nº 27, enero de 1996, p. 12-16.

- GUERRERO & VENY. (1994). Las Ventajas de Utilizar un Sistema de Agrupación de Pacientes en la Definición del Producto en la Alta Hospitalaria. *Gestión Hospitalaria*, nº3.
- GUTIERREZ, R.. (1984). Nuevo modelo de gestión hospitalaria. Madrid: INSALUD.
- HOROVITZ, J. & Jurgens Panak, M.chele. (1994). La Satisfacción Total del Cliente. Biblioteca de Empresa. Vol I. Folio. Barcelona.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA (2001). Departament d'Estadística . Ajuntament de Barcelona.
- JURAN, J.M. & Gryna, F.M.. (1981). Planificación y Análisis de la Calidad. Barcelona: Reverté.
- JURAN, J.M., Gryna, F.M. y Bingham, R.. (1951). *Quality Control Handbook*. New York: McGraw Hill.
- KAHN, JOAN. (1990). Gestión de calidad en los centros sanitarios. Barcelona: SG editores.
- KOONTZ, H. & O'donnell, C.. (1985). Administración. Madrid: Mc Graw-Hill.
- KOTLER, P. (1998). Marketing. Brasil: Editora Atlas.
- KOTLER, P. (2002). *Marketing para o Século XXI*. São Paulo: Editora Futura.
- KRAVETZ, D. (1990). La Revolución de los Recursos Humanos. Aedipe. Bilbao: Deusto.
- LAMATA, F.. (1998). Manual de Administración y Gestión Sanitaria. Madrid: Diaz de Santos.
- LAMATA, F. et al. (1995). Manual de Marketing Sanitario. Madrid: Diaz de Santos.
- LAMATA, F. ; Conde, J. ; Martinez, B. & Horno, M. (1994). Marketing Sanitario. Madrid: Diaz de Santos.
- LATTMAN; GARCÍA ECHEVARRÍA (1992). Management de los Recursos Humanos en la Empresa. Madrid: Díaz de Santos.
- LEATT, P.; Shortell, S. & Kimberly, J.. (1987). *Organization Design*. Health Care Management, New York, Wiley.
- LEON, I. M.. (1995). Curso UIMP. El Médico: pieza angular de la provisión o mero intermediario. Santander, 10-14, julio, p. 175-183.
- LEÓN, J. L. & Olabarría, E. (1991). Conducta del consumidor y márketing. Bilbao: Deusto.

- LEVIS, D.. (1997). Realitat Virtual : nova eina al servei dels professionals de la salut. Revista Vall d'Hebrón, nº 18, primavera.
- LLANO, C. (1991). El Empresario y su Mundo. México: McGraw Hill.
- LONGO, D. R. & Bohr, D. (1994). Métodos Cuantitativos en la Gestión de la Calidad : una guía práctica. Barcelona.
- LÓPEZ ARBEOLA, P.. (1995). La sanidad: un sector en cambio. Un nuevo compromiso entre la administración, usuarios y proveedores. Curso UIMP, Universidad Internacional Menéndez Pelayo, Santander, julio de 1995.
- LORENTE, JOSÉ MARÍA. (1994). La Gestión Hospitalaria frente al Siglo XXI: nuevas organizaciones e instrumentos. Gestión Hospitalaria, nº4, p. 87.
- MARTÍN ZURRO, A. (1992). La Formación Continuada desde la Perspectiva del Área de Gestión. Revista Gestión Hospitalaria, nº1.
- MASEDA, A.. (1988). Gestión de la Calidad. Barcelona: Marcombo Boixareu.,.
- MCKENNA, R. (1990). *Estratégias de marketing em tempos de crise*. Brasil: Editora Campus.
- MELIÁN ALZOLA, Lucía. (2003). La Gestión de la Calidad en la Nueva Economía: un análisis de los factores determinantes de la calidad en el comercio electrónico B2C desde la perspectiva del cliente. Tesis Doctoral del Departamento de Economía y Dirección de Empresas de la facultad de Ciencias Económicas y Empresariales de la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria.
- MEMÒRIA 1998 de Consorci de l'Hospital de la Creu Roja.
- MEMÒRIA 1996 de Hospital Clínic.
- MEMÒRIA ANUAL DEL DEPARTAMENT DE SANITAT I SEGURETAT SOCIAL 1994, Generalitat de Catalunya, 1996.
- MENGUZZATO, M. & Renau, JJ. (1991). La dirección estratégica de la empresa. Un enfoque innovador del management. Barcelona: Ariel.
- MINTZBERG, M. (1989). *Inside our Strange World Organizations*. New York: The Frees Press.
- MINTZBERG, H.. (1984). La Estructuración de las Organizaciones. Ariel.
- MINTZBERG, H. (1979). *The Structuring of Organizations: a synthesis of the research*. Prentice Hall.

- MONRÀS, P. (1995). La sanidad: un sector en cambio. Un nuevo compromiso entre administración , usuarios y proveedores, Universidad Internacional Menéndez Pelayo, Curso UIMP, Santander, del 10 al 14 de julio de 1995, p. 220.
- NEILA, L. P. & Junquera, M. J. G.. (1996). Guía Práctica para Evaluación de la Calidad en la Atención Enfermera. Madrid: Olalla ediciones.
- NICOLAU MEDINA, J.. (1990). Manual de Calidad. Recomendaciones para su elaboración, Cámara de comercio de Valencia. Valencia.
- OBESO, C. (1996). Estrategia y Desarrollo Organizativo en las Organizaciones Sanitarias. Boletín de Estudios Económicos, vol. LI, nº 159, diciembre, p. 435-449.
- OLEA, Ismael. (1974). La Formación y Selección del Personal. Manuales Prácticos de Gestión de Empresas. Bilbao: Deusto Ediciones.
- OSTROM, A. & Iacobucci, D. (1995). *Consumer trade-offs and the evaluation of services*. *Journal of marketing*. Enero, 59, pagina 17.
- OVRETVEIT, J. (1992). *Health Service Quality*. Oxford: Blackwell.
- PALOMA, J. M^a. (1995). La Actuación del médico y su incidencia en la Gestión del Hospital. Gestión Hospitalaria, nº 4, p. 8-10.
- PEIRÓ, J.M.. (1992). Comportamiento Laboral de Médicos y ATS, y el usuario. Gestión Hospitalaria, nº3, 1992, p. 52.62.
- PUJALS, P. S. (1991). La Investigación Motivacional en Marketing y Publicidad. Bilbao: Deusto.
- QUINTANA, P. E. B.. (2000). Impacto de las reformas Del sector de la salud sobre los recursos humanos y la gestión laboral. Revista Panamericana de Salud Pública – Pan American Journal of Public Health, julio/agosto, vol. 8, nº 1/2.
- QUINTANILLA, I. (1991). Psicología y Marketing : evaluación de la conducta del consumidor y otras extensiones. Valencia: Promolibro.
- REAL ACADEMIA ESPAÑOLA. (2000). Diccionario de la Lengua Española. Madrid: Espasa.
- REAL, J. (1995). Los usuarios o los nuevos clientes de la sanidad. La sanidad : un sector en cambio. Un nuevo compromiso entre la administración, usuarios y proveedores. Curso UIMP, 10-14 de Julio. Santander.

- RIVERA, J. & Osende, C. (1996). El hospital del siglo XXI. Bilbao: Harvard DEUSTO Business Review, p. 59-65.
- RODRIGUES, J.M. (1983). *Le project de medicalisation du systeme d'information. Methode, definition, organization.* Gestons Hospitalières, nº224, p. 206-209.
- RODRIGUEZ PORRAS, J.M. (1991). El Factor Humano en la Empresa. Bilbao.
- ROEMER, M.I.. (1972). Evaluación de los Centros de Salud Públicos. Cuadernos de Salud Pública. OMS, nº 48, Ginebra.
- ROVERE, M. A.. (1993). Planificación Estratégica de Recursos Humanos en Salud. Programa de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud. E.U.A : OPS/OMS.
- RUELAS, E. & Frenk, J.. (1990). El Análisis de la Calidad Asistencial en el Marco de la Transacción: el caso de México. Control de Calidad Asistencial.
- RUIZ, J. M. (1994). ¿Damos respuestas a las reclamaciones? Revista Todo Hospital, 4:21, Barcelona.
- SÁENZ BLANCO, Fabiola. (2003). Implantación y Eficacia del Sistema de Trabajo en equipo: un análisis de casos de empresas industriales en España. Tesis doctoral dirigida por Dra. Lucía Avella Camarero y Dra. Beatriz Junquera Cimadevilla del Departamento de Administración de Empresas y Contabilidad de la Universidad de Oviedo.
- SALLES, P. E. M.. (1999). *Criando Valor para os Consumidores: indicadores de marketing para instituições hospitalares.* Revista O Mundo da Saúde, 23, nº 3, mayo/junio. São Paulo, Brasil.
- SANAZARO, P. J.. (1980). *Quality Assesment and Quality Assurance.* Medical Care, nº 1, p. 37-68.
- SCHNAKE, H. A. (1988). El Comportamiento del Consumidor. México [Etc.]: Trillas.
- SEGOBIA, Catedrático de Psicología Social. Universitat de Valencia, Ponencia del Symposium de humanización de la asistencia sanitaria, hospital General La Fe, Valencia.
- SEGOVIA DE ARANA, J. M^a. (1998). Anales del Sistema Sanitario de Navarra. Vol. 21, nº 1, enero - abril.
- SENGE, P.. (1995). La Quinta Disciplina en la Práctica : estrategia y herramientas para construir la organización abierta al aprendizaje. Barcelona: Ediciones Granica..

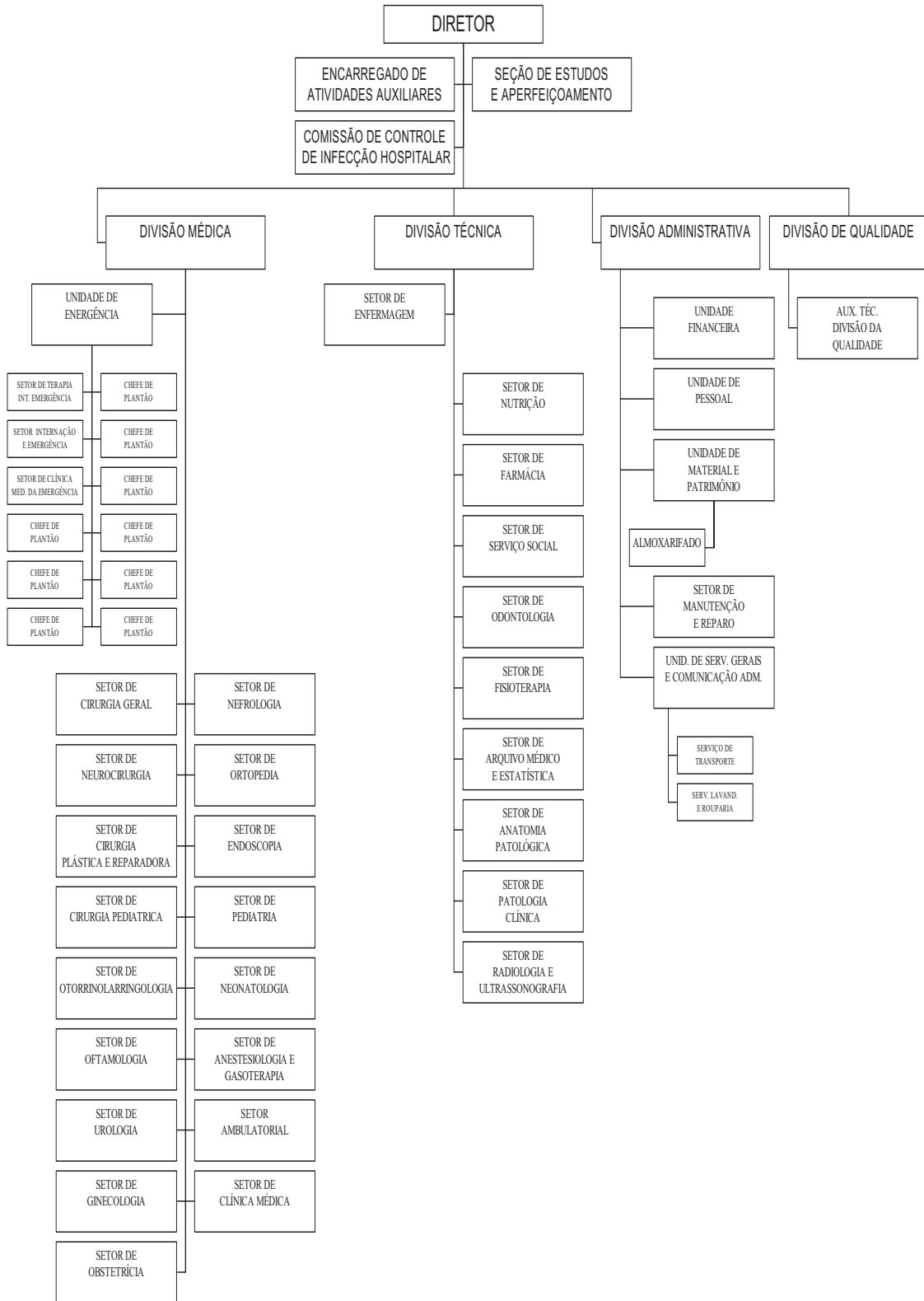
- SENLE, A. (1993). *Calidad Total en los Servicios y en la Administración Pública*. Barcelona: Ediciones Gestión 2000 S.A.
- SHAPIRO, I.; Shapiro, M. D. & Wilcox, D. W. (1999). *Quality improvement in health care: a framework for price and output measurement*. National Bureau of Economic Research, Inc., febrero. Cambridge.
- SHEPS, M. C. (1995). *Approaches to the quality of hospital care*. Public Health Reports, 9:877-886.
- SHORTELL, S.M., (1985). *The medical staff of the future*. Frontiers of Health Services Management.
- SPRENG, R. A. ; Mackenzie, S. B. & Olshavsky, R. W. (1996). *A reexamination of determinants of consumer satisfaction*. Journal of marketing, Julio, 60, pagina 15.
- STEIB, N.. (1997). ¿Tiene su empresa capacidad para aprender de forma continua ? Revista Harvard Deusto Business Review. Ediciones Deusto, nº 76, enero/febrero.
- SUÑOL, R. & Foz, G. (1982). *Sobre la Qualitat de L'assisteència*. Academia de Ciències Mèdiques de Catalunya y Balears, Barcelona.
- SYKES, V.. (1990).- *Validity and Reliability in Qualitative Marketing Research: a review of literature*. Journal of the Market Research Society, Vol 32, nº 3, junio.
- TAYLOR, F. W. (1991). *Principles and Methods of Scientific Management*. New York: Harper.
- TEIXEIRA, S. M. F. & Oliveira, J. A. A.. (1976). *Previdência Social: 60 anos de história da Previdência no Brasil*. Petrópolis: Vozes/ABRASCO.
- TEMES MONTES, J. L. ; Pastor Aldeguer, V. ; Diaz Fernandez, J. L.. (1997). *Manual de Gestión Hospitalaria*. 2ª edición. Madrid: McGraw - Hill - Interamericana.
- TENTI FANFANI, E. (1990). *Universidad y Sociedad*. Buenos Aires.
- TRILLA, A.. (1997). *Aplicabilidad y Utilidad Practica de los Procesos de Reingeniería en los Hospitales Universitarios*. Tesina del Master en Economía de la Salud y Gestión Sanitaria. Universidad de Barcelona y Universidad Pompeu Fabra.
- TUCK, M. (1991). *¿Cómo elegimos ? Estudio de la conducta del consumidor*. España: Ceac..
- TULL, D. S. & Hawkins, D. I.. (1976). *Marketing Research, Meaning, Measurement and method*. Londres: Macmillan Publishing Co., Inc..

- ULRICH, D.(1998). Capital Intelectual = capacidad x compromiso. Harvard Deusto Business Review. Sept/ oct, nº 86, pág. 28-40.
- VALOR, J. (1996). Els sistemes d'informació a l'empresa. Fulls Econòmics, nº 27, enero, p. 9.
- VARELA, J. (1994). Gestión de Hospitales: nuevos instrumentos y tendencias. Barcelona: Vicens Vives.
- VARELA, J. (1989). Modelos de Gestión de las Listas de Espera de Pacientes. Gestión sanitaria, EADA, nº11, p. 1-3.
- VARO, J.. (1994). Gestión Estratégica de la Calidad en los Servicios Sanitarios : un modelo de gestión hospitalaria. Madrid: Diaz de Santos..
- VÁZQUEZ BUSTELO, Daniel. (2004). Fabricación Àgil en la Empresa Industrial Española. Tesis Doctoral dirigida por Dr. Esteban Fernández Sánchez y Dra. Lucía Avella Camarero del Departamento de Administración y Contabilidad de la Universidad de Oviedo.
- VELA, C. & Bocigas, O. (1996). Fundamentos de marketing. Madrid: Universidad Pontificia Comillas.
- VILLAR, F. (1995). Gestión por proceso y del proceso. Gestión Hospitalaria, nº1, 1995, p. 38.
- VUORI, H. V.. (1996). El Control de Calidad en los Servicios Sanitarios : conceptos y metodología. Barcelona: Masson.
- WHITTEN, J.L.; BENTLEY, L.D; BARLOW, V.M.(1996). Análisis de Sistemas de Información. Madrid: Irwin.
- WILLIAMSON, J.M. (1978). *Assesing and Improving Health Care Outcomes: the accounting approach to quality assurance*. Cambridge: Ballinger.
- YIN, R. K. (1989). *Case Study Research – Design and Methods*. USA: Sage Publications Inc..
- YOUNG, W.W. (1982). *The mesasurement of hospital case mix*. Medical Care, nº20, p. 501-512.
- ZAKABI, R. (2003). *Respeite o paciente*. Entrevista con Geoffrey Kurland. Revista Veja. Brasil.
- ZEITHAML, V.; Parasuraman, A. & Berry, L. (1993). Calidad Total en la Gestión de Servicios. Madrid: Diaz de Santos.

Anexo 2.3.1.1.. Categorías Diagnósticas Mayores (CDM)

1. Enfermedades y trastornos del sistema nervioso.
2. Enfermedades y trastornos del ojo.
3. Enfermedades y trastornos del oído, nariz y garganta.
4. Enfermedades y trastornos del sistema del sistema respiratorio.
5. Enfermedades y trastornos del sistema circulatorio.
6. Enfermedades y trastornos del sistema digestivo.
7. Enfermedades y trastornos del sistema hepatobiliar y páncreas.
8. Enfermedades y trastornos del sistema musculoesquelético y concetivo.
9. Enfermedades y trastornos de la piel, tífido subcutáneo y mama.
10. Trastornos endocrinos, de la nutrición y del urinario.
11. Enfermedades y trastornos del riñón y tracto urinaio.
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 período perinatal.
16. Enfermedades y trastornos de la sangre del sistema hematopoyético.
17. Enfermedades y trastornos mieloproliferativos y neoplasias poco diferenciadas.
18. Enfermedades infecciosas y parasitarias (sistemas o afección no especificada).
19. Trastornos mentales.
20. Uso de drogas y trastornos mentales orgánico 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.

9.1.2.1: Organigrama del HGF



Fuente: Hospital HGF, 1999



ESTUDIO: CALIDAD EN LOS HOSPITALES

CUESTIONARIO N°

Código centro: (V1)

Código (V2) servicio:

2000 (V3) abril de

CONSULTAS EXTERNAS ✓

Buenos días / buenas tardes. Soy alumno de la Universidad de Barcelona. Estoy haciendo un estudio sobre las visitas en hospitales. Por favor ¿Podría contestarme a unas preguntas? Será sólo un momento. Gracias.

F.1 ¿Es la primera vez que viene a esta consulta?

- SI 1 → Fin de la encuesta
- NO 2

A. ¿Es usted la persona que ha venido a visitarse?

- SI 1 → Pasar a P.1
- NO 2

(v4)

B. ¿Cuál es su parentesco con la persona que ha venido a visitarse?

- Padre/madre 1
- Hijo/hija 2
- Otro familiar 3
- Amigo/amiga 4

(v5)

I. ANTECEDENTES DE LA VISITA

P.1. ¿Aproximadamente cuántas veces se ha visitado usted/la persona que usted acompaña en esta consulta, antes de hoy?

- Una vez 1
- Dos veces 2
- Tres veces 3
- Cuatro o más veces 4

(v6)

P.2 ¿Cuántas semanas han pasado desde que concertó esta visita, hasta el día de hoy?

Semanas

P.3 ¿Cómo concertó esta visita?

- Por teléfono 1
- Personalmente (en visita anterior)... 2
- Personalmente (vino expresamente) 3
- No la concertó 4

Pasar a P.5

(v7)

(v8)

P.4 ¿Cuál es su opinión sobre el trato que recibió de la persona que le atendió entonces? ¿Lo hizo...?

- Muy bien 1
- Bien 2
- Regular 3
- Mal 4

(v9)

II. ENTORNO DE LA VISITA

P.5 ¿La enfermera que le atiende habitualmente, lo hace...?

- Muy bien 1
- Bien 2
- Regular 3
- Mal 4

(v10)

P.6.a ¿Con qué frecuencia hay retrasos respecto a la hora prevista para su visita?

- Siempre 1
- Frecuentemente 2
- Ocasionalmente 3
- Nunca 4

Pasar a P.7

(v11)

P.6.b ¿Aproximadamente cuántos minutos de retraso hay, respecto a la hora prevista?

Minutos

(v12)

P.7. ¿Con qué frecuencia tiene que esperar de pie a que le atiendan, por falta de asiento?

- Siempre 1
 - Frecuentemente 2
 - Ocasionalmente 3
 - Nunca 4
- (v13)

P.8. La sala de espera le parece...

- Adecuada 1
 - Inadecuada 2
 - Totalmente inadecuada 3
- (v14)

III. LA VISITA

P.9 ¿Con qué frecuencia puede explicarle al doctor todo lo que quiere decirle?

- Siempre 1
 - Frecuentemente 2
 - Ocasionalmente 3
 - Nunca 4
- (v15)

P.10 ¿Entiende bien las preguntas que le hace el médico?

- Siempre 1
 - Frecuentemente 2
 - Ocasionalmente 3
 - Nunca 4
- (v16)

P.11 ¿El médico le dedica suficiente tiempo?

- Siempre 1
 - Frecuentemente 2
 - Ocasionalmente 3
 - Nunca 4
- (V17)

P.12 ¿Comprende bien las indicaciones del médico sobre el tratamiento a seguir?

- Siempre 1
 - Frecuentemente 2
 - Ocasionalmente 3
 - Nunca 4
- (v18)

P.13 ¿Como es la información que le da el médico sobre su enfermedad? ¿Es...?

- Muy completa 1
 - Completa 2
 - Incompleta 3
 - Ninguna 4
- (v19)

P.14 La atención del médico, en conjunto, la considera ...

- Muy satisfactoria 1
- Satisfactoria 2

- Regular 3
 - Deficiente 4
- (v20)

DATOS DE CLASIFICACIÓN

(encuestado)

→ Sexo

- Hombre 1
 - Mujer 2
- (v21)

→ Edad:

--	--

(v22)

→ Nivel de estudios:
(niveles completos)

- Hasta primarios 1
 - Hasta bachillerato superior /BUP / FP 2
 - Hasta universitarios 3
- (v23)

→ Ocupación:

- Profesional liberal, directivo, mando intermedio, industrial, comerciante, ganadero, técnico especializado 1
 - Otro trabajador 2
 - Desempleado 3
 - Jubilado 4
 - Ama de casa 5
 - Estudiante 6
- (v24)

P.15 Las visitas, en conjunto, las considera ...

- Muy satisfactorias 1
 - Satisfactorias 2
 - Regulares 3
 - Deficientes 4
- (v25)

FIN DE LA ENCUESTA

¡Gracias por su colaboración!

FRASES DE LOS USUARIOS DICHAS DURANTE LAS ENCUESTAS

“Para aonde a gente corre é desse jeito (em relação a pergunta se o médico dedica tempo suficiente)”. “Para donde se va es así (relación a la pregunta si el médico dedica tiempo suficiente)”. Usuario del IJF

“A gente tem três doenças, tempo só dá para explicar uma ou duas, a que ta matando mais”. “Nosotros tenemos tres enfermedades, solo hay tiempo para explicar una o dos, la que esta matándote más”. Usuario del IJF

“O médico mal olha pra gente e não faz pergunta”. “El médico casi no nos mira y no hace preguntas” Usuario del IJF

“Para dar informação completa da doença só se for particular”. “ Para dar información completa de la enfermedad solo particular”. Usuario del IJF

“A gente já vem doente e eles nunca sabem atender, não conseguem dar uma palavra de conforto e apoio (em relação aos funcionários)” “Nosotros ya venimos enfermos y ellos nunca saben atender, no consiguen dar una palabra de conforto y apoyo (relación a los funcionarios)”. Usuario del IJF

“O melhor hospital de Fortaleza é esse porque você não sai sem atendimento”. “Ese es mejor hospital de Fortaleza, porque tu no sales sin atendimento”. Usuario del IJF

“Estou satisfeita. Não podem fazer mais do que fazem”. “Estoy satisfecha. No pueden hacer más de que lo hacen” Usuario del IJF

“Sabe o que a atendnte diz?: aguarde, se não morreu até agora, não morre mais.”. “Sabes lo que dice la persona que atiende? Aguarde, si no ha muerto hasta ahora, no se muere más”. Usuario del IJF

“Para aonde a gente corre é desse jeito (em relação a pergunta se o médico dedica tempo suficiente)”. “Para donde se va es así (relación a la pregunta si el médico dedica tiempo suficiente)”. Usuario del IJF

“A gente tem que esperar mesmo”. “Nosotros tenemos mismo que esperar”. Usuario del IJF

“Só em ser atendida é satisfatório (respondendo a pergunta final do questionário)”. “Solo en estar atendida ya está bien”. Usuario del HUWC

“Eu não deixo nem a solidão invadir a minha pessoa”. “Yo no deajo ni la soledad invadir mi persona”. Usuario del HUWC

“É muita gente para atender”. “Es mucha gente para atender”. Usuario del HUWC

“Às vezes não tem dinheiro para comprar remédio aí desmantela tudo (perguntado sobre o tratamento)”. “A veces no hay dinero para comprar los medicamentos y entonces se estropea todo”. Usuario del HUWC

“Pelo gosto da gente mudaria, mas não pode porque é serviço público (perguntado sobre a sala de espera)”. “Por nuestro gusto cambiaría, pero no se puede, puesto que es servicio público”. Usuario del HUWC

“Todo hospital a gente tem que esperar”. “Todo hospital nosotros tenemos que esperar”. Usuario del HUWC

“A gente é que não cumpre (o tratamento médico), mas compreende”. “Nosotros que no cumplimos el tratamiento del médico, pero lo comprendemos”. Usuario del HUWC

“Quem faz o lugar é o paciente. Se você chegar no lugar abusada, como você vai ser bem atendida?”. “Quien hace el sitio es el paciente. Si tu llegas enfadado, como quieres ser bien atendido?”. Usuario del HUWC

“Pobre tem que esperar”. “Pobre tiene que esperar”. Usuario del HUWC

“Tem que melhorar, ter mais respeito e compreensão”. “Hay que mejorar, tener más respeto y comprensión”. Usuario del HUWC

“Colocam muita gente na frente”. “Se cuele mucha gente”. Usuario del HUWC

“Falta informação”. “Falta información”. Usuario del HUWC

“Para ser hospital público atende bem”. “Para ser hospital público atende bien”. Usuario del HGF

“Tem médico que nem olha”. “Hay médico que ni siquiera te lo mira”. Usuario del HGF

“Tem que ter muita paciência para conseguir as coisas”. “Hay que tener mucha paciencia para conseguir alguna cosa”. Usuario del HGF

“A gente já vem sabendo que tem que esperar”. “Nosotros ya venimos sabiendo que tiene que esperar”. Usuario del HGF

“Tem que dormir aqui para conseguir ficha”. “Tiene que dormir aqui para conseguir una consulta”. Usuario del HGF

“Sou de Itapagé, mas me consulto em Fortaleza porque tenho mais segurança nos médicos daqui. Lá os médicos de criança são melhores”. “Soy de Itapagé, pero me consulto em Fortaleza porque me fio más de los médicos de aqui. Allá los médicos de niños son mejores”. Usuario del HGF

“O médico parece que tem desgosto da vida, não examina nada”. “El médico parece que no tiene gusto por la vida, no te lo examina nada”. Usuario del HGF

“Estamos vivos”. Usuario del HCB

“No hay limite de tiempo en la consulta”. Usuario del HCB

“Treinta minutos no es retraso, es normal”. Usuario del HCB

“De los sitios que he ido está bien la sala. Para mi no me importa la sala, me importa el médico”. Usuario del HCB

“Como no es una clínica particular...”. Usuario del HCB

“Las personas llegan antes, por eso que esperan”. Usuario del HCB

“Es normal que las visitas no sean satisfactorias, somos muchos”. Usuario del HCB

“Las visitas en conjunto considero satisfactorias, pues depende de la prisa que uno tiene. Si tiene poca prisa, se puede esperar y está bien”. Usuario del HCR

“Siempre seria mejor tardar menos, pero somos muchos, hay que comprender”. Usuario del HCR

“Si tiene que esperar cola, es porque hay mucha gente”. Usuario del HCR

“El tiempo que el médico dedica es un poco justillo, pero hay gente para atender”. Usuario del HCR

“La petición, hay mucha cola”. Usuario del HCR

“La sala de espera es normal para este sitio”. Usuario del HCR

“Ocasionalmente entiendo las preguntas que hace el médico por el vocabulario”. Usuario del HCR

“Comprendo mejor si es en catalán”. Usuario del HCR

“Tiene que esperar”. Usuario del HCR