

EL CASO CATALAN: LAS REDES HOSPITALARIAS¹

Introducción

En 1980 se le transfiere a la Comunidad Autónoma de Cataluña una amplia autonomía para organizar el sistema de salud de la población a su cargo. En el mismo acto recibe más de un centenar de hospitales extraordinariamente heterogéneos desde el punto de vista jurídico, organizativo, estructural y de recursos humanos. Los mismos sólo tenían en común la prestación de servicios de salud especializados y el hecho de estar financiados públicamente.

A partir de ese hecho tiene lugar un ***proceso de adaptación de la política de salud a la realidad económico-política de Cataluña***, cuyos rasgos y acciones más característicos se destacan a continuación:

- La decisión más importante fue abandonar la posición central de la seguridad social en la política de salud y comenzar a valorar la diversidad de centros de atención sanitaria concertados, que si bien hasta ese momento se denominaban complementarios, representaban el 70% de las camas contratadas con financiamiento público que se utilizaban en la práctica.
- En esta etapa se consolida el concepto de ***utilización pública*** por sobre el de prestación pública, lo cual define fuertemente el modelo catalán de salud.
- Se produce también un ***importante incremento del presupuesto destinado a salud*** durante el periodo 1985-1990, con un mínimo de 8% de crecimiento en 1986 y un máximo de 18% en 1990.
- En 1990 se aprueba la Ley de Ordenación Sanitaria de Cataluña que otorga al modelo sanitario catalán de la red el máximo rango. Queda de este modo plasmado el ***modelo de atención pública con recursos pertenecientes a distintos titulares*** (Ayuntamiento, Generalitat, privado con o sin fines de lucro, Instituto Catalán de la Salud, etc).
- Otra característica de la nueva ley es la ***instauración del concepto de planificación, partiendo de las necesidades***. Se define así el Plan de Salud de Cataluña, que puede ser considerado como el máximo instrumento estratégico de la reforma.
- Se introduce el concepto de ***diferenciación de las funciones de financiamiento y compra de la función prestadora***. Se estableció un sistema que separa el Servicio Catalán de Salud de los proveedores que son centros de titularidad pública (agrupados bajo el Instituto Catalán de la Salud) y de titularidad privada. El Servicio Catalán de

¹ MAYO 1998 Dr. Carlos Vassallo – Departamento de Economía del Instituto Universitario Isalud y Coordinador de la Maestría en Economía y Gestión en Salud. Informe realizado para el Cergas de la Universidad Bocconi de Milán

Salud se organizó mediante la demarcación de 7 regiones sanitarias (distritos sanitarios) de los cuales el más importante en cantidad de prestadores y de potenciales usuarios es la región sanitaria de Barcelona. Ambos proveedores tienen contrato con la SCS, quien compra las prestaciones necesarias para sus beneficiarios.

- Los proveedores han estado realizando **importantes cambios en la estructura de oferta prestadora de servicios**, tendiendo a incrementar su eficiencia y calidad, de manera independiente de la titularidad del centro. **Las integraciones horizontales y verticales han permitido una mejor utilización de los recursos.**

La transformación del Instituto Catalán de la Salud que reúne a todos los hospitales transferidos por Insalud, deviene en una estructura ágil y flexible, integrada por un conjunto importante de centros sanitarios que se encargan de la atención primaria, a la vez que por un volumen de recursos hospitalarios de gran trascendencia cuantitativa y cualitativa, poseedores de un gran porcentaje de la alta tecnología de la región.

Gasto público en salud y financiamiento de los hospitales

❖ **Gasto público en salud**

- El **presupuesto** aprobado para el año **1994** ascendía a 536.391 millones de pesetas. Los gastos corrientes constituían un 95% del gasto total del período considerado según la siguiente composición:

- Capítulo II (compra de bienes y servicios): **45 %-**
- Capítulo I (gasto de personal) : **30 %**
- Capítulo IV (compra de prótesis, farmacia, etc): **20%**

- En **1995** el presupuesto se incrementó un 9,3 % pasando a 586.287 millones de pesetas. Los mayores incrementos se registraron en el capítulo II, que se incrementó un 10,5 % y el capítulo IV que lo hizo en un 18 %-.
- Se definieron **tres niveles de complejidad de los hospitales** (generales básicos, de referencia y de alta tecnología) y con el objeto de reconocer las diferentes capacidades de resolución de problemas y la diversidad estructural, se le asignó tres niveles: A, B y C.
- Luego se determinó con factores moduladores de la actividad contratada, una estada media por egreso, un porcentaje de actividad ambulatoria sobre el total de actividad y la distribución del pago en una parte fija, que daba estabilidad económica a los centros, y una parte variable en función de la realización a término de las actividades.
- En 1986 se definió **un sistema de pago prospectivo que en primer lugar estableció una unidad de equivalencia (UBA, unidad básica asistencial) que permitió traducir los diferentes productos hospitalarios en una sola unidad.**
- Los cambios que se fueron generando en el modelo hospitalario caracterizados por la importancia creciente de la actividad ambulatoria, el desarrollo de alternativas a la hospitalización, la aparición de nuevas técnicas y tecnologías de alta complejidad, hizo

necesaria una readaptación del sistema UBA que permitiera reconocer de una manera más eficiente las actividades y estructuras diferenciadas.

- El mayor problema registrado por el sistema de pago fue la aparición de una gran cantidad de prestaciones que no tenían su referencia en UBA y por consiguiente requerían un valor especial. Esto se ha distorsionado hasta el punto que el promedio de los ingresos de los hospitales hoy es un 40% por prestaciones con valores en UBA y el restante 60% en prácticas *no nomencladas*, vale decir sin referencia UBA.

❖ **Financiamiento:**

Los hospitales públicos o privados contratados por el *Servei Catala de la Salut* están financiados mediante el sistema de UBA (precio de una estancia). Dentro de este esquema de pago, las urgencias que no ingresan se pagan 0,75 UBAs, la primera visita 0,40 UBAs, las sucesivas 0,20 UBAs, y una estancia en hospital de día 0,75 UBAs.

A ello debe agregarse que este precio es variable según la categoría en la cual esté el hospital (Socio sanitario, A, AB, B, BC, C) La calificación de los hospitales la realiza el Servei y dentro del conjunto, la estancia más cara corresponde a la categoría C que paga 30.000 pesetas.

No obstante, cabe agregar que el sistema ha degenerado debido a la aparición e incidencia cada vez mayor de prestaciones que no tienen relación con las UBAs. Este tipo de prestaciones pasó a denominarse “programas especiales” y a recibir un pago diferencial, vale decir, fuera del modelo UBA. Actualmente el 40% de los ingresos es por UBAs y el 60% programas especiales, razón por la cual se ha decidido modificar el sistema de financiamiento (se adjunta trabajo)

* ***El Servicio Catalán de Salud tiene ya terminado un nuevo sistema de pago realizado por académicos y técnicos, que pondrán en marcha desde el presente año y que consta de un presupuesto global dividido inicialmente en dos grandes apartados:***

- El primero destinado a financiar las actividades del hospital, definido en cuatro líneas de producto (hospitalización, consulta externa, urgencias, y técnicas, tratamiento y procesos ambulatorios).
- El segundo esta destinado a reconocer los gastos ocasionados por los capítulos de prótesis, farmacia y programas institucionales.
- Cada una de las líneas de productos tiene un parámetro de compra, en el caso hospitalización es el alta hospitalaria (egreso). El sistema reconoce la casuística del centro, medida en términos de consumo relativo de recursos con la capacidad estructural del mismo. Para la casuística se utiliza un sistema de clasificación de pacientes por GRDs.
- Las consultas externas tiene como parámetro de compra el número de primeras visitas. En el caso de las urgencias se reconocen dos tipos de contratación, una se destina a un reconocimiento de estructura mínima de

servicios de urgencia, en tanto que la otra parte del presupuesto se destina a la compra de actividad de atención de urgencia.

- Por último las técnicas, tratamientos y procesos ambulatorios son todos aquellos productos que se prestan en el ámbito hospitalario sin necesidad de internación, incluyendo en este grupo cirugía menor, Hospital de Día, radiología, radioterapia, la rehabilitación ambulatoria, la hemodiálisis ambulatoria y las pruebas diagnósticas de alta complejidad.

Algunas particularidades del Sistema de Salud en Cataluña

Ya se han mencionado algunas de las particularidades de la organización del sector salud en Cataluña, sin embargo a los fines de este trabajo orientado a comprender la lógica y los mecanismos de compra de bienes y contratación de servicios por parte de los hospitales nos parece importante destacar los siguientes puntos:

- El sistema de salud catalán parte del convencimiento de que es posible gerenciar la administración pública introduciendo mecanismos de gestión que permitan mejorar la política de recursos humanos, asistenciales y económicos al servicio del cliente, a la vez que ofrecer el mejor producto en relación precio-calidad.
- Desde 1982 la Administración ha introducido una política de gestión incorporando en un primer momento un grupo de profesionales de alta gestión procedentes de diferentes sectores (construcción, electrónica, metalúrgica, textil, automotor, etc) y situándolos en los primeros niveles de responsabilidad.
- Sumado a lo anterior, la introducción de instrumentos como el presupuesto por objetivos, el plan general de contabilidad, la contabilidad analítica y la facturación, ha tendido a mejorar la calidad de la gestión.
- Por último la creación de consorcios de titularidad pública pero sometida al ordenamiento jurídico privado, la cesión de la gestión de bienes de propiedad de la Generalitat y la creación de empresas públicas, son algunas de las fórmulas utilizadas para potenciar el cambio en el sector.
- En julio de 1995 ingresó al Parlamento de Cataluña un proyecto modificando parcialmente la Ley de Ordenación Sanitaria luego de cuatro años de funcionamiento. Dicho proyecto no modifica puntos esenciales sino que pretende aclarar dudas planteadas en la ejecución o bien actualizar algunos aspectos obsoletos de la norma..
- Conceptualmente el *Servei Catalán de la Salut* actúa:
 - Funcionalmente como una agencia planificadora y compradora.
 - Formalmente como un ente público de carácter institucional, dotado de personalidad jurídica propia y plena capacidad para el cumplimiento de sus fines.

- Y las **modificaciones** están dirigidas a dar mayor precisión de marco en las relaciones jurídicas del S.C.S. en lo referido a:
 - La constitución de organismos dependientes.
 - La formación de consorcios.
 - La creación o participación en otras formas admitidas en derecho.
 - La adaptación de la contratación (concertos) a las normativas que surgen de la nueva legislación sobre contratos de las administraciones públicas.

- A modo de ejemplo debemos mencionar que **están adscriptas al SCS**:
 - El Centro de Resonancia Magnética de Valle de Hebrón (1991) entidad de derecho público con personalidad jurídica, cuya actuación se acomoda al derecho privado, encargada de los servicios de diagnóstico de alta tecnología mediante técnicas de resonancia magnética en el ámbito de esa ciudad sanitaria.-
 - Energética de Instalaciones Sanitaria SA (1991), empresa pública social con forma de sociedad anónima, que tiene por objeto lograr la mejora de la eficiencia energética en los centros sanitarios que configuran el SCS.-
 - Sistemas de Emergencias Médicas SA (1992), tiene por objeto la atención de las emergencias médicas, realizando cuantas actividades sean necesarias con el fin de garantizar en todo momento la atención pre-hospitalaria, el transporte asistido y el ingreso en el centro adecuado de enfermos críticos.
 - Gestión de Servicios Sanitarios, Instituto de Asistencia Sanitaria y Gestión y Prestación de Servicios de Salud (1992), todas con forma de entidad de derecho público que ajusta su actividad al derecho privado y que tienen la misión de atender los servicios de atención sanitaria, promoción de la salud, prevención de la enfermedad y atención socio-sanitaria y que fueron traspasados de las Diputaciones de Lérida, Gerona y Tarragona, respectivamente, a la Generalitat de Cataluña

- En base a todo lo anterior, se puede decir **las tareas del SCS** se clasifican inicialmente en dos tipos
 - a) **Gestión y administración** de los centros, servicios y prestaciones del sistema sanitario público, que puede realizar empleando cualquiera de los modos de gestión de servicios conocidos, incluyendo formas de derecho privado.
 - b) **Ordenación, planificación, programación y evaluación** sanitaria, socio-sanitarias y de salud pública, así como su **financiación**.

- Es decir esta entidad instrumental tiene la responsabilidad de prestar asistencia sanitaria, pero puede hacerlo empleando cualquier mecanismo jurídico público o privado. Al mismo tiempo le compete la función de regular y financiar el servicio público, tarea que implica el ejercicio de potestades administrativas y por tanto su sujeción al derecho administrativo. Como consecuencia de esta descentralización, tan sólo resta a la administración matriz (Departamento de Sanidad y Consumo), la definición de la política sanitaria.

- La autoridad de salud tiende a configurarse como una entidad instrumental que sujeta su actividad a un derecho singular, esto es, a un conjunto normativo ad hoc construido para regular su funcionamiento y que se caracteriza por ***evitar la aplicación de las leyes que regulan la actividad de las administraciones públicas.***
- La fórmula del ente público institucional, capaz de emplear el derecho privado para cumplir sus obligaciones prestacionales, ha sido adoptada con posterioridad por las leyes reguladoras de los servicios de salud en Asturias (1992), Islas Baleares (1992) y Castilla-León (bajo la denominación de Gerencia de Salud, 1993).
- La red hospitalaria de utilización pública constituye un dispositivo de más de setenta centros distribuidos en toda la geografía catalana. Prácticamente todos se encuentran inmersos en un proceso de cambio como consecuencia de la problemática económica, los cambios en la demanda, la evolución tecnológica, etc.
- Los centros hospitalarios se encuentran por consiguiente atravesando un periodo de grandes transformaciones:
 - Una de las más importantes son las fusiones y coordinación de centros hospitalarios, por ejemplo el Consorcio Parc Tauli de Sabadell, el Consorcio Sanitario de Mataró (fusión entre el Hospital Sant Jaume y Santa Magdalena y la Clínica Alianza Mataronina).-
 - El reordenamiento de los centros hospitalarios de la ciudad de Manresa (fusión por un lado del Centro Hospitalario y de la Unidad Coronaria, y de el Hospital Sant Joan de Deu y la Clínica Sant Andreu, por otro que conforman el Hospital General de Manresa).-
 - La creación del Consorcio Sanitario de Barcelona (que integra los hospitales del IMAS, más la incorporación del Hospital de la Santa Creu I Sant Pau).-
 - La coordinación entre el Hospital Clínico y Provincial de Barcelona, el Hospital de San Joan de Deu de Esplugues y el Hospital Casa Maternidad.-
 - El “Pacto Coordinación de Garraf” (entre el Hospital de Sant Antoni Abat de Vilanova y el Hospital Residencia de Sant Camil de Sant Pere de Ribes).-
 - La recientemente constituida Fundación Sanitaria de Igualada (fruto de la fusión del Hospital Comarcal de Igualada y la Fundación Asistencial de Anoia).-

Cambios en el modelo hospitalario

Respecto de los aspectos estructurales, se constata la necesidad de que los recursos físicos y tecnológicos completen las *características de flexibilidad, adaptabilidad y polivalencia* que exige el entorno.

La cama hospitalaria deja de ser el núcleo del hospital para constituirse en uno más de los dispositivos asistenciales. Cada vez más la organización utiliza las camas en función de las necesidades.

Surgen con fuerza las diversas alternativas a la hospitalización convencional y el hospital se convierte cada vez más en un dispositivo ágil que diagnostica rápidamente y por lo general sin requerir la internación del paciente, a la vez que pone en marcha tratamiento cada vez menos agresivos.

De manera paralela a esta evolución, los instrumentos organizativos, gestores y planificadores en general reciben un fuerte impulso que favorece su desarrollo.

Dentro de este contexto, el nuevo modelo de Hospital en Cataluña se define mucho más en función de las necesidades de salud o de los servicios que requiere la población. Esto proyecta a los primeros planos la necesidad de una organización que posibilite su cobertura integral con adecuados niveles de calidad y satisfacción, a la vez que exige un manejo racional de los recursos. *En tal marco conceptual, prevalecen los conceptos de gestión y planificación estratégica, así como la adaptación de la oferta a la demanda y a las necesidades.*

❖ *Existen en Barcelona 4 consorcios sanitarios de diferentes dimensiones e importancia en cuanto a las funciones que realizan:*

1. **Consortio Hospitalario de Cataluña:** creado durante los años 1982-83, está integrado por todos los hospitales que dependen de entes locales de la región catalana, los cuales tienen un tamaño variado. Reúne un total de 32 centros adscritos. Tiene por objetivos potenciar la identidad, producir y difundir herramientas de gestión y administración eficientes y generar sinergias entre los hospitales

2. **Consortio Unión Catalana de Hospitales:** nuclea a los hospitales privados con fines de lucro, lo integran 77 hospitales distribuidos por todo el territorio de Cataluña. A este consorcio pertenece el Consortio Hospitalario Fundación Parc Tauli que constituye una fusión de 4 hospitales, algunos públicos y otros privados, de la ciudad de Sabadell.(cerca de 200.000 habitantes, a 40 km de Barcelona)

3. **Consortio Sanitario de Barcelona:** está integrado en un 60% por la Generalitat (gobierno de la región de Cataluña) y en un 40% por el Ayuntamiento de Barcelona. Los entes que integran el consorcio son los siguientes: IMAS, el Hospital San Pablo que es la más antigua organización prestadora de servicios de salud que tiene Barcelona, constituido hacia el 1.700 con las donaciones que se realizaban a la Iglesia para la atención de los pobres y desprotegidos. Actualmente su conducción está a cargo de la Iglesia Católica, la Diputación (gobierno de la provincia de Barcelona), el Ayuntamiento de Barcelona, y la Generalitat. También integran la oferta prestadora del consorcio el PAMEN (Mutua de los empleados dependientes del Ayuntamiento y el 061 (Empresa pública, que se encarga de los traslados y urgencias).

Es de destacar que durante los meses de febrero y marzo de 1997, se lleva adelante un proceso de reconversión de este Consorcio, tendiente a crear una estructura dentro del mismo que se encargara a modo de terceros de las funciones de la región sanitaria de Barcelona. Esto se inscribe en un marco de coherencia con la reforma que en 1990 había producido la separación de funciones entre el Servicio Catalán de la Salud, que se encarga del financiamiento, la organización, la regulación y la compra de servicios, y el Instituto Catalán de la Salud que agrupa a todos los hospitales que habían sido transferidos del Insalud, constituyendo por lo tanto un prestador puro que vende servicios de atención médica.

4. Consorcio Hospital de Clínicas

Está organizado en torno al Hospital de Clínica de Barcelona que pertenece al Ministerio de la Sanidad de España, al Ayuntamiento y la Diputación y es una de las más prestigiosas entidades de internación de todo el país.

II DESCRIPCIÓN DEL HOSPITAL/NETWORK HOSPITALARIO OBJETO DEL CASO

Los hospitales/Network objeto del caso son los siguientes:

1. **IMAS (Instituto Médico Asistencial Sanitario)** cuyo titular es el Ayuntamiento de Barcelona
2. **Consorcio Hospitalario de Cataluña** (conformado por todos los hospitales cuyos titulares son los Ayuntamientos de Cataluña y por algunas fundaciones sin fines de lucro)
3. **Instituto Catalán de la Salud - Ciudad Sanitaria Valle de Hebrón**

II.1 Caso 1: **IMAS - INSTITUTO MUNICIPAL DE ASISTENCIA SANITARIA**

II.1.a Características generales

- El **IMAS** es un instituto integrado por centros con distintas funciones en el sector de la salud tales como prestaciones, investigación, docencia, etc. El funcionamiento como grupo le facilita su actuación en el mercado tanto como proveedor (venta de servicios a la seguridad social y al privado), cuanto como comprador (compras y contratación de servicios centralizados). Dispone de una amplia autonomía de funcionamiento, si bien la titularidad del mismo corresponde al Ayuntamiento de Barcelona el cual nombra el Consejo de Administración.
- La conducción está a cargo de un Consejo de Administración, en tanto que la gestión operativa es desarrollada por un gerente, quien a su vez cuenta con secretarios específicos para las áreas económico-financiera, logística, informática, obras e inversiones, personal y servicios de estudios, a las cuales se agrega asistencia médica.
- Las Instituciones que conforman el IMAS son:
 - Centro de Agudos - Hospital del Mar
 - Hospital de la Esperanza
 - Centro Geriátrico
 - Instituto Psiquiátrico
 - Centro Peracamps de Urgencias
 - 6 centros de Atención Primaria
 - Centro de Atención Primaria en Salud Mental
 - Dispensario de Toxicómanos de la Barceloneta
 - Instituto Municipal de Investigaciones Médicas
 - Unidad Docente del IMAS (Universidad Autónoma de Barcelona)
 - Escuela Universitaria de Enfermería
 - Escuela Bonanova de Formación Profesional Sanitaria
- Durante el año 1996 se realizaron modificaciones en la estructura organizativa tendientes a achatar la pirámide decisional, basadas en los principios de calidad total con los cuales el Instituto coincide y a los que aplica.
- El IMAS se autofinancia vendiendo servicios fundamentalmente a la Seguridad Social. No obstante recibe una pequeña parte de sus recursos a través de la Generalitat, que le reconoce la atención de personas carentes de cobertura, las cuales de este modo son atendidas por alguno de los dos hospitales para pacientes agudos del Instituto.

- El IMAS y ESADE desarrollaron conjuntamente el plan estratégico del Instituto para el periodo 1995-1999, tendiente a definir el nuevo modelo asistencial de la red. ***En este sentido se optó por consolidar un sistema asistencial integrado multicéntrico y complementario con una identidad corporativa única, que se basara en la identidad del conjunto más que en la de cada centro por separado.***
- Hasta ahora se había trabajado como centros independientes o cuasi independientes con un control centralizado de los servicios. El inconveniente más importante de la estrategia señalada es la percepción de pérdida de personalidad por parte de los centros actuales.
- Frente a una serie de cambios en el entorno se plantearon diversas ***alternativas de posicionamiento:***
 - ◆ En cuanto a la ***provisión de servicios*** se buscó mantener la relación calidad/precio, introducir nuevos servicios complementarios a los asistenciales, y realizar importantes innovaciones de los procesos.
 - ◆ Respecto del ***flujo de pacientes***, asegurar la gestión de la demanda y segmentar la oferta.
 - ◆ En lo referente a la ***competencia con los proveedores***, elaborar estrategias tendientes a la anticipación, aprovechamiento de las ventajas competitivas, competitividad-colaboración, y *benchmarking*.
 - ◆ En cuanto a la ***flexibilidad de la oferta***, los cambios hacían eje en la innovación de procesos, movilidad funcional, gestión del conocimiento y nuevas tecnologías.
 - ◆ Por último respecto a cómo enfrentar los cambios epidemiológicos y demográficos, se definió la necesidad de garantizar la continuidad asistencial, buscar cambios culturales en los médicos, a la vez que trabajar en la adaptación a la demanda y segmentación de la oferta.
- Respecto de la ***estructura organizativa*** del IMAS, el plan estratégico estableció que la dirección corporativa se encargaría de ***definir el modelo asistencial***, es decir qué enfermedades se iban a tratarse cuáles no, qué centros se encargarían de ello, qué criterios se establecerían para determinar el paso de un paciente de un centro a otro, a la vez que se delineaban las funciones de control de costos y calidad de los servicios prestados. En este nivel es donde se incorpora la figura de la dirección asistencial.
- La función de la Dirección de Recursos Humanos en su aspecto normativo y de control también se centralizó en la Dirección Central del IMAS. En el modelo de futuro tanto el personal sanitario como el no sanitario pertenecerá al IMAS y no a cada centro en particular, lo que obliga en consecuencia a centralizar esta función.
- Para garantizar un alto nivel de coherencia estratégica y de potenciación de la propia estructura directiva central del IMAS se planteó la necesidad de que a la Dirección Central del IMAS lleguen los actuales equipos directivos de cada centro, de tal manera de compartir responsabilidades generales a nivel de centro y las funcionales en el conjunto del IMAS.

II.1.b Información estadística sobre el IMAS

Recursos/Años	1993	1994	1995
Personal	1914	1832	1850
Camas	1113	1079	1037

Fuente: Memoria IMAS, 1995.-

Actividad	1993	1994	1995
Estadias	381.814	366.364	360.921
Primeras visitas	51.527	46.418	46.895
Visitas sucesivas	242.688	221.322	227.462
Urgencias	123.609	125.415	133.400
Otras actividades	56.846	58.548	62.498
Total UBA-s	579.535	588.123	588.508

Fuente: Memoria IMAS, 1995.-

Parametros	1993	1994	1995
% Ocupación	93,4	92,0	93,8
Altas o enfermos ingresados	24331	23940	23770
Estadia media	9,3	8,8	8,7
Relac.sucesivas/ Primeras	4,7	4,8	4,9
% gasto personal	64,3	62,4	62,4
Personal/camas	1,5	1,5	1,5

Fuente: Memoria IMAS, 1995.-

Cuentas de explotación	1993	1994	1995
Ingresos	13261,5	13604,4	14618,0
Gastos de personal	9484,5	9357,9	9836,9
Gastos generales	4560,5	4508,0	4951,2
Amortización y provisiones	761,6	778,7	1757,9

Resultados financieros	-373,7	-468,8	-373,7
Resultados extraordinarios	539	-149,7	823,7
	-1379,8	-1701,6	-468,3

**- En millones de pesetas -*

Fuente: Memoria IMAS, 1995

II.1.c. La función de compra y los procesos de adquisición.

El IMAS nace en 1984 con una sola política, con un equipo directivo individual encargado de dirigir la política de todos los entes que integran el Instituto.

Desde 1984 trabajan con presupuesto sobre base real y con un adelantado nivel de informatización de los servicios.

Las compras son voluminosas y con una gran variedad de adquisición, no obstante se podrían clasificar en bienes cuya reposición surge de la información que proveen los almacenes sobre el stock, los servicios cuya renovación surge de los tiempos de los contratos que se tengan y por último los activos fijos cuya decisión de incorporarlos constituye una decisión política estratégica del grupo.

Las compras se hacen en forma centralizada, con una central de compras que depende de la Dirección de Logística a cargo del Consejo de Administración del Instituto.

Como comentáramos anteriormente y con motivo de los problemas de corrupción que se presentaron en los años 1992-93, se modificó la ley de contratos del Estado, buscando dar mayor transparencia. Esta decisión tendió a uniformar los procedimientos existentes, acarreando como consecuencia mayores problemas para comprar de manera eficiente. Esta nueva legislación requiere mayor planificación y organización por parte del comprador, dado que exige el concurso para casi todos los casos, ya que sólo las compras menores de 15.000 dólares pueden hacerse en forma directa.

Dada la característica de ente público que tiene el Instituto ha debido encuadrarse dentro de la normativa en vigencia, en consecuencia se deben respetar las condiciones, tiempos y plazos, que allí se establecen.

Finalmente, en virtud del sistema de información conectado en red con todos los entes que constituyen el Instituto, la experiencia de presupuestar en tiempo real y la histórica experiencia de una central única de compras que haga pesar la fuerza de la demanda ante los proveedores, aprovechando las economías de escala, se ha hecho posible que hoy el Instituto adquiera el 70% de los bienes por concurso público.

II.2 Caso 2: **CONSORCIO HOSPITALARIO DE CATALUÑA**

II.2.a Características generales

En primer lugar cabe recordar que la adscripción a los consorcios es voluntaria y que los mismos cumplen fundamentalmente las siguientes acciones:

- ◆ Promover sinergias.-
 - ◆ Negociar políticamente con mayor fuerza.-
 - ◆ Informar y actuar como verdaderas poleas de transmisión.-
 - ◆ Instar a la reforma y adecuación de los entes que participan del mismo.-
 - ◆ Crear instrumentos de gestión y administración que luego comparten con los hospitales miembros del consorcio.-
- El Consorcio Hospitalario de Cataluña es una entidad que agrupa a los Hospitales y Centros Sanitarios vinculados a la Administración Local y Fundaciones sin ánimo de lucro ubicadas en Cataluña. El CHC se creó en 1981 y tuvo su reconocimiento legal en 1983.
- El CHC ha promovido la descentralización de recursos físicos y económicos a la vez que ha potenciado la autonomía y la gestión en los centros sanitarios, siendo por ello pionero en la creación de sistemas de información sanitaria, contabilidad, gestión de compras y acceso a nuevas tecnologías.
- El CHC consta de una Junta General donde cada asociado tiene un voto, una Comisión Permanente integrada por 11 personas representativas de la Asociación, y una Comisión de Gestión formada por todos los gerentes de los hospitales.
- Además el Consorcio tiene diversas áreas que brindan apoyo técnico a sus asociados y a los órganos de gobierno:
- ◆ Secretaría General Técnica.-
 - ◆ Secretaría de crónicos.-
 - ◆ Secretaría de Relaciones con la Unión Europea.-
 - ◆ Secretaría de Informática y de Comunicación e Imagen.-
 - ◆ Gabinete Jurídico y Laboral .-
 - ◆ Gabinete Económico y Fiscal.-
- De manera paralela existe un **CHC Sociedad Anónima** que es una empresa de capital público bajo la forma legal de sociedad anónima, gerenciada como una organización empresarial privada en un entorno altamente competitivo.
- CHS S.A es una empresa surgida del Consorcio para vehicular y mejorar la prestación de servicios sanitarios que requieren los hospitales comarcales de Cataluña, los centros de atención primaria y residencias de pacientes crónicos.

- La Sociedad Anónima aglutina un volumen considerable de recursos humanos, inmobiliarios y de experiencia en gestión de los 72 centros del CHC, con la existencia de empresas de servicios altamente especializadas en sectores concretos de la sanidad. Se ha convertido en uno de los grupos empresariales de servicios sanitarios más importantes de España, suministrando y vendiendo servicios tanto a sus centros afiliados como a otros centros hospitalarios y de atención primaria de España.
- La facturación del **CHC Sociedad Anónima** 1994 alcanzó los 4.300 millones de pesetas (33 millones de dólares) con una plantilla de 150 personas.
- Las empresas y divisiones del grupo **CHC Sociedad Anónima** son:
 - ◆ **Iasist S.A:** es una empresa especializada en sistemas de información para la gestión, líder en España en estudios de investigación sobre esta materia. Posee una extensa base de datos de los recursos hospitalarios de España y Europa. Facturó en 1994 aproximadamente 125 millones de pesetas.
 - ◆ **LRC, S.A:** Laboratorio de Referencia de Cataluña, es una empresa especializada en la realización de análisis clínicos de todo tipo para centros sanitarios, lo que representa 2,1 millones de determinaciones. Posee equipamiento de alta tecnología completamente informatizado. Facturó en 1994 1.100 millones de pesetas (8,46 millones de dólares)
 - ◆ **CGEST/BCGEST S.L:** Empresas especializadas en la gestión integral de centros sanitarios (hospitales y residencias para enfermos crónicos) a través de la modalidad de contratos de gestión. Facturó en 1994 180 millones de pesetas (1,3 millones de dólares)
 - ◆ **UDIAT:** Unidad de Diagnóstico por la imagen de alta tecnología, Agrupación de instituciones sanitarias públicas mediante la creación de este centro para el diagnóstico y tratamiento por la imagen, utilizando equipos de alta tecnología. Suministra sus servicios a hospitales afiliados y centros de atención primaria. Facturó en 1994 aproximadamente 800 millones de pesetas (6,1 millones de dólares).
 - ◆ **SSC, SL:** Central de Compras, Empresa especializada en la negociación y adquisición de toda la gama de material fungible y reactivos, que suministra a 34 hospitales, consiguiendo economías de escala y estandarización de productos. Facturó en 1994 aproximadamente 2.000 millones de pesetas (15,4 millones de dólares). Fue disuelta en junio de 1995 cuando se aprobó la nueva ley de contratos del Estado.
 - ◆ **División Formación:** Departamento especializado en la formación y reciclaje de personal sanitario en temas de gestión de asistencia primaria, administración, asistencia socio-sanitaria, tecnología asistencial y gestión hospitalaria, buscando la adaptación de los profesionales a los nuevos modelos de prestación de servicios, unificando criterios y pautas de actuación. Número de alumnos en 1994: 6050
 - ◆ **División Internacional:** Departamento creado para la ejecución de asesoría técnica y ejecución de proyectos en el ámbito internacional, aprovechando los importantes recursos y experiencias del grupo CHC

S.A y del CHC, en los ámbitos de atención primaria de la salud, gestión hospitalaria, diseño de sistemas sanitarios y reformas sanitarias.

- El Consorcio, si bien es una patronal de los hospitales de los ayuntamientos que tuvo a su cargo el lobby y prestar algunos servicios a los socios, no se había involucrado en la firma de contratos de trabajo con las distintas categorías de trabajadores que prestan servicios en los hospitales, a diferencia de lo que venía haciendo desde hace mucho tiempo el otro Consorcio más antiguo que es la Unión Catalana de Hospitales.
- Desde finales del año pasado se creó un Consorcio Patronal que conjuntamente con la Unión Catalana de Hospitales firmaron los convenios por un plazo de tres años con los sindicatos de las distintas categorías.

II.2.b

Información estadística sobre el CHC

- Forman parte del CHC 72 centros sanitarios, 13.260 profesionales, 7.670 camas, Udiat, Telemática-CCE y Asesoría Jurídica
- La red de salud vinculada al Consorcio constituye una parte importante de la red pública de atención constituyendo el 41% de los centros hospitalarios, el 33% de las camas hospitalarias y tiene el 25% de los profesionales. Además tiene el 50% de los centros de larga estancia.
- La facturación del CHC durante el año 1994 fue de 180.000 millones de pesetas (1,384.6 millones de dólares)
- La facturación del **CHC Sociedad Anónima** 1994 alcanzó los 4.300 millones de pesetas (33 millones de dólares) con una plantilla de 150 personas.

II.2.c La función de compra y los procesos de adquisición

A principios de los años ochenta los jefes de compra de los hospitales pertenecientes a los Ayuntamientos de Cataluña se reunían periódicamente para ponerse de acuerdo en los productos a comprar para los hospitales, a la vez que intercambiaban conocimientos sobre proveedores y precios. De este modo, trabajaron unificando criterios y llegaron a standarizar la variedad de productos que requiere un hospital para su funcionamiento.

En el año 1994 crearon la central de compras dependiente del Consorcio. En enero de 1995 el Consorcio creó a su vez una empresa pública denominada **SSC SL**, encargada de la negociación, de los pedidos y de los pagos, que compraba por cuenta y orden de los hospitales, en tanto que el almacenamiento se hacía en los hospitales respectivos.

La empresa creada actuaba como agencia mandataria de las compras hospitalarias de los hospitales pertenecientes a ayuntamientos pequeños de Cataluña, que de esta manera alcanzaban importantes ahorros en sus compras y mayor poder de negociación con los proveedores. Compraba fundamentalmente bienes fungibles (gasas, guantes, placas radiográficas, descartables, etc)

Participan de esta estrategia un total de 8 hospitales (excluidos los del IMAS que tienen poder de negociación por sí mismos, dado que constituyen un grupo de compra único) .

En junio de 1995 el cambio de legislación de contratos de las administraciones públicas, que lo adecua a exigencias de la Unión Europea y dota de mayor transparencia al sistema exigiendo concursos para las compras, impide seguir comprando con la metodología indicada. Esta medida afecta actualmente a los consorcios y las sociedades anónimas, pero no las fundaciones públicas o privadas responsables del management de hospitales.

Actualmente dada la imposibilidad de seguir actuando en la negociación y la estrategia de compra conjunta de los hospitales, el Consorcio disolvió la central de compras como empresa y realiza la coordinación de los concursos públicos a pedido de los hospitales cobrando una pequeña comisión por esta gestión.

II.3 Caso 3: INSTITUTO CATALAN DE LA SALUD / CIUDAD SANITARIA VALLE DE HEBRON

II.3.a Características generales

El ICS (ex hospitales Insalud) cuenta con un total de 11 hospitales a su cargo. 4 ellos constituyen lo que se denomina como la ciudad sanitaria Valle de Hebron:

- Valle de Hebron (materno infantil, traumatología, general y clínica)
 - Belbiche (hospitalet)
 - Villa de Caus
 - Lerida
 - Tarragona
 - Gerona
 - Tortona
- Los hospitales de Cataluña han desarrollado durante los últimos años un gran esfuerzo de organización e introducción de nuevos mecanismos de gestión para adaptarse de manera flexible al entorno. En 1994 se encomendó al presidente del ICS y al Director del SCS la elaboración de propuestas de fórmulas organizativas que contribuyeran a mejorar la eficiencia y la eficacia de los servicios, unidades y centros del Valle de Hebrón.
- Esto dio lugar a nuevas experiencias de gestión con la creación de la empresa pública Servicios Sanitarios de Referencia - Centro de transfusiones y Banco de tejidos, y de la

Unidad de Coordinación Asistencial (UCA), para la gestión de los flujos entre los hospitales Valle de Hebrón y los centros sanitarios de su área de influencia.

- Los hospitales de Valle de Hebrón constituyen el primer centro hospitalario de Cataluña y considerando cualquier sector, son sin lugar a dudas una de las principales organizaciones de servicios del país.
- El nuevo modelo organizativo que se está implementado permitirá tres objetivos básicos:
 - ◆ Esclarecer y ordenar las diferentes líneas de prestación de servicios/gestión en los diferentes hospitales del Valle de Hebrón.-
 - ◆ Establecer un marco de asociación estable con los proveedores sanitarios.-
 - ◆ Consolidar un entorno de trabajo más ágil y flexible para realizar proyectos de mejora de resultados.-
- El nuevo estilo de gestión tiende a desarrollar una nueva lógica de funcionamiento, más adecuada a la naturaleza de la prestación de servicios de salud. El modelo se propone avanzar en la introducción de una gestión más ágil y ampliar la autonomía de gestión de los centros.
- La gerencia de los hospitales Valle de Hebrón ve potenciado su papel de liderazgo estratégico y asume los procesos de planificación y dirección, mientras una parte importante de las funciones que actualmente residen en los servicios generales se descentralizan y reubican.
- Los principios de gestión son:
 - ◆ Dirección ejecutiva y gestión de equipos.-
 - ◆ Procesos de dirección colegiada.-
 - ◆ Liderazgo estratégico y políticas compartidas.-
 - ◆ Achatamiento y reducción de la estructura.

II.3.b

Información estadística sobre el I.C.S.

- Tiene a su cargo 1.450 camas, realiza aproximadamente 580.000 consultas y da servicios a más de 770.000 personas cada año. Trabajan un total de 6856 personas.
 - La ciudad sanitaria representa aproximadamente un 40% del grupo ICS y el 10% del presupuesto total de salud en Cataluña. No constituye una simple agrupación tipológica de instalaciones, sino un conjunto asistencial pluridisciplinario de tercer nivel, que presenta una oferta complementaria con un nivel máximo de autosuficiencia asistencial y una imagen única de servicios.
- * - Ver planillas anexas sobre las características del grupo y la actividad durante los años 1994-1995. –

II.3.c La función de compras y el proceso de adquisición

❖ Aspectos generales

Los hospitales del Valle de Hebrón tienen en común todos los servicios, lavandería, comedor, etc. Siete años atrás cada uno tenía un departamento de compra y su propio almacén. Al centralizarse las compras del Valle de Hebrón el resultado fue un ahorro de tiempo, espacio y recursos a la vez que se ganó un mayor peso dentro del mercado. La centralización alcanza los bienes y servicios, los fármacos y la tecnología.

En la unidad de compras y almacenes de Valle de Hebrón se maneja un volumen millonario, que alcanza el 23,3% del presupuesto global de toda la institución sanitaria (ver figura que se adjunta)

Tienen un sistema de control de lo más avanzado mediante código de barras de cada producto y por comunicación informática (*EDI -Electronic Data Interchange-*), lo cual permite presupuestar, controlar, inventariar, etc.

El Valle de Hebrón compra también con tres hospitales del ICS, cuyos jefes de compras se ponen de acuerdo para contratar conjuntamente.

El enfoque de la “gestión frugal de la producción” ha llevado a la Unidad de compras racionalizar el uso del espacio físico del almacén. En el mismo se ha centrado el 100% de las actividades de compras que en otros tiempos se realizaban en forma atomizada (a través de la administración individual de los cuatro hospitales que componen la ciudad sanitaria). A pesar de que actualmente la Unidad se responsabiliza de un volumen de compras un 70% mayor que hace cuatro años los stocks se han ido reduciendo sensiblemente.

Profundizando lo precedente, cabe señalar que el almacén central ocupa una extensión de 3.000 m², tiene forma de U y se encuentra relativamente cerca de los cuatro hospitales y centros adicionales a los que provee. Este almacén, cuya capacidad de depósito aparecía en otros tiempos sobreutilizada con unos stocks para 6 meses, hoy sólo alberga los artículos necesarios para desarrollar 24 días de servicios hospitalarios. Esto responde al objetivo actualmente marcado de alcanzar stocks sólo para 15 días, apoyados en los planteamientos que se indican más adelante. Mientras tanto, el almacén ha ganado sensiblemente en manejo y accesibilidad de sus estanterías, lo cual ha redundado en una mayor agilidad y sencillez del proceso de almacenaje racional y preparación clasificada de las salidas diarias a los centros de coste.

Esta simplificación del almacén se ha operado también gracias a la centralización no sólo de las compras, sino de las tareas de distribución. En otros tiempos, el servicio de farmacia, por ejemplo era responsable de la distribución de buena parte del material sanitario. Actualmente, esta distribución se realiza desde el almacén central, pero con la asistencia técnica de un farmacéutico. Este mismo técnico presta sus servicios de asesoramiento en la tarea de compras, junto con un químico, un veterinario y dos abogados.

Sobre la complejidad de las operaciones rutinarias de suministro de material a los centros de coste puede dar una idea el hecho de que existan en la Ciudad Sanitaria 140

almacenes hospitalarios con reposición diaria. Este suministro se lleva a cabo gracias al empleo del código de barras y de una docena de lectores ópticos.

La relación del departamento de compras con los proveedores ha cambiado. Las tácticas de desconfianza han cedido paso a un enfoque global de colaboración y búsqueda común de soluciones. En tal contexto, el principal valor añadido de la situación es la fluidez de la comunicación. Un número excesivo de proveedores impide cualquier seguimiento individualizado de las ofertas. Además la falta de presencia del comprador en el proceso global de elaboración y entrega de los artículos implica no sólo la duplicidad de costes de inspección, sino una constante incertidumbre sobre los tres principales supuestos de toda relación proveedor-cliente: el costo, la calidad y el plazo.

El número de proveedores extranjeros y nacionales se ha reducido, pasando de 1.000 proveedores a tan sólo 300. Esta concentración se ha visto favorecida por el proceso de fusiones que se están produciendo en los últimos años, especialmente en el sector farmacéutico.

En el caso de la Unidad de compras se ha concedido una gran importancia al flujo de información, donde prevalece la rapidez informativa y la fiabilidad de la misma. Teniendo en cuenta que el intercambio de datos hoy apenas se concibe sin la informática, en los últimos cuatro años se ha dotado al departamento de un equipamiento informático que permite operar el EDI (Electronic Data Interchange) y los sistemas de codificación en código de barras.

En la actualidad cuentan con 4 ordenadores personales AT (con microprocesador 80386) y un ordenador central HP que hace de servidor de la red local provista de tantas terminales como personal administrativo se requiere. Se dispone también de ocho impresoras y dos impresoras adicionales de código de barras, junto a la citada docena de lectores ópticos, además de una fotocopiadora Rank Xerox 50/90 con capacidad para 1 millón de copias/mes. Obviamente, este equipamiento ha descargado y simplificado mucho trabajo administrativo, reduciéndose la dotación de personal de 100 a tan sólo 40 personas.

Uno de los objetivos en curso actualmente es la adopción definitiva de un sistema de código de barras de uso uniforme y obligado por parte de los proveedores y de la Unidad. En tal sentido, el sistema standard EAN parece cumplir con los requisitos de eficacia y universalidad que se propone la unidad.

Por último, digamos que la unidad de compras dispone de cierto avance metodológico importante como es una *guía de material sanitario*, cuya primera redacción es de mayo de 1994. La misma permite al personal que trabaja en el ciudad sanitaria uniformar los conocimientos y la terminología que posee sobre el material sanitario.

Se trata de una clasificación y descripción de más de 2.100 artículos del material que la unidad de compras y almacenes adquiere para el uso habitual. Se estructura en ocho capítulos: apósitos, higiene y protección, recipientes de muestra, administración de fluidos, punción e incisión, cirugía, ventiloterapia y otros materiales. Cabe agregar que esta guía se ha beneficiado de la experiencia pionera elaborada por la Clínica Universitaria de Navarra.

Cada artículo consta de tres campos informativos: nombre del artículo, descripción del mismo, e inicio de la descripción y código del nomenclador propio de la Unidad de Compras y Almacenes.

El Subdirector de compras del complejo hospitalario Valle de Hebrón se encarga también de coordinar las acciones con el resto de responsables de compras de los hospitales ICS para comprar en forma conjunta, dado que el ICS no cuenta con un centro corporativo importante. Los rubros que se compran conjuntamente son aquellos donde existen consenso para la compra global. En el caso de las tecnologías y los fármacos cada uno compra por su cuenta.

❖ **Función de compras de la red prestadora Instituto Catalán de la Salud**

Existe una *política de compra agregada del ICS* que funciona de la siguiente manera:

- ◆ En primer lugar se confecciona un catálogo con todos los productos consumibles en los hospitales.-
- ◆ Luego se reúne una comisión de trabajo con todos los jefes de compras de los 11 hospitales que realizan una propuesta de compra y asimismo de la contratación que debe ser organizada para su llamada a concurso.
- ◆ Posteriormente se eleva lo actuado a la Comisión de Dirección integrada por todos los gerentes generales de los hospitales, quienes deciden qué artículos se compran y cuáles no. Por ejemplo la lencería no se suele comprar corporativamente por que cada una requiere un bordado específico según el hospital, pero sí por ejemplo las placas radiográficas.
- ◆ Para el resto de los productos cada hospital va por libre. En el caso de Valle de Hebrón existe una instancia de coordinación de las compras adicional que es el complejo hospitalario que ya se analizó, donde básicamente se reúnen los jefes de compra de los cuatro hospitales y hacen la propuesta a los gerentes generales, quienes la elevan al gerente de complejo sanitario
- ◆ Los jefes de compras de todos los hospitales ICS (ocho áreas hospitalarias) se han puesto de acuerdo sobre un catálogo de artículos, consensuando y codificando todos los productos que se compran y dándole un código nuevo distinto al que tiene dicho producto dentro de cada hospital.

❖ **Futuros cambios: la Comisión Técnica de Suministros**

Finalmente existe a nivel del ICS lo que se denomina Comisión Técnica de Suministros creada por resolución del 16 de febrero de 1995. Los fundamentos de la resolución mencionan la necesidad de aprovechar las ventajas de la economía de escala y hacer más eficiente y eficaz el servicio. Si bien todavía no tienen una organización corporativa central se le está dando forma a lo que pasaría a ser una central única de compra encargada de negociar, comprar y concursar.

Uno de los objetivos es mejorar los mecanismos de adquisición, homologación, suministro, almacenamiento y distribución de los productos sanitarios y de los materiales requeridos por los centros y establecimientos gestionados por el Instituto Catalán de la Salud. Por consiguiente han optado por dotar a ese organismo de un instrumento capaz

de coordinar la actuación de los órganos que participan de las funciones mencionadas: mediante la creación de esta Comisión Técnica de Suministros.

Las *funciones que tiene asignada la Comisión son:*

- ◆ Coordinar la actuación de los órganos competentes en los procedimientos de contratación de suministros.-
- ◆ Velar por el cumplimiento de la normativa reguladora de la clasificación, ordenación y homologación de los productos sanitarios.-
- ◆ Proponer la política de compras y suministros de productos sanitarios de consumo general comunes a los centros, servicios y establecimientos gerenciados por el ICS.-
- ◆ Proponer la adquisición de productos y bienes de utilización común a los efectos de realizar una contratación agregada.-
- ◆ Proponer la homologación y estandarización del consumo de productos sanitarios, de acuerdo a los protocolos de calidad.-
- ◆ Proponer la adopción de sistemas de codificación y normalización del almacenamiento, y de una política común para el tratamiento de materiales de utilización sanitaria en centros, servicios y establecimientos del Instituto.-
- ◆ Proponer los vocales de los pliegos de contratación de suministros que afecten a todos los centros, servicios y establecimientos del ICS.-
- ◆ Proponer los miembros de las comisiones asesoras de los pliegos de contratación para el análisis técnico de productos y muestras.-

II. 4 PUNTOS DE FUERZA DE LAS ESTRUCTURAS EN EXAMEN

❖ *IMAS:*

- ◆ La función de compras siempre se ejerció centralizadamente lo cual ha facilitado la capacidad de negociación y la obtención de precios más ventajosos haciendo valer la economía de escala.
- ◆ Como aspecto relevante del grupo está definido como un holding y puede actuar como tal, ya no sólo en cuanto a capacidad comercial de compra sino ahora también como oferta integrada de servicios de salud.

❖ *CONSORCIO HOSPITALARIO CATALUÑA:*

- ◆ La creación de un ámbito de intercambio y capacidad de lobby de los hospitales fue un paso importante, sin embargo en términos específicos de la gestión de compras, el Consorcio llegó a tener una empresa sin fines de lucro que tenía por objetivo justamente comprar para todos los hospitales, generando fuerte capacidad de negociación y economías de escala.
- ◆ La organización administrativa del Consorcio, el pensar su función no sólo en términos de sus asociados sino como base de estudio e investigación para vender servicios a otros hospitales extranjeros o fuera de su red, constituye un modelo de gestión donde los hospitales de propiedad local innovan y venden a otros sectores públicos servicios que le permiten autofinanciarse.

❖ **CIUDAD SANITARIA VALLE DE HEBRÓN**

- ◆ Es quien más ha desarrollado una profesionalidad específica en las compras de insumos teniendo en cuenta los volúmenes que maneja. Han introducido importantes innovaciones en materia de gestión proveniente de los desarrollos de la industria en materia de compras a los subcontratistas.

- ◆ Han realizado avances relevantes en materias de criterios de unificación de las compras lo cual les permite adquirir de manera conjunta una cantidad importante de insumos, no obstante padecen el problema de cash flow del sector público lo cual en muchos casos los obliga a pagar sobrepagos o altos intereses por las demoras incurridas en el pago correspondiente.

ANEXO 1:

- ❖ *Se consideró interesante agregar este anexo para que se pueda percibir el debate que atraviesa el sistema de salud de Cataluña, que hace eje fundamentalmente sobre la mejor forma de eficientizar la gestión de entidades con fines públicos y de propiedad estatal (local o regional) sin privatizar.-*

Empresas, consorcios y fundaciones creadas por la administración pública para prestar servicios de salud eficaces.

➤ *La huida del derecho administrativo*

A principios de los noventa el modelo integral de salud atendido por una organización pública, centralizada y básica, que preveía la Ley General de Sanidad (1986) comenzaba a ser sólo un recuerdo. Los prestadores de salud, agobiados por la burocracia del derecho público, comenzaron a crear empresas públicas que acomodaban su funcionamiento a normas de derecho privado (mercantil, civil y laboral).

Siguiendo un trabajo realizado por Francisco José Villar Rojas (Asociación Nacional de Juristas de Salud) para las Jornadas de Economía de la Salud, el mismo expresaba que la **“huida del derecho administrativo”** como se denominó al proceso, permitía a las empresas obtener en mayor o menor grado

- ◆ Suficiente autonomía financiera para alcanzar una mayor disponibilidad sobre los fondos públicos que les fueran asignados (con controles a posteriori).
- ◆ Capacidad de generar recursos propios y, en ocasiones, escapar a las reglas de la contabilidad pública., inclusive con la posibilidad de evitar la aplicación de normas sobre formación de la voluntad de las Administraciones Públicas agilizando y haciendo menos formal la toma de decisiones.
- ◆ Un tercer efecto referido a la legislación de su actividad externa. Estas nuevas empresas contrataban con terceros bajo las normas del derecho privado (compra de bienes y contratación de servicios, régimen jurídico del personal, gestión del patrimonio, etc)

En esta última faceta, la que más nos interesa, las empresas huyen de la normativa de contrataciones del Estado, del estatuto sobre el funcionario y las leyes sobre el patrimonio.

En otras palabras se acude al derecho privado para comprar mejor, sin límites y en forma directa, para pagar más al personal (incentivos) y utilizar el patrimonio con criterios empresariales y con amplias facultades de disposición.

El cambio en la gestión de la salud que representa lo dicho hasta ahora no constituye empero, la privatización de servicios públicos. Por el contrario es asimilable a la denominada ***privatización de la organización de los servicios sin cambio de***

titularidad, esto es, de la gestión jurídico-privada de servicios en mano pública tan de moda en España durante los últimos años.

La principal razón aducida para la huida del derecho administrativo hacia la libertad que ofrece el derecho mercantil, es la mejora en la eficacia de la prestación de los servicios. La eficacia en este caso no se busca como en el caso de la privatización, mediante el traspaso de titularidad (del público al privado) sino que se acude a mecanismos jurídicos que permitan una gestión más ágil y flexible.

➤ **El Informe Abril**

Este informe, realizado por un grupo de expertos en 1991 por encargo del Parlamento Español, constituyó una primera evaluación del funcionamiento de la Ley General de Sanidad a 5 años de su aplicación.

Proponía dos cambios fundamentales respecto de la ley:

- ◆ El primero la separación de funciones entre la autoridad sanitaria (planificador y comprador) y los proveedores (centros asistenciales públicos y privados).-
- ◆ El segundo la huida del derecho administrativo al derecho privado en la gestión de los centros y servicios asistenciales públicos.

El informe puede ser considerado por consiguiente como el ***fundamento ideológico en la decisión de crear empresas públicas para la prestación de servicios de salud***. La gestión de la salud con técnicas empresariales surge como la respuesta lógica a la rigidez e ineficacia que resulta del derecho público.

➤ **Ley de Contratos del Estado**

Durante el año 1995 las exigencias de la integración europea en materia de contrataciones y los escándalos de corrupción que asolaron España, revirtieron los criterios utilizados por el legislador al evaluar el Informe Abril y esto se plasmó en la sanción de una ***nueva Ley de Contratos del Estado***, en cuyo ámbito se incluye también a las empresas públicas.

La nueva ley considera que la eficacia del servicio público buscada mediante las cláusulas del derecho privado nunca podrá justificar un desplazamiento del principio de legalidad, contradecir el principio de seguridad jurídica o vulnerar el principio de igualdad en sus diversas manifestaciones.

Martín Rebollo, expresaba al respecto que en el ámbito público la eficacia no puede alcanzarse a cualquier precio y menos aún cuando la contraprestación consiste en reducir o eliminar las garantías constitucionales que protegen a los ciudadanos frente a la acción del poder público, o cuando le imponen obligaciones.

Consecuentemente, la Ley de Contratos de las Administraciones Públicas (1995) intenta adecuar los contratos al interés público y la normativa vigente en la Unión Europea.

Uno de los primeros puntos de variación lo constituye la desaparición del contrato de obras como contrato tipo al que se debían ajustar el resto de contratos. A partir de esta ley tendrán regulación específica e independiente del contrato de obras los relativos a servicios, consultoría y asistencia técnica, suministros y trabajos específicos y concretos no habituales.

Uno de los puntos que más afecta el sector salud catalán es la ***extensión del campo de aplicación de la ley a los organismos autónomos y a las restantes entidades de derecho público con personalidad jurídica propia vinculada o dependiente de cualquier administración pública.***

Esto afecta no sólo las contrataciones del Servicio Catalán de Salud (Agencia pública compradora de servicios de salud para todos los habitantes de la región de Cataluña), sino también la contratación de la totalidad de entidades prestadoras.

A partir de ese momento, las empresas públicas y los consorcios creados por el Departamento de Salud y Seguridad Social (sería el *Assessoratto alla Sanità* de la Generalitat de Cataluña), el SCS (Servicio Catalán de Salud), los Ayuntamientos de Cataluña, el Instituto Catalán de la Salud (ICS), etc, debieron someterse a las actividades contractuales que indican las normativas de la nueva ley.

➤ **Opiniones de los entrevistados**

Las opiniones de los entrevistados fue que la nueva legislación que exige concursos para todos los casos, salvo compras menores de U\$\$ 15.000 dólares, generó serios inconvenientes en la gestión de suministros respectiva.

Uno de los más afectados fue el Consorcio Hospitalario de Cataluña, el cual tenía creada una empresa bajo la forma de sociedad de responsabilidad limitada, que actuaba como agencia de compras de los insumos, tecnología y fármacos de los hospitales pertenecientes a los Ayuntamientos de Cataluña, con excepción de Barcelona.

En el caso del Ayuntamiento de Barcelona, su grupo prestador denominado IMAS que tiene una política de compras única para todo el grupo (ver descripción), también se vio seriamente afectado por la exigencias de publicidad y de tiempos que plantea la adquisición y contratación mediante concursos públicos planteada por la nueva legislación.

Finalmente, el alto desarrollo informático alcanzado sumado a una gestión presupuestaria sobre base real (desde 1984), les ha permitido readecuarse a la nueva legislación y hoy están organizando los concursos anualmente, con la anticipación necesaria para no verse afectados en su eficiencia operativa.

BIBLIOGRAFÍA

- * *La planificación de la atención hospitalaria pública en Cataluña: una visión histórica de las transferencias* . Pre Vallribera (Coordinador Técnico del Ambito Hospitalario del Servicio Catalán de Salud). Revista Fulls Economics del sistema sanitario. Monografía, N°5, Departamento de Sanidad y Seguridad Social, Barcelona, 1994
- * *El Servicio Catalán de la Salud y la nueva organización de la asistencia sanitaria pública en Cataluña*, Xavier Trias (Consejero de Salud y Seguridad Social, Generalitat de Cataluña) Revista Fulls economics del sistema sanitario, N°1, abril 1992)
- * *La sanidad pública en Cataluña como un elemento de política económica*, Jaume Roma (Director del Servicio Catalán de la Salud), Revista Fulls Economics del sistema sanitario, N° 22, abril-junio 1994.
- * *El equilibrio económico en el modelo sanitario de Cataluña. Posibles respuestas en línea con las reformas en los países occidentales*. Roser Artal (Jefe de la Unidad de Coordinación de Sistemas de pago del Servicio Catalán de la Salud), Revista Fulls Economics del sistema sanitario, N° 26, Septiembre 1995
- * *El nuevo sistema de pago para la compra de servicios hospitalarios en el ámbito de los centros de la red hospitalaria de utilización pública. Comisión Técnica sobre el sistema de pago de los servicios contratados a la red*. Revista Fulls Economics, N° 28, mayo 1996
- * *Ley de ordenamiento de la Salud - Cataluña* (1990)
- * *La huida al derecho privado en la gestión de los servicios de salud - Francisco José Villar Rojas* (Asociación Nacional de Juristas de Salud) Trabajo presentado en las Jornadas XV de la Asociación de Economía de la Salud
- * *“La administración de garantías: vigencia y limitaciones”* Martín Rebollo (RCEC 13, 1992)
- * *Ley de contratos de las Administraciones Públicas* (Editorial Civitas, actualizada 1996)
- * *Los contratos de las administraciones públicas: de la ley al primer reglamento*. Xavier Padrós (Director de Servicios, del Departamento de Economía y Finanzas) Revista Fulls Economics, N°28, mayo 1996.
- * *Memoria 1995 del Instituto Municipal de Asistencia Sanitaria* (Publicación y CD)
- * *Plan Estratégico 1995-1999 del Instituto Municipal de Asistencia Médica* (IMAS - Esade)
- * *Memoria 1995 del Consorcio Hospitalario de Cataluña*
- * *Brochure de presentación del Consorcio Hospitalario de Cataluña*
- * *Memoria 1995 de la Ciudad Hospitalaria Valle de Hebrón*.

- * *Artículo “Comprar para hospitales, hoy”*. Jordi Cussó Palacin - Ciudad Sanitaria Valle d’Hebrón y Francisco Martín Peña - Escuela Universitaria de Estudios Empresariales, Revista Todo Hospital N° 109, septiembre 1994
- * *Compras hospitalarias: organización y gestión*. Xavier Alarcón Tenes - Ciudad Universitaria de Bellvitge, Revista Todo Hospital N° 109, septiembre 1994
- * *Los hospitales del ICS: presente y futuro*. José Gorricho Visiers (Director de la división hospitalaria del Instituto Catalán de la Salud), Revista Todo Hospital N°109, septiembre 1994
- * *Art. Gestión de suministros* - Ángel León (Logística - INBSA). Revista Todo Hospital N° 109, septiembre 1994
- * Ley de Ordenamiento de la Salud - Cataluña (1990)
- * Memoria 1995 del Instituto Municipal de Asistencia Sanitaria (Publicación y CD)
- * Plan Estratégico 1995-1999 del IMAS (realizado por ESADE)
- * *Artículo “Comprar para hospitales, hoy”*. Jordi Cussó Palacin - Ciudad Sanitaria Valle d’Hebrón y Francisco Martín Peña - Escuela Universitaria de Estudios Empresariales.
- * *Compras hospitalarias: organización y gestión*. Xavier Alarcón Tenes - Ciudad Universitaria de Bellvitge
- * *La finalidad y la estructura de las uniones estratégicas entre hospitales* - John Kralewski (Institute for Health Service Research - Universidad de Minnesota) y otros
- * *Los hospitales del ICS: presente y futuro*. Jose Gorricho Visiers (Director de la división hospitalaria del Instituto Catalán de la Salud)
- * *Gestión de suministros* - Angel León (Logística - INBSA)
- * *Información sobre el Consorcio Hospitalario de Cataluña* (memoria 1995, revista, presentación del Consorcio, etc)
- * Memoria 1995 de la Ciudad Hospitalaria Valle de Hebrón.
- * *Presentación de la Agencia de Evaluación de Tecnología Médica* (Generalitat de Cataluña)
- * *Informe Técnico producido por la Agencia de Evaluación de Tecnología Médica*. Ministerio de Sanidad y Consumod. Generalitat de Cataluña
- * *Aula Hospitals - I Jornada de Benchmarking de los Hospitales del Grupo ICS* (Instituto Catalán de la Salud).

