

# La implantación del Modelo CORE en el Nuevo Hospital “El Milagro” Salta (Argentina)

Elola Somoza FJ\*, Buxaderas Juega L\*\*, Espinosa R\*\*\*, Roma i Rodríguez J\*

\* *Presidentes de CODEH Internacional*

\*\* *Directora Técnica del Proyecto (enero 2001-octubre 2004)*

\*\*\* *Gerente del Nuevo Hospital El Milagro*

e-mail: bcn@codehintl.com

---

## Resumen

*Objetivo:* se describe un modelo de gestión (CORE) basado en la descentralización hacia las Unidades de Gestión Clínica, implantado en el Nuevo Hospital “El Milagro” (NHM), de Salta (Argentina). La forma jurídica de gestión del NHM, mediante concesión administrativa a la iniciativa privada, ha facilitado la implantación del modelo. El hospital público se configura como una empresa de servicios.

*Métodos:* el modelo se ha implementado contando con un equipo de profesionales nacionales e internacionales.

*Resultados:* mejora de la eficiencia, mejora de la calidad técnica, alto grado de satisfacción de los usuarios y de la población y mejora de la equidad en comparación con el modelo de gestión directa en hospitales del entorno.

*Conclusiones:* la descentralización de la gestión hacia la iniciativa privada (concesiones administrativas) y hacia los profesionales (Unidades de Gestión Clínica) es una estrategia a valorar tanto en el contexto de América Latina como en España.

*Palabras clave:* Gestión hospitalaria, Eficiencia, Descentralización, Empresa.

## CORE model implementation at the New Hospital “El Milagro” Salta (Argentina)

### Abstract

*Objective:* a hospital management model (CORE) is described. CORE decentralizes the clinical management towards the Clinical Management Units. CORE has been implemented in the Nuevo Hospital El Milagro (NHM), Salta (Argentina). NHM is a Public-Private Partnership (PPP) with private management, this arrange-



ment for management has facilitated the implementation of the model. The public hospital works like other enterprises of services.

*Methods:* the model has been implemented by a team of national and international professionals.

*Results:* the efficiency, quality, patients and citizenship satisfaction, and equity, are conspicuously higher in NHM than other hospitals with public management.

*Conclusions:* management decentralization to the private initiative (PPP) and professionals ("Clinical Management Units") may be a strategy to be broadened and evaluated in Latin America and in Spain.

*Key words:* Hospital management, Efficiency, Decentralization, Enterprise.

---

## 1. Introducción

Más allá de los datos y del desarrollo teórico, el proyecto que se presenta responde a una realidad. Una realidad que se concreta en que un hospital público puede gestionarse –como postula el Profesor Barea<sup>1</sup>– como una empresa. Una empresa en la que:

- la cuenta de resultados garantiza la sostenibilidad y viabilidad del hospital.
- para alcanzar sus objetivos ha desarrollado un modelo de gestión que ha conseguido incorporar a directivos y profesionales en un proyecto ilusionante<sup>a</sup>.
- consciente de su implicación social y política, ha generado a través del "boca a boca" una imagen notablemente positiva entre los ciudadanos del ámbito geográfico al que sirve.

---

<sup>a</sup> El logro de los objetivos no sería posible sin la involucración activa de los profesionales, tanto asistenciales como de gestión. Para una imagen más vívida de este entusiasmo se recomienda leer los capítulos del libro: *La Implantación del Modelo CORE en el Nuevo Hospital "El Milagro"*, escrito en primera persona por los médicos y enfermeras del hospital.

– sin hacer *marketing*, ha conseguido captar una importante proporción del mercado privado<sup>b</sup>.

– aparte de algunas innovaciones introducidas en el modelo de gestión<sup>c</sup>, ha alcanzado el éxito no sólo por las innovaciones del modelo, sino también por la aplicación de herramientas muchas veces proclamadas (por ejemplo, los convenios de gestión), pero que se han implantado de forma rigurosa (transfiriendo responsabilidad y riesgo).

La experiencia del NHM no es un hecho aislado, se enmarca en una tendencia internacional –también en España– hacia la gestión privada de recursos hospitalarios públicos. Este aspecto se desarrolla brevemente en la discusión del proyecto (apartado 5.1.).

---

<sup>b</sup> El 10% de los pacientes atendidos por el hospital proceden de las "obras sociales".

<sup>c</sup> Por ejemplo: el desarrollo de un modelo pseudo-matricial, en el que los responsables de las unidades clínicas se relacionan directamente con el gerente; la creación de la Dirección de Gestión de Pacientes.



Por último, para esta introducción, a veces nos quedamos con la frustración de no saber trasladar adecuadamente las vivencias, el entusiasmo y también las dificultades de un proyecto tan complejo como el que se presenta. Para una lectura más cercana y, en ocasiones, subjetiva de lo que ha sido y es la realidad de este proyecto, hemos publicado un libro donde se recoge esta experiencia<sup>2</sup>.

## 2. Objetivos

El modelo de gestión propuesto en la licitación que fue adjudicataria de la concesión<sup>3</sup> estaba fundamentado sobre la experiencia de las “nuevas formas de gestión” de los hospitales públicos españoles<sup>4</sup>, haciendo especial énfasis en la descentralización en las Unidades de Gestión Clínica (UGC). Gestión empresarial y descentralización de la gestión en las UGC son las dos características fundamentales del modelo de gestión CORE.

La modificación de las formas de gestión en los hospitales públicos españoles obtuvo un amplio consenso parlamentario, incluyendo a los dos partidos mayoritarios (PP y PSOE), y abarca diferentes modalidades, siendo la característica común de todas ellas el tratar de lograr mayores grados de flexibilidad que la gestión administrativa pública, tratando de introducir lo que Xavier Trias denominó “la gestión empresarial de la sanidad”<sup>1,5,6</sup>. Dentro de las “nuevas formas de gestión” españolas existen experiencias con consorcios, empresas y fundaciones públicas, así como de concesión administrativa de la gestión de un hospital público a la iniciativa privada. El antecedente argentino más próximo probablemente sea el “hospital de autogestión”, que es una forma

bastante limitada de desconcentración administrativa.

El concepto de descentralización en las UGC estaba también basado en la experiencia española –en gran medida frustrada– de incrementar el papel de los profesionales en la gestión hospitalaria, aumentando su capacidad de autoorganización, asumiendo mayor responsabilidad en la gestión, así como una parte del riesgo mediante sistemas de incentivos<sup>7</sup>.

Los dos conceptos, gestión empresarial y descentralización de la gestión en las UGC, estuvieron presentes desde el primer párrafo de la propuesta organizativa y de gestión: “La organización del hospital El Milagro de Salta responderá a una concepción del hospital que, atendiendo a las necesidades de la comunidad y orientado a los ciudadanos que utilicen sus instalaciones, concibe el hospital como una empresa de producción de un bien social (la salud), y tiene en los servicios clínicos las áreas fundamentales de gestión, haciendo de la actividad clínica (incorporando a ella los cuidados de enfermería) el auténtico centro de la actividad del hospital”.

### 2.1. El Modelo de gestión CORE

La forma jurídica de gestión del NHM mediante concesión administrativa a la iniciativa privada es pionero en América Latina. Los aspectos más relevantes de este modelo son:

- Gestión pública indirecta, mediante la concesión administrativa de la gestión integral del hospital a una unión temporal de empresas.
- Configuración del hospital público como una empresa de servicios (Modelo CORE).



– Descentralización de la gestión hacia las Unidades de Gestión Clínica, que se constituyen en el núcleo de la gestión hospitalaria (Modelo CORE).

## 2.2. La gestión indirecta como instrumento de descentralización

Una de las directrices más comunes de las reformas de los sistemas sanitarios es la descentralización de la gestión<sup>8</sup>, transfiriendo el poder (y la responsabilidad) de la toma de decisiones a aquellos agentes mejor informados, lo que –si se diseña adecuadamente– genera eficiencias.

Las formas jurídicas de la descentralización de la gestión sanitaria son diversas. Dentro de la gestión directa se pueden distinguir la desconcentración administrativa y la delegación en entes (consorcios o empresas) que, manteniendo la personalidad pública, permiten una mayor flexibilidad en la gestión que la administración pública tradicional. La gestión indirecta mediante concesión administrativa posibilita atraer la flexibilidad y eficiencia de la gestión privada a la provisión de un servicio público.

La concesión administrativa es una figura jurídica ampliamente empleada por las Administraciones Públicas para la gestión indirecta de numerosos servicios, como las autopistas, la provisión de agua potable o la recogida y disposición de residuos. La utilización de esta forma de gestión en servicios hospitalarios es mucho menos frecuente, siendo la experiencia del NHM innovadora en América Latina. Nuevas experiencias de este tipo se están desarrollando en el Reino Unido<sup>9</sup> y Portugal<sup>10</sup>, y se han anunciado en España<sup>d</sup> y en Argentina.

Un aspecto muy importante de esta forma de descentralización es que la

Administración Pública establece el marco de garantías públicas, incluso de forma más eficaz que si mantiene simultáneamente las funciones de autoridad sanitaria y a la vez gestor de los servicios. El marco de garantías establecido en el contrato de gestión del NHM consiste en:

- Financiación pública.
- Definición de la cartera de servicios del hospital.
- Definición de la población cubierta.
- Control sobre la producción y la calidad de los servicios prestados<sup>e</sup>.
- Reversibilidad de la concesión.

Este marco de garantías se instrumenta formalmente a través de un contrato entre el Ministerio de Salud Pública y la sociedad concesionaria que incorpora las condiciones que se establecieron en el pliego de licitación, las cuales han sido resumidas en el apartado anterior.

## 2.3. El hospital como empresa de servicios

Un hospital es una empresa compleja<sup>11</sup> que incorpora a un elevado número de profesionales con una sofisticada formación, utiliza un importante volumen de recursos de capital y adquiere

<sup>d</sup> El Nuevo Mapa Sanitario de la Región. EL PAÍS. Madrid. 23 de marzo, 2004. Contrato de concesión de obra pública para la redacción del proyecto, construcción y explotación del Hospital Puerta de Hierro Majadahonda. Septiembre, 2004.

<sup>e</sup> La Comisión Fiscalizadora Permanente es un órgano integrado por funcionarios públicos que se encarga de velar –con el apoyo de los recursos del Ministerio de Salud– el cumplimiento de las condiciones del contrato.



ingentes cantidades de bienes y servicios. Es, además, una “empresa de conocimiento” porque son los profesionales su núcleo operativo, quienes gestionan la tecnología y el conocimiento, el activo principal e intangible del hospital. Si el médico es el principal “cliente” interno de esta organización, el paciente debe ser su principal cliente externo. La organización y sistemas de gestión del NHM se han configurado para desarrollar el papel protagonista de estos dos agentes: paciente y médico, en el funcionamiento del hospital. Entre estos elementos organizativos y de gestión se destacan aquellos más relevantes en la configuración empresarial del NHM:

- La separación dentro de la empresa concesionaria de las funciones de compra (Comité Ejecutivo) respecto de las de provisión (Gerencia del hospital).

– Funciones del Comité Ejecutivo de la sociedad concesionaria:

- Negocia contratos con el Ministerio de Salud y otros proveedores.
- Aprueba el contrato de gestión entre la sociedad concesionaria y el hospital.
- Decide estrategias de inversión y servicios.
- Establece contratos, convenios y alianzas con otras organizaciones públicas o privadas.
- Comercializa los productos o servicios del hospital.
- Nombra y destituye a los responsables de las Direcciones Ejecutivas y Unidades de Gestión Clínica (a propuesta del gerente).

– Funciones de la Gerencia:

- Negocia el contrato de gestión con la UTE
  - Negocia los contratos de gestión con las UGC.
  - Gestiona el hospital de acuerdo a las resoluciones del Comité Ejecutivo.
  - Formula el Plan Estratégico del hospital.
  - Gestiona los recursos humanos (respetando las competencias que el Ministerio de Salud tiene sobre el personal adscrito al hospital).
  - Negocia, supervisa y paga a los proveedores de bienes y servicios.
  - Ordena los pagos y gestiona el departamento de tesorería.
  - Administra los asuntos que corresponden a la gestión del hospital.
  - Representa al hospital ante autoridades administrativas, sindicales y públicas.
  - Representa al hospital en todos los actos, negocios, asuntos y contratos directa o indirectamente relacionados con la adjudicación, celebración, ejecución y terminación de contratos administrativos.
- Una estructura matricial, enfocada al conocimiento a través de las Unidades de Gestión Clínica (*Figura 1*).
  - El desarrollo de una estructura directiva potente, que da soporte a todas las áreas críticas del hospital.





Dentro de esta estructura destacan tres aspectos:

1. La línea de gestión se establece desde la Gerencia hacia los responsables de las Unidades de Gestión Clínica (UGC). El papel de las Direcciones Ejecutivas es apoyar esta línea fuerte de gestión.
  2. La enfermería ocupa un papel relevante en la organización, asumiendo una Dirección ejecutiva y formando parte del Comité de Dirección.
  3. Siendo el paciente el centro de la actividad del hospital, se ha creado una Dirección de Gestión de Pacientes. Esta Dirección se ha revelado como un elemento esencial en el desarrollo de la concepción integral del hospital como empresa de servicios.
- Gestión sometida a derecho privado, lo que permite una mayor flexibilidad y agilidad a la organización para adaptarse a un entorno cambiante.
  - Centrada en el "core business" del hospital, externalizando aquellos servicios en los que el valor agregado es menor. Entre los servicios tercerizados<sup>f</sup>:
    - Limpieza.
    - Lavandería.

- Mantenimiento.
- Seguridad.
- Servicios complementarios de apoyo: anatomía patológica, laboratorio y radiología. En estos servicios no existía una concepción favorable a priori a su contratación externa, tomándose la decisión en función del análisis coste/efectividad y calidad.

#### 2.4. Las Unidades de Gestión Clínica como "Unidades de Gestión"

- El concepto de "gestión clínica" comprende un "cajón de sastre" en el que conviven múltiples instrumentos de gestión<sup>12</sup> que tienen como objetivo común descentralizar el poder y la responsabilidad de la toma de decisiones de gestión hacia los profesionales, mejorando la relación entre productividad y calidad y el coste de los servicios<sup>4</sup>.

Para posibilitar la gestión clínica, se ha configurado el hospital en "Unidades de Gestión Clínica" (UGC), auténticos centros de gestión del hospital. Las UGC tienen las siguientes características:

<sup>f</sup> La externalización de servicios para que sea eficiente depende de la existencia de un mercado competitivo que oferte servicios de calidad a un coste no superior al de producción propia para aquellas actividades que no añaden valor al "núcleo de negocio" del hospital: la asistencia sanitaria. En ausencia de estas condiciones, la producción propia puede ser más eficiente. El servicio de alimentación fue inicialmente externalizado, mas la ausencia de las condiciones expuestas motivaron recientemente su internalización.



Unidad de negocio  
Unidad de coste

- Un responsable.
  - Una cartera de servicios definida.
  - Un catálogo de productos establecido. Estos productos son "finales": altas, consultas, emergencias, procedimientos resolutivos ambulatorios (cirugía mayor ambulatoria, hospitalización de día, cirugía menor).
  - Unos recursos humanos, económicos y de equipamiento adscritos a la UGC.
  - Unos insumos pactados (pactos de consumo).
  - Una localización física concreta (adscripción de camas, consultorios, quirófanos, etc).
  - Un código identificativo de la UGC a efectos de su ubicación dentro de la contabilidad de costos, que es una herramienta imprescindible para generar la "cuenta de resultados" de cada UGC.
  - Un contrato con la gerencia del hospital (Convenio de Gestión).
  - Un sistema de incentivos vinculado a los objetivos del Convenio de Gestión.
- Misión.
  - Objetivos y líneas de desarrollo.
  - Cartera de servicios.
  - Productos.
  - Recursos humanos y materiales.
  - Organización de la Unidad.
  - Normas de funcionamiento.
  - Objetivos del ejercicio:
    - Actividad.
    - Calidad.
    - Objetivos docentes y de investigación.
    - Objetivos económicos.
  - Sistema de información, seguimiento y evaluación de resultados.
  - Sistema de incentivos.

## 2.5. El Convenio de Gestión

El Convenio de Gestión, que se firma anualmente entre la Gerencia y cada una de las Unidades de Gestión Clínica, es un auténtico contrato que forma parte del Contrato de Gestión entre la empresa concesionaria y la Gerencia del hospital.

Todas las UGC firman su respectivo Convenio de Gestión. El Convenio de Gestión consta de las siguientes partes:

## 2.6. Sistema de incentivos

El sistema de incentivos está estrechamente vinculado al cumplimiento del Convenio de Gestión y forma parte de él. En el Convenio de Gestión se especifican los criterios de distribución individual pactados en una UGC. No se distribuyen incentivos si no se alcanzan los objetivos económicos y de actividad. El no logro de los objetivos de calidad incapacita a las UGC para distribuir incentivos; de esta forma se impide que la mayor producción o el aumento de la eficiencia económica se realicen a costa de la calidad. No todas las UGC reciben incentivos. De hecho, en el ejercicio 2003, con cargo a los resultados de





2002, sólo dos UGC (tocoginecología y odontología) de las nueve UGC recibieron incentivos. Las unidades de apoyo y estructurales también recibieron incentivos al haberse alcanzado los objetivos generales del hospital. Para el ejercicio 2003 se liquidarán incentivos para cuatro de las UGC, así como para las unidades estructurales e intermedias, pues también se alcanzaron los objetivos globales.

### 3. Métodos

El proyecto se ha desarrollado en dos fases:

I. A lo largo de los primeros 18 meses de puesta en funcionamiento del hospital se desarrolló una consultoría de apoyo a la gestión con el objeto de dejar implantados los sistemas de organización y gestión del hospital. En la fecha actual (2004) todos los instrumentos de gestión han sido desarrollados, con excepción del plan estraté-

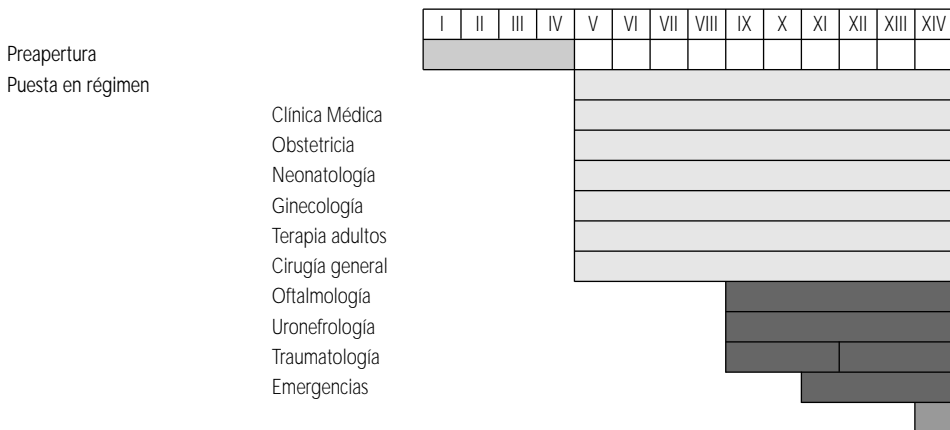
gico, cuyo desarrollo se pospuso hasta que el hospital hubiera alcanzado su madurez organizativa y de gestión.

II. Pasados los primeros 18 meses, la gestión fue asumida íntegramente por un equipo directivo nacional (argentino) con un sistema externo de control y apoyo a la gestión.

#### 3.1. Fase I. Apertura y puesta en funcionamiento (diciembre 2000-junio 2002)

Esta fase comprendía los 18 primeros meses. Los 12 meses iniciales se dedicaron a la apertura y puesta en marcha del Hospital, incluyéndose en esta fase la selección del personal. A partir de aquí y hasta el mes décimoctavo se dedicaron a la consolidación de las herramientas de gestión implementadas. El hospital se puso en pleno funcionamiento a los 12 meses de su apertura, asumiendo desde el sexto mes la totalidad de la atención prestada por la antigua maternidad (Figura 2).

Figura 2. Cronograma de implementación. Primeros 14 meses





Durante esta etapa un equipo de consultores internacionales trabajó conjuntamente con el equipo directivo nacional del hospital, mediante una consultoría de apoyo a la gestión, con el objeto de dejar implantados los productos intermedios que se muestran en la *Figura 3*.

### 3.2. Fase II. Administración General y Control de Gestión (julio 2002-diciembre 2010)

Todo el equipo directivo del hospital es nacional y existe un control de la gestión que ejerce la sociedad concesionaria, apoyando asimismo al equipo directivo del Nuevo Hospital de "El Milagro" en el mantenimiento y desarrollo de los instrumentos de organización y gestión del hospital. Esta labor se concreta en las siguientes actividades:

1. Seguir periódicamente y realizar las pertinentes recomendaciones e instrucciones al equipo directivo del hospital sobre los siguientes aspectos (*Tabla 1*).

2. Rendir, ante la sociedad concesionaria el informe mensual de administra-

ción del Nuevo Hospital "El Milagro", que incluye los siguientes apartados:

a) Situación económico-financiera del Nuevo Hospital "El Milagro" (ingresos y gastos, costes, deuda acumulada, deslizamiento de precios).

b) Actividad y calidad del Nuevo Hospital "El Milagro" (seguimiento del cumplimiento del contrato de gestión y de los convenios de gestión con las UGC).

c) Seguimiento de las medidas de gestión.

3. Apoyar al equipo directivo del nuevo Hospital de "El Milagro" en el mantenimiento y desarrollo de los instrumentos de organización y gestión del hospital.

## 4. Resultados

4.1. *Una notable mejora de la calidad y eficiencia en la gestión respecto a la gestión pública directa, lo que comporta asimismo una mayor equidad*

La *Tabla 2* resume uno de los instrumentos utilizados para evaluar los re-

**Tabla 1.**

Bloque de Información	Presentación	Periodicidad
Producción del hospital	Cuadros de mando	Mensual
	Objetivos por UGC	Mensual
Calidad	Seguimiento indicadores calidad	Trimestral
Gestión	Seguimiento objetivos de fortalecimiento de la gestión	Trimestral
Seguimiento presupuestario	Seguimiento presupuestario flujo económico	Mensual
Seguimiento de deuda	Seguimiento de deuda	Mensual
Deslizamiento de precios	Plantilla de revisión de precios	Mensual
Análisis costes	Seguimiento de costos	Trimestral


**Tabla 2. Comparación Hospital Autogestión-Nuevo Hospital El Milagro**

	2002		2003		2004	
	Hospital de autogestión	NHM	Hospital de autogestión	NHM	Hospital de autogestión	NHM
Presupuesto	14,9	14	17	16,6	21	18,4
Gasto		16,6	21,5	16,6		
Camas	325	192	325	185	325	178
Altas	11.255	15.959	11.570	16.719		
CMA	-	6.450	-	7.933		
Consultas Externas	168.072	172.952	164.722	181.249		
Estancia Media	7,8	3,3	7,5	3,1		
Recursos Humanos	951	465	967	464	977	465
Relación de complejidad	1,32 : 1		1,32 : 1			
Relación coste URV (NHM+C.E.)			1,25			

NHM: Nuevo Hospital El Milagro; CMA: intervenciones de cirugía mayor ambulatoria; URV: unidades relativas de valor. Se ha realizado el ajuste utilizando el *mix* de altas de los dos hospitales ponderado por la Unidad Ponderada de Actividad; C.E.: Consultas externas

Fuentes de datos: Para el NHM: memorias 2001, 2002 y 2003; presupuestos y gastos 2001, 2002, 2003 y 2004; contratos de gestión 2002, 2003 y 2004. Para hospital de autogestión: Ministerio de Salud de la Provincia.

La relación coste por unidad relativa de valor (URV) no incorpora la actividad por CMA desarrollada en el Nuevo Hospital El Milagro. Para el cálculo del coste por URV se ha ajustado la casuística (egresos –sin CMA–; consultas y emergencias) de ambos hospitales a una ponderación basada en el coste UPA; por lo tanto el coste por URV pondera por el desigual *mix* de complejidad de ambos hospitales.

sultados: el *benchmarking*. Para ello se ha utilizado la comparación con el principal hospital de la provincia, que es un hospital general de agudos, de 325 camas en funcionamiento, de gestión directa por el Ministerio de Salud, pero con un cierto margen de autonomía presupuestaria (hospital de “autogestión”).

#### 4.2. Mejora de la calidad de la atención ante la opinión pública

Las Tablas 3 (comparación de la imagen del NHM con los principales –por actividad– hospitales públicos de la provincia) y 4 (opinión de la ciudadanía sobre el funcionamiento de distintos servicios del NHM) han sido elaboradas en base a los datos suministrados por una empresa de estudio de mercado independiente<sup>9</sup>.

<sup>9</sup> Comunicación Integral SIGNO. Investigación de Mercado. Nuevo Hospital El Milagro. Marzo, 2004. Salta.



**Tabla 3. Comparación con los principales hospitales de la provincia**

% Relativos –ciudadanos que dan su opinión sobre los hospitales de la Provincia-	Imagen buena o muy buena	Imagen mala o muy mala
Hospital de Niños	55,1%	4,7%
Hospital de Autogestión	64,7%	4,8%
Nuevo Hospital El Milagro	75,5%	3,8%

**Tabla 4. Opinión de la población sobre la calidad de los servicios del NHM**

% Relativos –ciudadanos que dan su opinión-	Valoración buena o muy buena
Atención y voluntad enfermeras	84%
Capacidad de médicos	86%
Limpieza	96%
Información dada en el hospital	90%
Atención personal de administración	90%
Duración de la consulta	82%
Rapidez en la atención de consultas	78%
Rapidez en la atención de las emergencias	90%
Comidas	92%
Capacidad de solucionar los problemas	82%
Iluminación	98%
Ventilación	98%
Camas, sábanas, almohadas, etc.	98%
Organización y administración	80%

Como aspectos más relevantes de la experiencia del Nuevo Hospital “El Milagro” se pueden destacar:

- Un mejor control del gasto público:
  - El presupuesto inicial del Ministerio de Salud ha crecido en dos ejercicios (2004 respecto 2002) en un 31% para el Nuevo Hospital “El Milagro”, y un 40% para el hospital de autogestión<sup>h</sup>.
  - Aun mayor importancia tiene el desdizamiento presupuestario, nulo en el NHM y de un 26% para el hospital de autogestión.

<sup>h</sup> El crecimiento del IPC durante este período (31.XII.01 a 31.XII.03) ha sido del 122,2%.

- Mayor eficiencia y calidad en la gestión de los recursos públicos:
  - Mayor producción asistencial con menor número de camas.
  - Notable mayor rendimiento de los recursos humanos<sup>i</sup>.
  - Estancia media notablemente inferior en el NHM, incluso ajustando

<sup>i</sup> Aunque el número de personas en el hospital de autogestión duplica al del NHM para una actividad similar, no se ha elaborado el cálculo del rendimiento al no tener suficiente información sobre el equivalente horas contratadas por categoría y ajustar por el número de personas vinculadas a servicios externalizados en uno y otro hospital.



por la relación de complejidad<sup>13</sup> (3,1: 5,7 días).

– Coste por unidad de producción (alta) ajustado por la razón de complejidad notablemente más bajo en el NHM que en el hospital de autogestión (1:1,25; incluyendo costes de estructura y beneficio empresarial).

– <20% cesáreas / partos. Indicador de calidad que se compara favorablemente con el Sistema Nacional de Salud<sup>k</sup>, y todavía más si se compara con el entorno de América Latina<sup>14</sup>.

– 97% satisfacción de los usuarios (encuestas intrahospitalarias).

• *Mayor equidad:*

– Un 10% de los pacientes atendidos por el hospital tienen cobertura de seguros sociales, pudiendo optar por acudir a las clínicas privadas, que era lo usual y aun en mayor medida en relación con el principal proceso del NHM: el parto. El paciente privado (partos) acude al hospital público. La cuota del NHM del mercado privado es de alrededor del 25%.

• *Mayor satisfacción y buena imagen pública:*

Los elementos más relevantes de la información suministrada por la encuesta de opinión son:

<sup>j</sup> Al no poder comparar el mix mediante el CMBD/GRDs de ambos hospitales, se ha recurrido a la ponderación por "Unidades Ponderadas de Actividad" 13 del mix de altas de cada hospital, por especialidades.

<sup>k</sup> 20,31% para el INSALUD Gestión Directa en 2001 (Subdirección General de Desarrollo. Instituto Nacional de la Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo. Asistencia Especializada. Actividad 2001. Evolución Indicadores 1991-2001). Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2002.

• Imagen ante los ciudadanos notablemente mejor que los restantes hospitales públicos de la provincia.

• Elevada valoración, por parte de la opinión pública, de los servicios provistos por el hospital.

#### 4.3. Producto final: Modelo de gestión CORE

El proyecto del Nuevo Hospital "El Milagro" incorpora dos grandes procesos de descentralización de la gestión:

– Descentralización de la gestión desde la Administración Pública a una empresa privada, mediante concesión administrativa pública.

– Descentralización de la gestión desde la gerencia del hospital a las Unidades de Gestión Clínica, que es el elemento esencial del Modelo CORE.

El Modelo CORE responde al siguiente esquema conceptual, en el que el núcleo (el "core"), lo esencial, es la gestión clínica<sup>15</sup>: (ver pág. siguiente)

## 5. Discusión

La experiencia de la implantación del modelo CORE en el NHM presenta, por su complejidad, múltiples facetas. Destacaremos para la discusión dos de ellas, vinculadas al concepto de descentralización: la aportación de la gestión privada a la gestión de recursos públicos y la configuración de la unidades de gestión clínica como "unidades de gestión", por ser, asimismo, los objetivos más destacados de la propuesta que, en su día, se hizo a la Administración.



### 5.1. Gestión privada de recursos públicos<sup>16</sup>

La Comunidad de Madrid ha licitado la construcción del Hospital Puerta de Hierro de Majadahonda y la gestión de 13 de sus servicios (desde el mantenimiento del edificio e instalaciones hasta la esterilización, pasando por los de lavandería, limpieza, restauración, etc.), que representan aproximadamente el 10% sobre el gasto total del futuro hospital; esta iniciativa se extenderá a otros siete hospitales de la misma comunidad autónoma. La Comunidad de las Islas Baleares ha anunciado para el hospital que sustituirá al Son Dureta una iniciativa similar<sup>17</sup>. Estas iniciativas son formas de *Public Private Partnership* (PPP), como las del Reino Unido<sup>9</sup> y Portugal<sup>10</sup>. Aunque los criterios de rentabilidad están, lógicamente, presentes, existe una conciencia generalizada de que estos proyectos serán viables y sostenibles en el tiempo si "añaden valor" a la sanidad pública. En este "añadir valor" la experiencia del NHM muestra que, para conseguir los objetivos, las empresas involucradas deben desarrollar meca-

nismos de cooperación ("partnership") entre aquellas que se agrupan para formar consorcios; entre éstos y sus clientes internos; y también con las propias administraciones. Dentro del concepto de relación de socio, es preciso incorporarlo a la relación entre el profesional y el gestor. La gestión sanitaria se parece (como sistema adaptativo complejo<sup>11</sup>) más a la agricultura que a la industria, por ello sistemas gerencialistas (públicos o privados) tienen escasas posibilidades de éxito.

En la experiencia del NHM ha sido determinante tener una visión de "mejora de la eficiencia social" de la sanidad pública para tomar decisiones correctas en encrucijadas que pueden ser complicadas.

La gestión privada de recursos públicos puede, por tanto, aportar alguna solución a los notables problemas de gestión de los sistemas públicos, incluyendo el Sistema Nacional de Salud español<sup>18</sup>.

Sin embargo, la gestión privada, en sí misma, no tiene valores taumatúrgi-





cos. Las reglas de juego que establece la administración pública tienen una importancia fundamental para que la gestión privada añada valor al sistema; y estas reglas de juego deben estar basadas en la búsqueda de la eficiencia social y en la transparencia, evidentemente, pero también en la cooperación más que en el recelo. Por otra parte, la iniciativa privada debe, para realmente añadir valor, evitar algunas tentaciones, entre ellas:

- reproducir las formas de relación "política", dominantes en la gestión pública, en lugar de legitimarse a través de la eficiencia y la calidad.
- la tendencia especulativa, en el sentido de que un sector de producción basado en el conocimiento requiere proyectos empresariales de largo alcance.
- por último -aunque existen otros riesgos- la mentalidad "economicista", en el sentido de hacer una política de "recortes de gasto" en lugar de enfocarla a la mejora de la eficiencia y de la calidad, que es -en sí misma- evitar el despilfarro"<sup>11</sup>.

## 5.2. El clínico como gestor

Uno de los factores del éxito de la experiencia del NHM es la implicación del clínico en la gestión de sus respectivas unidades. Éste es un hecho ampliamente reconocido<sup>7</sup>, por lo que no es preciso extenderse en él. Sin embargo, sí puede ser pertinente una reflexión sobre el entorno que puede -o no- hacer posible esta implicación.

No hace mucho se ha producido un intenso debate en relación con el *National Health Service* (NHS) británico provocado por un artículo que comparaba la eficiencia del NHS con la de una *Health Maintenance Organization*

(HMO) del Estado de California: la Kaiser Permanente<sup>19,20,21</sup>.

Después de analizar el funcionamiento de Kaiser Permanente, Ham<sup>22</sup> señalaba, aparte de aspectos relativos a la integración de los cuidados y el sistema de atención a las personas mayores, que "el NHS puede también aprender de la experiencia de Kaiser en involucrar a los médicos en el desarrollo y soporte de un modelo integrado de asistencia".

La aproximación de Dixon y cols<sup>20</sup> al estudio del aparente éxito de Kaiser Permanente se centra en los aspectos organizativos y de gestión, señalando, entre otros, como claves las siguientes:

- Las presiones competitivas entre HMO generan un incentivo para la innovación.
- Los médicos tienen un papel importante en la gestión.
- Los objetivos son consensuados entre clínicos y gestores, y existen incentivos financieros para mejorar la asistencia.

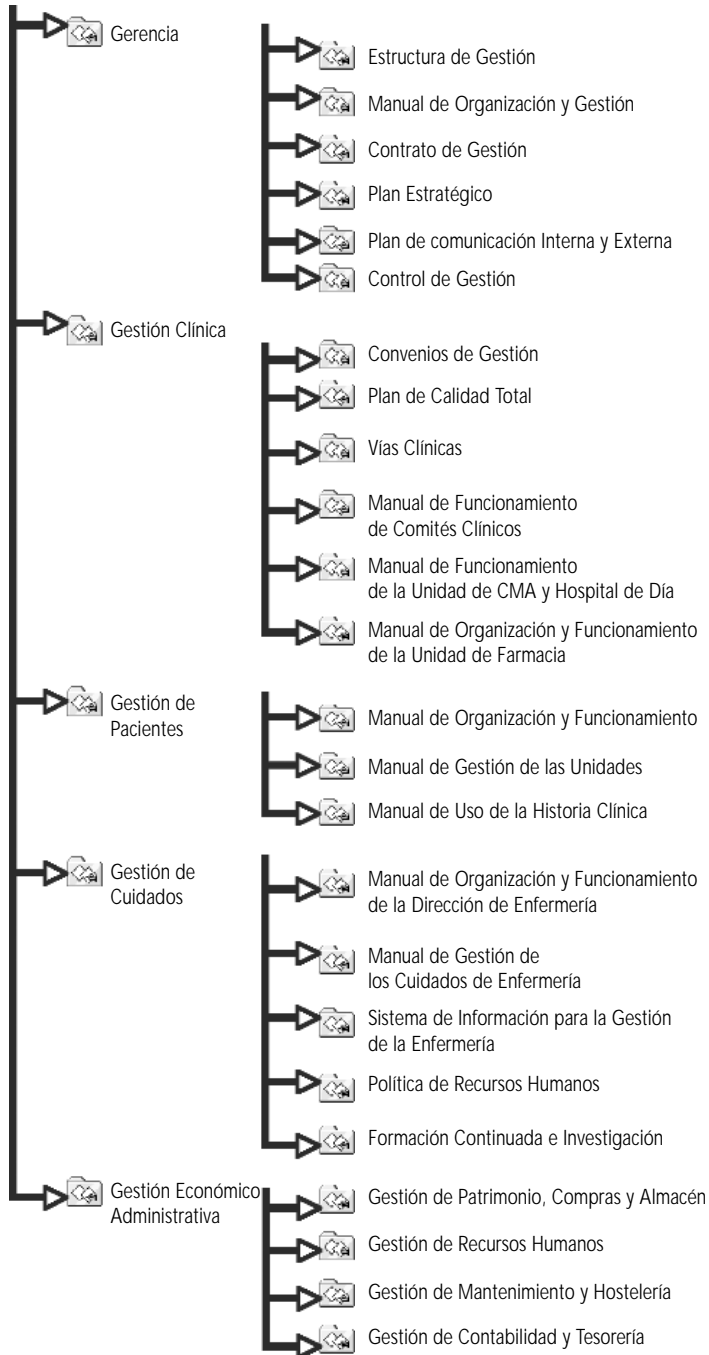
Competencia, participación en la gestión, riesgo e incentivos son elementos que, sin estar necesariamente reservados a la gestión privada, están mucho más cercanos a ella que la gestión burocrático-administrativa dominante en los sistemas sanitarios públicos.

## 6. Conclusiones

La experiencia del NHM muestra que la gestión privada de hospitales públicos puede mejorar la eficiencia social de los recursos públicos destinados a sanidad. Un entorno más empresarial puede favorecer la implicación de los



Figura 3. Productos intermedios







profesionales en la gestión. Una visión de mejora de la eficiencia social por parte del gestor privado ha sido también un elemento relevante. Sin embargo, obtener una conclusión universal a partir de una experiencia concreta sería una temeridad. La experiencia del NHM señala una vía a explorar, aplicable al sistema sanitario español y en América Latina, dentro de la tendencia adoptada también por otros sistemas sanitarios de países desarrollados. Para que la extensión de estas experiencias sea exitosa, deberían desarrollarse relaciones de cooperación entre la administración pública y la iniciativa privada, así como que ésta última aplique valores: ética de la eficiencia, mentalidad empresarial y estrategia de calidad, que permitan la viabilidad y sostenibilidad de los proyectos de cooperación público-privada en sanidad.

## Bibliografía

1. Barea J. El hospital, empresa de servicios. I Jornadas de Gestión y Evaluación de Costes Hospitalarios. Hellín, Enero 1993.
2. Elola J, Buxaderas L, Espinosa R, Roma J. La implantación del Modelo CORE en el Nuevo Hospital El Milagro. Pinter: Buenos Aires; 2004.
3. Licitación Pública Nacional e Internacional con el objeto de contratar la gestión del gerenciamiento y la administración integral de los servicios del hospital público, conocido como El Milagro. Propuesta Técnica de la Empresa Concesionaria.
4. Ley 15/1997, sobre nuevas formas de gestión del Sistema Nacional de Salud. Para un análisis jurídico de estas formas de gestión, véase Menéndez Rexach A. Formas jurídicas de gestión de las prestaciones públicas. Seminario Internacional sobre la Reforma de la sanidad en España. Salamanca, febrero de 2000.
5. Trias X. La gestión empresarial de la sanidad. Barcelona: Generalitat de Catalunya; 1992.
6. Cabases JM, Martín J. Diseño y evaluación de estrategias de desregulación en el sector sanitario público en España. En: López G, Rodríguez D (coord.). La regulación de los servicios sanitarios en España. Madrid: Civitas; 1997. págs. 481-537.
7. Gálvez R. Algunas reflexiones sobre las perspectivas de cambio en la gestión hospitalaria. Rev Adm San. 1997;1:259-67.
8. Mills A, Vaughan JP, Smith AI, Tabizadeh. Health system decentralization. Geneva: WHO, 1990.
9. Private Finance Initiative. HM Treasury. An Introduction to the private finance initiative. London: Treasury; 1997. (@ 50 hospitales).
10. Hospital de Loures. Em regime de Parceria Publico-Privada. Programa de Procedimiento. Enero, 2004; Hospital de Cascais. Em regime de Parceria Publico-Privada. Programa de Procedimiento. Septiembre, 2004.
11. Committee on Quality of Health Care in America. Crossing the Quality Chasm. Washington: National Academy Press; 2001.



12. Smith R. The future of health care systems. *BMJ* 1997;314:1495-6. Salud", Madrid, 29 de septiembre de 2004.
13. Bestard JJ, Sevilla F, Corella MI, Elola J. La Unidad Ponderada Asistencial (UPA): nueva herramienta para la presupuestación hospitalaria. *Gaceta Sanitaria* 1993;7:263-73.
14. Langer A, Villar J. Promoting evidence based practice in maternal care. *BMJ* 2002;324:928-9.
15. Sevilla F. La gestión clínica: la gestión de lo esencial como estrategia de reforma del Sistema Nacional de Salud. *Rev Administración San.* 2004;4:63-83.
16. Elola J. El valor añadido que la empresa privada puede (y debe) aportar a la gestión sanitaria pública. *Rev Gestión y Evaluación de Costes Sanitarios*. Número Monográfico 6. 2004.
17. Castillo Ferrer AM. Intervención en la Jornada de CODEH Internacional: "Gestión integral de infraestructuras hospitalarias. Capitalización del Sistema Nacional de Salud", Madrid, 29 de septiembre de 2004.
18. Elola J. Gestión del Sistema Nacional de Salud, ¿se puede?, ¿se debe?, ¿cómo? *Rev Adm San.* 2004;2:375-386.
19. Feachem RGA, Sekhri NK, White KL. Getting more for their dollar: a comparison of the NHS with California's Kaiser Permanente. *BMJ* 2002;324:135-143.
20. Ham C, York N, Sutch S, Shaw R. Hospital based utilization in the NHS, Kaiser Permanente, and the US medicare programme: analysis of routine data. *BMJ.* 2003;327:1257-1260.
21. Dixon J, Lewis R, Rosen R, Finlayson B, Gray D. Can the NHS learn from US managed care organizations? *BMJ.* 2004;328:223-225.
22. Ham C, York N, Sutch S, and Shaw R. Hospital based utilization in the NHS, Kaiser Permanente, and the US medicare programme: analysis of routine data. *BMJ.* 2003;327:1257-1260.