



CLINICAS DE CHILE A.G.
Clínicas y Centros de Salud

Temas de Coyuntura

JULIO 2010
Nº 30

ADMINISTRACIÓN PRIVADA DE HOSPITAL PÚBLICO: El “Modelo Alzira” de España.

Las autoridades de salud en Chile han planteado que para enfrentar el desafío de las futuras inversiones en infraestructura que requiere el sistema de salud público chileno, se privilegiará el sistema de concesiones a privados. A pesar que inicialmente se ha definido que las concesiones de hospitales no considerarán servicios clínicos, el análisis de experiencias exitosas en el mundo puede abrir nuevas miradas sobre una discusión que no debería darse por cerrada. En esa línea, conocer la experiencia del Hospital La Ribera en España resulta muy atractivo.

El sistema de salud español es uno de los más considerados al momento de ver los resultados de reformas exitosas que han logrado garantizar el derecho universal a la salud y dar respuesta oportuna y de calidad a las necesidades de atención de las personas.

Uno de los cambios más innovadores fue el implantado por el Partido Popular a través de las concesiones públicas, que permitió en la Comunidad de Valencia la construcción del Hospital La Ribera, un establecimiento de propiedad pública y gestión privada orientado a dar atenciones de salud a una comunidad de 240.000 personas. Esta experiencia pionera los obligó a enfrentar una serie de desafíos y retos que nos llaman a reflexionar sobre la oportunidad que tiene Chile por esta vía de potenciar su red de atención en salud, especialmente tras el terremoto del 27 de febrero de 2010.

La construcción del Hospital de La Ribera se adjudicó por concurso público el 1 de enero de 1999 a una Unión Temporal de Empresas (UTE), que es una Asociación de Empresas de diferente rubro: presenta la siguiente estructura: Adeslas es el socio mayoritario, con el 51%, Bancaja y la Caja de Ahorros del Mediterráneo (CAM), poseen el 45% y las dos constructoras responsables de la construcción del hospital el 4% restante: Dragados, 2% y Lubasa, 2%. Esta concesión obligaba a la construcción del Hospital de La Ribera como elemento imprescindible para la gestión del servicio sanitario de toda el área, es decir, del hospital recién construido, pero también gestionaría la de los centros periféricos de especialidades existentes en sus dos cabeceras de comarca (Alzira, de la ribera alta y Sueca, de la ribera baja).

Todos los socios aportaron elementos esenciales para garantizar el buen funcionamiento de la organización, no sólo desde el punto de vista de su capacidad de gestión, sino también de su solidez financiera. Adeslas es el socio tecnológico y contribuye con su experiencia como empresa líder en el sector del aseguramiento privado de salud en España, además de pertenecer

al grupo Agbar, que lleva más de un siglo colaborando con la Administración en la prestación de servicios públicos. Bancaja y la CAM aportan la seguridad financiera y la identificación con la comunidad.

Las dificultades en el camino fueron las inherentes a ser los primeros, lo que los obligó a construir desde cero una relación de complementariedad entre la UTE y la Consellería de Sanitat y en paralelo ganarse la aceptación por parte del sistema público de un hospital atípico que se integraba a la red de prestación pública. Además de avanzar en medio de la presión política, mediática y sindical, por cuanto el Hospital de La Ribera fue rápidamente identificado por los grupos contrarios como privatización de la sanidad, un argumento con gran impacto social.

A ello se agregaban desafíos de gestión que implicaban operar sólo una parte del proceso asistencial (la atención especializada), con altas exigencias de calidad, sujeto a un presupuesto ajustado (prima capitada). De hecho, la prima capitada que se estableció fue sustancialmente inferior al costo medio por cada ciudadano de la Comunidad Valenciana en virtud de los presupuestos de la propia “Conselleria de Sanitat”); y un plazo de concesión muy corto, de sólo diez años.

En el área de las relaciones laborales el modelo Alzira aportaba grandes novedades y fue necesario desarrollar una política estratégica basada en la búsqueda permanente del consenso ya que, la localidad contaban con un centro de especialidades que fueron absorbidos por el hospital, incluido su personal. La mayoría de los facultativos decidieron integrarse en la estructura de la empresa y firmar un contrato laboral. Por el contrario, un elevado porcentaje de los profesionales de enfermería decidieron mantener su condición de estatutarios, aunque incorporados funcionalmente a la plantilla del hospital. Esta situación, que a *priori* podría despertar un cierto temor ante eventuales conflictos laborales, se asumió rápidamente y sin grandes problemas.

BASES CONCEPTUALES DEL MODELO ALZIRA

El modelo está sustentado en la Financiación Pública, Control Público, Propiedad Pública y Prestación Privada.

Financiación pública: La provisión está separada de la financiación. El modelo se basa en un pago capitado, la misma filosofía que tendría una prima de aseguramiento. La Generalitat Valenciana paga al concesionario una cantidad anual por cada uno de los habitantes del departamento de salud incluidos en el sistema de información poblacional para que sean atendidos.

Sin embargo, los ciudadanos tienen la posibilidad de elegir centro de atención. En esta situación, la empresa concesionaria está obligada a pagar las asistencias realizadas a cualquiera de los ciudadanos del departamento en otros centros al 100% del costo medio del GRD (establecido previamente por la Conselleria de Sanitat). Por el contrario, si algún ciudadano de otros departamentos decide acudir al hospital concesionado, la



CLINICAS DE CHILE A.G.
Clínicas y Centros de Salud

Administración sólo pagará a dicho hospital el 80% del costo medio del GRD. De esta manera, el ciudadano tiene la llave de la viabilidad del modelo, con la aplicación real del concepto de libertad de elección de hospital.

Control público: El hospital está sujeto al cumplimiento total de condiciones de la concesión administrativa, las cuales quedan detalladas en el contrato que tiene firmado con la Generalitat Valenciana. La Administración tiene un control permanente del concesionario a través de la figura, única en España, del “Comisionado de la Conselleria de Sanitat” con capacidad de control, inspección, facultad normativa y sancionadora.

Propiedad pública: El hospital objeto de concesión es un hospital público, construido sobre suelo público y perteneciente a la red de hospitales públicos de la Conselleria de Sanitat. Aunque la inversión inicial para su construcción y dotación de recursos materiales y humanos parte íntegramente de las empresas que forman la empresa concesionaria, dicho hospital será de propiedad total de la Generalitat cuando expire la concesión. La entrega debe garantizar activos en perfecto nivel de operación, lo que implica que el concesionario deberá hacer todas las inversiones necesarias para mantener la infraestructura y el equipamiento.

Prestación privada: La prestación sanitaria es gestionada por la empresa adjudicataria durante el período de la concesión. Al estar gestionado por medios privados, se genera una descarga importante de los presupuestos públicos. El precio capitado está pactado, por lo que la Administración transfiere el riesgo financiero a la empresa.

LA ESTRATEGIA DE IMPLANTACIÓN

Posicionarse en la mente de los ciudadanos como la primera o la mejor alternativa para dar solución a cualquier problema de salud hacía necesario diferenciarse del entorno y pasar del servicio genérico entregado por un hospital comarcal tradicional, a un servicio ampliado, con unas características diferenciadoras.

Las acciones se centraron en:

-*Calidad - Nivel de prestaciones:* Se apostó por ofrecer una amplia cartera de servicios, superior a la de cualquier hospital público de sus dimensiones y que superaba su carácter comarcal inicial.

-*Diferenciación:* Con habitación individual y todo tipo de comodidades para el paciente y su acompañante.

-*Innovación:* Uso de moderna tecnología, que aportó mayor capacidad y rapidez de respuesta, servicios diferenciados, agilidad en la atención y eficiencia interna gracias a la simplificación de procesos.

-*Flexibilidad:* Amplitud de horarios de atención y la facilidad para conseguir cita. Al contrario de lo que ha sido tradicional en el sector público, el Hospital de La

Ribera mantiene sus servicios 8.00 AM a 22.00 PM, con cita telefónica durante todo ese horario y también vía Internet.

- *Tiempo*: Planificando la actividad para que no existan listas de espera.

Cada Dirección asumió estos retos con resultados muy positivos en la evaluación de la experiencia que han permitido distinguir al Hospital varias veces como “El mejor gran hospital general de España”.

CONSOLIDACIÓN DEL MODELO

Los resultados asistenciales del Hospital Universitario de La Ribera, con unos elevados índices de actividad y calidad, y elevada satisfacción con el servicio mostrada por los pacientes sirvieron para demostrar que el modelo Alzira era una realidad consolidada y que cumplía perfectamente con su cometido como hospital público.

Ante estos hechos, la Generalitat Valenciana decidió ampliar y consolidar definitivamente el nuevo modelo de gestión uniendo a la Atención Especializada la Atención Primaria del Área de Salud a la que pertenece el Hospital. De esta forma el 1 de marzo de 2003, la Conselleria, mediante concurso público abierto y a través de una concesión administrativa, adjudicó la gestión de la asistencia primaria y especializada del Área de La Ribera de a la UTE. Con esta integración de niveles asistenciales, el hospital deja de ser el eje fundamental y la organización pasa, de gestionar servicios especializados a gestionar el conjunto de servicios de salud del área.

Los principios y objetivos estratégicos de la nueva organización se unen a los que ya habían demostrado su eficacia en los 4 años de gestión del Hospital de La Ribera:

- a. Crear una cultura entre los profesionales para que velen por un mismo interés: la salud del ciudadano y paciente del Área.
- b. Dar respuesta al ciudadano con una organización orientada al paciente. Conseguir que el ciudadano perciba una atención sanitaria sin escalones.
- c. Procesos asistenciales integrados del área de salud. Definir el «mejor lugar» diagnóstico, terapéutico y de seguimiento.
- d. Aumentar la capacidad de resolución de los profesionales.
- e. Acercar los servicios y la tecnología a los niveles asistenciales más próximos al paciente.
- f. Eficiencia en la gestión. La ampliación de la concesión y la extensión del modelo a la Atención Primaria completan el proceso y facilita la continuidad asistencial.

MEDIDAS DE CONTROL Y SUPERVISIÓN DE GESTIÓN

El modelo de concesión administrativa, nunca antes aplicado a los servicios de salud, requirió la adopción de medidas necesarias por parte del Gobierno Valenciano para el correcto control y supervisión del servicio público con gestión privada primero en el Hospital Universitario de La Ribera y luego en el Departamento de Salud de La Ribera. La supervisión y control del modelo radica en una comisión mixta, formada por representantes de la UTE y de la Conselleria,

que se reúnen con una periodicidad trimestral. Entre sus funciones está la de vigilar el cumplimiento de las cláusulas de explotación, aportando soluciones a problemas operativos y de facturación, así como el seguimiento de los indicadores asistenciales y económicos, el control de las plantillas de personal y la definición de los controles de calidad.

La Conselleria de Sanitat nombra a un Comisionado en el Hospital, que tiene amplias funciones y actúa como enlace entre la Conselleria y la UTE y vela por la correcta aplicación de las cláusulas de la concesión, que dicen relación con:

- Controlar, aceptar y denegar las propuestas de ingreso programado de los enfermos no pertenecientes a la población de referencia;
- Ordenar el traslado de pacientes en casos de ingresos de otras demarcaciones que considere deben ser remitidos al hospital de referencia de su zona de residencia;
- Supervisar la realización de las encuestas o sondeos de opinión que proponga la comisión mixta de seguimiento;
- Recibir las sugerencias, quejas y reclamaciones de los usuarios del hospital, informando a éste;
- Solicitar y recibir las estadísticas de actividad que considere necesarias, con enumeración de los pacientes pendientes de atención de cada una de las especialidades;
- Controlar y expresar alternativas a la programación pendiente en los nuevos servicios de consultas de especialidades, diagnósticos e ingresos;
- Vigilar la conservación de las obras del equipamiento sanitario de cualquier naturaleza y restantes instalaciones e informar a la Comisión Mixta sobre las reparaciones necesarias para mantenerlos en las condiciones previstas;
- Ejercer la jefatura orgánica del personal dependiente de la Conselleria en los centros gestionados por el concesionario;
- Verificar y, en su caso, devolver la facturación del concesionario de actos médicos realizados a pacientes no correspondientes a la población protegida por el contrato y Comprobar la veracidad de la facturación de pacientes ajenos a la población protegida por el contrato, dando conformidad a la misma.

Existe además, una Unidades dependientes orientadas a hacer eficiente la relación, como son la Dirección de Control y Evaluación de la Calidad, la Unidad de Coordinación Económica, el Servicio de Atención e Información al Paciente (SAIP) la Unidad de Coordinación de Servicios Integrados para la Salud y la Unidad de Coordinación de Recursos Humanos.

RÉGIMEN ECONÓMICO – FINANCIERO DE LA CONCESIÓN

De acuerdo con el contrato de concesión, el administrador de la concesión se compromete a prestar asistencia sanitaria completa, tanto primaria como especializada, a los ciudadanos del área asignada.

5

El concesionario tiene tres fuentes de financiamiento: Cápita, Facturación por diferencias respecto al censo y otros ingresos obtenidos por prestación de servicios a personas que

no pertenecen al área geográfica que debe atender el Hospital de La Ribera.

La cápita es un importe o prima por ciudadano censado en el departamento. Se revisa anualmente, de acuerdo al incremento presupuestario de la Conselleria de Sanitat, con un tope máximo que no podrá superar la media del incremento presupuestario de todas las comunidades, y como mínimo deberá ser el IPC. Esta cápita se factura de forma mensual en base a un censo anual. Las eventuales diferencias entre el número de personas facturado y las reales se liquidan al finalizar el ejercicio junto con el resto de partidas a compensar.

En cuanto a las otras fuentes de ingresos, como existe libre elección de prestador en la Comunidad, el concesionario puede atender a pacientes que no pertenecen a su área de atención, en prestaciones especializadas (los servicios prestados a pacientes no censados, cubiertos por la Conselleria de Sanitat en el ámbito de atención primaria, no devengan facturación cruzada). La tarifa a aplicar en esos casos es el 80% de un Arancel establecidos por la Generalitat Valenciana. También existe la alternativa de atender pacientes pertenecientes a compañías de aseguramiento, bien por accidentes de tráfico, laborales y otros. La tarifa en esos casos se negocia directamente entre el concesionario y la aseguradora.

Como un incentivo al ahorro de costos, el concesionario también podrá facturar como otro ingreso adicional, el 30% de los ahorros formados por la diferencia entre el presupuesto asignado a su departamento para prestaciones farmacéuticas ambulatorias y el gasto real. Este incentivo está alineado con la estrategia de la Conselleria de contener el gasto farmacéutico ambulatorio.

En todo caso, El acuerdo de concesión establece que el concesionario no podrá obtener una rentabilidad superior al 7.5%. Si este porcentaje fuese superado, la cantidad que excediese se debería retornar a la Conselleria con una mayor inversión en el área.

GESTIÓN DEL RECURSO HUMANO

Teniendo la filosofía de considerar al recurso humano como un «capital intelectual», la estructura organizativa del Hospital de La Ribera se ha configurado en torno a tres direcciones médicas y una dirección de enfermería; a las que se añade una dirección adjunta a gerencia que se encarga de la Atención Primaria.

Según esta distribución, el área de gestión médica asume la actividad de hospitalización y urgencias, estructurándola en función de los procesos clave; el área de gestión quirúrgica se responsabiliza de la coordinación y supervisión de las diferentes especialidades y servicios quirúrgicos; y el titular del área de gestión de servicios centrales se encarga de los departamentos ligados a pruebas diagnósticas y hospital de día.

El personal de enfermería se estructura sobre la base de áreas funcionales del hospital con dependencia directa de la dirección de enfermería.

6

Los profesionales se organizan en torno a los siguientes comités de trabajo: Dirección,

Empresa, Seguridad y Salud, Clínicos (farmacia, docencia, ética y praxis, historias clínicas, etc.), Calidad, Formación y Desarrollo, Investigación y Docencia.

A través del modelo de evaluación de competencias se definen los puestos de trabajo existentes, cada uno de ellos con sus misiones y responsabilidades, sus competencias y los perfiles de competencias de cada puesto. Al mismo tiempo se establece el sistema de ascenso jerárquico en los mismos.

Para llevar a cabo una correcta planificación del desarrollo de la carrera, se cuenta con un sistema de evaluación del personal realizada anualmente por los responsables directos, con base en el modelo de competencias establecido que considera el grado de cumplimiento de objetivos definidos explícitamente cada año. El objetivo del modelo de evaluación por competencias es dotar a la política de organización y desarrollo de recursos humanos de una estructura de rigor y eficacia, introduciendo a los profesionales en ciclos de mejora continua, imprescindibles para garantizar la eficiencia en el desempeño de sus misiones y responsabilidades.

El modelo considera el establecimiento de mecanismos de promoción interna mediante la obtención de créditos o puntos que valoren los méritos individuales de los profesionales. Cada profesional puede obtener un máximo de créditos o puntos, repartidos en tres áreas de influencia: Objetivos de compromiso con la organización, Objetivos de calidad asistenciales y Objetivos científicos (las tareas de investigación, docencia, calidad, etc.). Para subir un nivel en la carrera es necesario haber estado en el nivel inferior al menos cinco años y alcanzar el mínimo de créditos requeridos en cada grado. Los grados son cuatro y tienen la siguiente denominación: Dirección médica (Adjunto, Experto, Referente y Consultor). Lo mismo para la Dirección de enfermería.

GESTIÓN DE LA CALIDAD

El Hospital de La Ribera definió una Política de Calidad con el objetivo final de prestar la atención sanitaria que responda a las necesidades y expectativas de la población.

Este plan se desarrolló con la participación de los profesionales, como parte esencial, y cuyas principales líneas estratégicas son la mejora de la accesibilidad a los servicios sanitarios (calidad de demanda), la satisfacción de los ciudadanos y el análisis de la calidad asistencial.

Para entender la gestión de la calidad en el Hospital de La Ribera hay que revisar gráficamente el proceso asistencial del paciente, identificando las diferentes áreas de la organización con las que contacta, desde su origen en atención primaria hasta su resolución en hospitalización y su remisión al médico de cabecera. El mapa de procesos del Hospital de La Ribera diferencia 6 áreas o procesos claves:

7

- admisión y gestión de pacientes,
- urgencias,

- consultas externas,
- pruebas diagnósticas,
- hospitalización y
- bloque quirúrgico.

Tradicionalmente, la medida del producto sanitario ha ido enfocada a la cuantificación de los *inputs* o recursos estructurales consumidos durante la asistencia o bien de los productos intermedios generados en la misma (número de egresos, número de exámenes etc.) sin tener en cuenta ni las características de los pacientes ni los resultados finales del proceso de atención. Hoy en día, gracias a la implantación del Conjunto Mínimo Básico de Datos de Hospitalización (sistema de registro de altas implantado en la totalidad de los hospitales de la red pública del Sistema Nacional de Salud de España), se dispone de información acerca del proceso asistencial o producto final.

A la hora de medir el producto sanitario podemos identificar para cada producto final o GRD individualmente los productos estructurales o *inputs* consumidos, y los productos intermedios generados (pruebas diagnósticas, estancias, consultas, analíticas, etc.), así como los diferentes tiempos de proceso, de manera que para un episodio de hospitalización concreto (por ejemplo, histerectomía), podemos relacionar el número de estancias consumidas, pruebas diagnósticas o interconsultas generadas.

La forma de protocolizar la adecuación de recursos necesarios, así como el momento adecuado de intervención (demora) es la guía clínica, de la cual existen 40 implantadas en hospitalización con indicadores y responsables definidos.

Pero, además, la gestión de la calidad asistencial requiere control y seguimiento de la gestión de los recursos. Para ello se analizan de forma individualizada diversos parámetros de funcionamiento de la organización, como estancia media o actividad, para cada uno de los GRD identificados, siempre desde una visión evolutiva en series temporales. De la misma manera, es una fuente de información básica para monitorizar eventos adversos básicos en calidad asistencial, como reingresos, todo ello disponible a nivel de proceso asistencial o GRD, siendo fuente de información básica para las diferentes comisiones clínicas de la organización.

La institución participa regularmente en el programa de *benchmarking* asistencial “Hospitales TOP 20 para la Excelencia”, estando clasificada dentro de la categoría grandes hospitales generales. En el mismo se analizan los resultados del hospital frente a los mejores hospitales de España de su categoría, en 6 parámetros de costes y calidad asistencial (estancia media, ambulatorización, mortalidad, complicaciones, costos y reingresos), habiendo sido distinguido como el mejor Gran Hospital General de España varias veces, con la estancia media más baja del sistema (4,7 días), habiendo atendido una complejidad un 14% superior.

Todo esto se realiza sin perder de vista la satisfacción percibida por los usuarios. Según investigaciones hechas por terceros, el Hospital de La Ribera cuenta con altos índices de satisfacción. El 91% de los encuestados se declara satisfecho o muy satisfecho y posee un

índice global de fidelidad del 92%.

COMUNICACIÓN Y MARKETING

Otra novedad del Hospital de La Ribera es la introducción del manejo profesional de la comunicación y el marketing como herramienta estratégica de gestión.

Este Hospital tenía varios desafíos a nivel comunicacional: ser el primer establecimiento que opera bajo este tipo de concesión; resistir la oposición política y sindical y conseguir lentamente un posicionamiento global que dejara a la institución con una fuerte marca diferenciadora y de ventaja competitiva respecto de otros recintos.

Algunos de los aspectos diferenciales explotados comunicacionalmente fueron la excelencia asistencial y factores diferenciadores tales como: la amplia cartera de servicios, habitación individual, tecnología, amplitud de horarios, sin listas de espera, facilidad para conseguir cita, entre otros.

Las comunicaciones también se orientaron hacia el entorno, dando un fuerte impulso a las acciones de promoción de la salud (el mejor tratamiento es la prevención), para lo cual recurrieron a dos herramientas comunicacionales: la revista *Salut10*, el portal de Internet www.salut10.com y el comic “Els Ribera”, que ilustra a una familia que aconseja sobre temas de salud.

Igual de importante fue la comunicación orientada a las personas, donde los trabajadores son considerados por la organización como clientes/usuarios y, por tanto, su satisfacción es tan importante como la de los usuarios externos.

Fuente: Las Nuevas Formas de Gestión Sanitaria: Modelo Alzira. Instituto de Estudios Económicos, Madrid, España, año 2007.

Clínicas de Chile A.G. es una asociación gremial que reúne a los principales prestadores y establecimientos de salud privados de Chile en el proyecto común de entregar un mejor servicio de salud al país. Su objetivo es fomentar el desarrollo y perfeccionamiento de las instituciones prestadoras privadas, promoviendo el diseño de políticas públicas que permitan a todas las personas aprovechar la capacidad de gestión eficiente, la experiencia y las competencias del sector privado, para ampliar la cobertura y las opciones de atención en salud.