

Francisco Hervás Maldonado

Jefe del Servicio de Microbiología Clínica
Hospital Central de la Defensa "Gómez Ulla"
Director de GECLOBOR

EL HOSPITAL EMPRESA Y LA SANIDAD ASISTENCIAL

Calidad y rentabilidad



Madrid - Buenos Aires - México

© Francisco Hervás Maldonado, 2007

Reservados los derechos.

No está permitida la reproducción total o parcial de este libro, ni su tratamiento informático, ni la transmisión de ninguna forma o por cualquier medio, ya sea electrónico, mecánico, por fotocopia, por registro u otros métodos, sin el permiso previo y por escrito de los titulares del Copyright.

Ediciones Díaz de Santos

www.diazdesantos.es/ediciones (España)

www.diazdesantos.com.ar (Argentina)

ISBN: 978-84-7978-812-4

Depósito legal: M. 10.431-2007

Fotocomposición: Estefanía Grimoldi

Diseño de Cubierta: Ángel Calvete

Impresión: Fernández Ciudad

Encuadernación: Rústica-Hilo

DIRECTOR

Hervás Maldonado, Francisco

Jefe del Servicio de Microbiología Clínica
Hospital Central de la Defensa “Gómez Ulla”

AUTORES

Aumente Merino, María de los Ángeles

Servicio de Análisis Clínicos
Hospital Central de la Defensa “Gómez Ulla”

De Osuna Hervás, Francisco

Abogado del Ilustre Colegio de Madrid

Gutiérrez Sánchez, Fernando

Jefe de la Unidad de Medicina Tropical
Servicio de Microbiología Clínica
Hospital Central de la Defensa “Gómez Ulla”

Hernández Navarro, Manuel

Director Médico
Hospital Central de la Defensa “Gómez Ulla”

Hervás Maldonado, Francisco

Jefe del Servicio de Microbiología Clínica
Hospital Central de la Defensa “Gómez Ulla”

Maestre Vera, Juan Ramón

Servicio de Microbiología Clínica
Hospital Central de la Defensa “Gómez Ulla”

Martín Gómez, José Manuel

Servicio de Análisis Clínicos
Hospital Central de la Defensa “Gómez Ulla”

Mateo Maestre, María

Servicio de Microbiología Clínica
Hospital Central de la Defensa “Gómez Ulla”

Montero Vázquez, Juan

Inspector General de Sanidad
Ministerio de Defensa de España

Prieto Prieto, José

Catedrático Jefe del Departamento de Microbiología – I
Facultad de Medicina, Universidad Complutense de Madrid

Ramos Ferriol, María Francisca

Servicio de Microbiología Clínica
Hospital Central de la Defensa “Gómez Ulla”
Profesora Asociada, Universidad San Pablo – CEU, Madrid

Ramos Tejera, María del Carmen

Departamento de Microbiología – I
Facultad de Medicina
Universidad Complutense de Madrid

Sánchez Tabanera, María Antonia

Capitán Auditor
Ministerio de Defensa de España

Índice

Autores	IX
Una reflexión sanitaria	XV
Introducción	XIX
<i>F. Hervás Maldonado</i>	
1. Introducción a la contabilidad y gestión de costes	1
<i>F. Hervás Maldonado, M. Hernández Navarro</i>	
1.1. Cuenta de resultados y balance patrimonial.....	2
1.2. Planificación y costes: CMBD y GRD	13
1.3. Inversiones	21
1.4. Financiación	28
1.5. Bibliografía	34
2. Mercadotecnia de salud: marketing sanitario	35
<i>F. Hervás Maldonado, M. Hernández Navarro</i>	
2.1. Acreditación y solvencia	44
2.2. El marketing desde el punto de vista docente	50
2.3. La transferencia de tecnología y el marketing	58
2.4. Bibliografía	71

3. Los telesistemas sanitarios	73
<i>F. Hervás Maldonado, M.F. Ramos Ferriol, M. Hernández Navarro</i>	
3.1. Internet y sanidad	75
3.2. Telemedicina	84
3.3. Telefonía móvil y sanidad	97
3.4. La televisión interactiva	102
3.5. Bibliografía	109
4. Gestión de recursos humanos en sanidad	111
<i>M.C. Ramos Tejera, J. Prieto Prieto, F. De Osuna Hervás, M.A. Sánchez Tabanera, F. Hervás Maldonado</i>	
4.1. La motivación y el liderazgo.....	112
4.2. El conocimiento	126
4.3. Aproximación legal a las contrataciones.....	131
4.4. El dimensionamiento de plantillas	140
4.5. Bibliografía	144
5. Servicios de diagnóstico	147
<i>M.A. Aumente Merino, M. Mateo Maestre, F. Gutiérrez Sánchez, J.R. Maestre Vera, F. Hervás Maldonado</i>	
5.1. Diagnóstico clínico por el laboratorio.....	149
5.2. Diagnóstico por imagen	176
5.3. Diagnóstico por comportamiento.....	185
5.4. Bibliografía	187
6. Gestión del entorno	189
<i>F. Hervás Maldonado</i>	
6.1. Diseño de edificios	192
6.2. Hostelería y mantenimiento	201
6.3. Gestión de ambiente.....	216
6.4. Bibliografía	230

7. Calidad	233
<i>J.M. Martín Gómez, F. Hervás Maldonado</i>	
7.1. Control de calidad	235
7.2. Garantía de calidad.....	240
7.3. Gestión de calidad total. Círculos de calidad	244
7.4. Acreditación y certificación de calidad	248
7.5. Calidad en los laboratorios clínicos	250
7.6. Bibliografía	282
8. Innovación, Desarrollo e Investigación (I + D + I) ...	287
<i>M.C. Ramos Tejera, J. Prieto Prieto, F. Hervás Maldonado</i>	
8.1. La docencia como vehículo de innovación	295
8.2. Creatividad y empresa sanitaria	305
8.3. Bibliografía	325
Tesaurus	327
Glosario	333

Una reflexión sanitaria

El mundo cambia por momentos y la sanidad no es ajena a estos cambios. Hace unos años sufrimos la gran revolución tecnológica de los sistemas de apoyo diagnóstico. Eran los años sesenta y setenta, cuando aparecían los autoanalizadores eficientes, la tomografía axial computarizada, la ultrasonografía y otras innovaciones tecnológicas.

Posteriormente vino la *era de las tecnologías de la información y comunicación*, una era que todavía no ha finalizado y donde se utiliza básicamente la informática “*prêt a porter*” al igual que la telefonía autónoma (celular o portátil) y la televisión. En un futuro próximo serán realidades la televisión interactiva, que se está desarrollando, la televisión de efecto tridimensional, la revolución en la radiodifusión DAB, con aparatos de tamaño minúsculo y adaptables al oído. Y ahí no parece que vaya detenerse el proceso evolutivo, porque la mayor transformación es la que se nos viene encima: la estructural.

Esta transformación estructural es multidisciplinar, pues la sanidad ha dejado de ser competencia directiva de los médicos, para pasar a ser competencia de la sociedad que la demanda. Por ejemplo, la reforma arquitectónica. Los centros

sanitarios no son ya como eran antes, sino que se integran mucho más en el medio ambiente urbano, sin deteriorarlo e incluso mejorándolo en el sentido de potenciar sus zonas verdes y servicios.

Otra reforma importante, paralela al tránsito de una medicina paternalista o otra en la que se valora y hasta se prima la autonomía del paciente, es la legal, habiendo pasado el sanitario de tener una responsabilidad civil y raras veces penal, a otra responsabilidad mucho más cotidiana y que hoy genera la mayor parte de los conflictos: la administrativa, con el consentimiento informado requerible, la protección de datos personales, el cumplimiento de horarios ofrecidos, etc.

La sociedad, cada vez más, nos demanda acreditaciones y certificados de calidad que garanticen la eficacia y eficiencia de nuestro trabajo, no ya sólo en el aspecto sanitario, sino incluso en el hostelerero, medioambiental y de recursos humanos.

Para poder pagar todo esto, la economía hace prodigios en tanto que los gestores sanitarios se afanan en la búsqueda de modelos económicamente sostenibles, basados en rentabilizar servicios compartidos, con o sin modelo privatizado, de tal manera que la dualidad sea la norma, para conseguir que lo que pueda perderse por un lado, se recupere con creces por otro.

Y este proceso es imparable porque las necesidades crecen mucho más que los recursos, pese a que estos no pueden crecer sin aquellas. Es decir, se trata de la pescadilla que se muerde la cola. Por tanto, nuestra obligación como gestores de sanidad pública o privada es saber buscar una salida imaginativa, algo que satisfaga a todas las partes implicadas en el sistema: la sociedad, los profesionales y el medio ambiente en que se desenvuelve nuestra actividad.

La imaginación se impone como medio más eficaz para lograr nuestros objetivos, aunque no una imaginación totalmente

libre, sino parcialmente dirigida, con arreglo a nuestros objetivos, que no deben ser utópicos ni ucrónicos, sino reales. Paso a paso se hace un camino, pero hay que dar los pasos hacia delante y no de lado o hacia atrás, pues ello nos desorientaría, haciéndonos perder tiempo y oportunidades irrepetibles.

Buscar el conocimiento ha de ser nuestra primera meta, pues sin él no iremos muy lejos. Para ello hemos de abandonar viejos hábitos paternalistas y viejos recelos, porque si no, no caminaremos. Solamente la confianza genera confianza, aunque siempre dentro de proyectos asumibles por nuestros objetivos, como es natural.

Debemos saber crear, de acuerdo con el pensamiento de Peter F. Drucker, un equipo de dirección categóricamente dinámico, porque la transformación es un proceso que no puede detenerse nunca. La descentralización es la clave del éxito, siempre y cuando sea controlable de algún modo, para evitar posibles “escapes” de gestión, con pérdidas no asumibles y muchas veces irreparables. Por tanto, nuestro modelo de relación ha de basarse en la confianza o no llegaremos a ninguna parte.

Nada de lo expuesto nos exonera del deber de escuchar a nuestro “cliente”, el paciente, y a sus familiares; pero también tenemos que hacerlo con los proveedores, los trabajadores, los políticos e incluso los educadores, porque la salud es un requerimiento universal no solo en su consecuencia, sino incluso en su proceso de gestión.

Las cosas cambian, pero las personas lo hacemos poco, pues todos reímos y sufrimos como siempre lo ha hecho la humanidad, nacemos y morimos, amamos y enfermamos con patrones fundamentalmente invariables desde el “Homo antecessor” de Atapuerca hasta nuestros días.

La única variación real es el conocimiento, que va progresando, permitiéndonos afrontar nuestros problemas de salud,

aunque no siempre, con una racionalidad mayor cada vez. Por eso no hemos de dejar de insistir en la necesidad de, en cumplimiento del mandato bíblico y de la razón, buscar el conocimiento para poder hacer progresar el sistema sanitario —público o privado— con una probabilidad de éxito creciente.

El futuro nos traerá nuevos retos, que habremos de afrontar mientras podamos. Después... serán nuestros hijos quienes lo hagan, nuestros nietos, nuestros bisnietos y así, para poder conservar este planeta tan magnífico, con una peculiaridad que lo dignifica al máximo: la vida.

No puedo concluir este prólogo, que pretende ser también exordio, sin felicitar a los autores, coordinados por el Teniente Coronel Médico Don Francisco Hervás Maldonado, Jefe del Servicio de Microbiología Clínica del Hospital Central de la Defensa “Gómez Ulla” en Madrid, quien nos otorga esta nueva muestra de una capacidad e ingenio inagotables, casi renacentistas, y que muchos percibimos en los límites, todavía nítidos, de la lógica.

Felicitación unida, de modo inseparable, a la gratitud por proporcionarnos un instrumento de trabajo en el tan árido como apasionante campo de la gestión sanitaria, no exento en sus cosechas de agrazones.

Madrid, a 11 de julio de 2006
Festividad de San Benito, Patrón de Europa

Juan Manuel Montero Vázquez
Inspector General de Sanidad
Ministerio de Defensa de España

Introducción

Cualquier texto, por elemental que sea, es cosa de dos: el lector y el escritor. La propuesta es del escritor y la elaboración es del lector, porque solo el lector está capacitado para discriminar la utilidad total o parcial del citado texto. Por tanto, en este nuestro manual, la función del lector es fundamental, pues está hecho todo por y para él, de forma que le pueda ser de utilidad en sus planteamientos de estructura y gestión empresarial, en estos momentos en que cierto tipo de demagogia parece acusar a las empresas sanitarias de ser unos agentes explotadores —aunque no se diga con estas palabras tan claras— de la población. Sin embargo, los que acusan, favorecen a su vez la privacidad de la sanidad con diversos subterfugios como la empresa pública, las fundaciones y demás. La realidad es que resulta casi imprescindible progresar en la adopción de estas medidas de gestión privada, porque el gasto se dispara y la población exige el cumplimiento de una promesa casi general de asistencia sanitaria universal.

La época de los grandes centros exclusivos se acaba, porque no se mantienen y se precisan —cada vez más— fórmulas que sepan combinar, con imaginación, demanda y oferta. Porque... ¿qué es la salud, sino un estado de bienestar temporal?, luego se ha de

combinar con diversas actividades para implementar de manera práctica esa sensación de bienestar o, en definitiva, de felicidad.

Aunque debemos ser realistas. Por eso, lo primero y fundamental es saber lo que gastamos, lo que debemos, lo que nos deben, hasta qué punto podemos endeudarnos, etc. Es decir, una economía sanitaria clara, que no debe regir el proceso, pero sí ha de guiarlo, porque todo se acaba reduciendo al haber y el debe, antes o después. Aunque... ¡cuidado!, la economía es solamente una herramienta. Sería absurdo que una vivienda se construyese según el tamaño de la llana, herramienta sin duda imprescindible, pero que puede ser de muchos tipos, de manera que si una llana no nos sirve, se coge otra que sí nos sirva. Esto lo saben divinamente los consejos de administración, que siempre buscan los equipos que se adapten a sus deseos y no al revés. Por tanto, economía sí, pero al servicio de los objetivos de la empresa.

Es una cosa fundamental que nos conozcan. De nada sirve que tengamos la más maravillosa farmacia, clínica veterinaria, consultorio, hospital, fábrica de medicamentos, etc., si nadie nos conoce o si nadie confía en nosotros. Es decir, nuestra “marca” es fundamental, ha de generar confianza, deseo de uso. Por muy buena que sea nuestra fama, si a nadie le interesa usar nuestros servicios, nos arruinamos. Podemos tener una magnífica clínica de focas en el desierto del Sahara, pero no nos van a traer clientes, o una excelente clínica de malaria en el polo, pero sin clientela. Buena marca y hechos que respondan a demanda de servicio real.

Otra cuestión importante es poder disponer de una tecnología actualizada, con una posibilidad de acceso imaginativo a la misma, usando las nuevas tecnologías de la información y comunicaciones de la manera más intensiva y extensiva posible, pues para eso están. Cuando acudimos a una consulta donde nos apuntan en un cuadernillo o en una agenda – dietario, sentimos alguna que otra duda acerca de la calidad del centro, cosa que no sucede si nos incluyen en una base de datos informática,

y nos generan una ficha personalizada con nuestros datos, fecha y hora, lugar donde hemos de acudir, etc. Esto fortalece enormemente la marca y apenas si cuesta dinero. O bien que nos envíen nuestro informe de alta en 24 horas por correo electrónico, o que vigilen por webcam a nuestros ancianos en casa, etc.

El manejo adecuado de las relaciones personales es muy importante, porque en el factor humano se funda el todo de nuestra calidad y capacidad de respuesta a la demanda de servicio. Hay que seleccionar correctamente al personal, mantenerlo motivado, reciclarlo continuamente, y darle opciones a poder promocionarse de manera clara y con justicia. El *benchmarking* nos puede dar una idea de cómo está nuestro personal en comparación con el de otras empresas del mismo sector de negocios y nos ayuda a comprender muchos problemas que se podrían solucionar y cuya causa no conocemos con claridad.

Las estructuras físicas de nuestras empresas han de estar adaptadas a la función de las mismas, con criterios de integración social, en la manera de lo posible, buscando la combinación de la funcionalidad, la rentabilidad y... ¡cómo no!, la belleza. Los locales han de ser cómodos, atractivos, generadores de “buenas sensaciones”, haciendo que nuestros usuarios se sientan, al menos, como en su casa, si no mejor. Cuidemos el entorno, por tanto, que esa es la única manera de hacernos atractivos en el plano de lo físico.

Utilizar racionalmente las tecnologías diagnósticas y organizar adecuadamente su gestión puede ahorrarnos mucho dinero, sin duda, pero mejor aún si logramos implicar a los trabajadores en su rentabilización de alguna manera. Somos un equipo y como tal hemos de comportarnos, descentralizando la gestión al máximo, porque el ahorro —no lo dudemos— de quien menos depende es de quien da las instrucciones generales. Es quien las lleva a la práctica el (o la) que puede adaptarlas a su realidad. Por tanto, y como norma general, aunque haya excepciones como en

todo, hemos de implicar a los trabajadores en la rentabilización de la empresa o casi con toda seguridad fracasaremos.

La calidad es algo que se percibe fácilmente, pero que no se define con tanta facilidad. Dos metodologías son posibles: la garantía de calidad o la calidad total. Cada cual tiene sus pros y sus contras. La primera se basa en las inspecciones y controles, mientras que la segunda se centra en la respuesta del mercado, con implicación de todos los trabajadores.

No debemos olvidar la importancia que la investigación, el desarrollo tecnológico y, sobre todo, la innovación, poseen para cualquier empresa moderna (incluidas las sanitarias, por supuesto) pues así es como se compite hoy en día, así se gana cuota de mercado, así se fidelizan clientes, etc. Hemos dedicado un especial interés a este tema, del que todos hablamos un poco desordenadamente siempre, intentando darle el calado tan grande que tiene.

En fin, hemos escrito este manual para que usted lo utilice como un pequeño asesor en su trabajo, de manera que le ayude a poder tomar decisiones a todos los niveles, pero sobre todo para que le auxilie en situaciones en que haya de reflexionar acerca de un cambio, estructural u organizativo, que le plantea dudas acerca de cómo ha de acometerse. Podríamos considerarlo un libro ordenado de intenciones con capacidad de diseño personalizado.

Y para quienes se inician en este maravilloso mundo de la empresa sanitaria, vaya todo nuestro apoyo y deseo de que jamás pierdan la ilusión por su trabajo, que aunque no se lo digan, es uno de los trabajos más importantes y dignos de los que la vida ofrece.

En nombre de todos cuantos hemos colaborado en este proyecto, reciba, amigo lector, todo nuestro afecto y respeto.

Francisco Hervás Maldonado

Introducción a la contabilidad y gestión de costes

FRANCISCO HERVÁS MALDONADO
MANUEL HERNÁNDEZ NAVARRO

“Da bienes fortuna
Que no están escritos,
Cuando pitos, flautas,
Cuando flautas, pitos”.

Luis de Góngora

Dividiremos este capítulo en dos partes, cada una de ellas con dos componentes. En primer lugar, nos centraremos en los conceptos básicos y la metodología para obtener datos fiables, es decir, en la llamada información contable, para posteriormente comentar algo en relación con las consecuencias prácticas que se pueden deducir de esa información, que de un modo general pueden considerarse como inversiones y financiación.

Lo primero que hemos de considerar es que una empresa sanitaria, independientemente de su tamaño, posee ciertas peculiaridades que la diferencian de otro tipo de empresas. Por ejemplo, el concepto de servicio es mucho más acusado, lo que no quiere decir que sea una institución altruista o ruinosa, sino que parte de su financiación, bien directa o

indirectamente, recae necesariamente sobre el tesoro público, porque la salud de sus ciudadanos es el activo mayor de una sociedad, y ese bien ha de pagarlo, como es natural. Por otra parte, en virtud de ello y por su propia naturaleza, la sanidad requiere un nivel de calidad muy superior al de cualquier otra actividad empresarial, lo que nos coloca en una tesitura complicada, donde las exigencias son muy superiores a las de cualquier otra cosa y los aportes se regatean con demasiada frecuencia, pues los resultados no son inmediatos, sino, como poco, a medio plazo. Todo esto hay que tenerlo en cuenta cuando diseñemos un sistema contable para nuestra empresa sanitaria. Esto y el hecho de saber que vamos a recibir presiones de los pacientes, los empleados sanitarios, la administración e incluso los proveedores de suministros sanitarios.

No obstante, tampoco hay que desesperarse, pues una empresa sanitaria, bien gestionada, puede llegar a ser algo muy rentable y de gran calidad. Es un problema de buena organización.

1.1. CUENTA DE RESULTADOS Y BALANCE PATRIMONIAL

En líneas generales, decimos que un resultado es la diferencia entre los ingresos y los gastos. Cuando los ingresos superan a los gastos, hablamos de beneficio. Si por el contrario, los gastos superan a los beneficios, estamos ante una situación de pérdida.

Los ingresos pueden tener dos orígenes:

- Cobro por servicios efectuados.
- Ingresos financieros, derivados de los intereses que generan nuestras inversiones de capital.

En cuanto a los gastos, la situación es más dispersa. Así, en nuestro caso, los orígenes pueden ser:

- Compras de material, que puede ser fungible o inventariable, según sea de desecho o pueda ser reutilizado varias veces.
- Costes salariales del personal.
- Costes administrativos, que incluyen impuestos y actualizaciones de nuevas normativas legales (sobre incendios, bioseguridad, iluminación, gas, etc).
- Los gastos financieros, que son los intereses que cobran los bancos y las consultorías que se ocupan de nuestra contabilidad, pues es lógico que desconozcamos al detalle los planes contables vigentes. Aquí entrarían las contrataciones de bienes y servicios, siempre y cuando posean un carácter temporal.
- Amortización del material inventariable, sanitario y no sanitario. De vez en cuando hay que cambiar ordenadores, impresoras, máquinas de diagnóstico, camas, colchones, pintar las salas, etc.
- Gastos generales, que incluyen el papel, los cartuchos de impresora (el material de oficina), limpieza, seguridad, servicios sociales de los trabajadores (guardería, etc.) y otros. Incluiremos el alquiler de locales, la electricidad, teléfono, gas, agua, etc.

El coste de los materiales ha de ajustarse a los procesos en la medida de lo posible, de manera que se pueda facturar un proceso siempre de la misma manera. Por ejemplo, una intervención de apendicectomía ha de costar siempre lo mismo, aunque no siempre nos cueste así a nosotros. Por eso se utilizan los llamados GRD (grupos relacionados de diagnóstico), de manera que una hernia inguinal siempre vale lo mismo, o una hepatitis

o un día de estancia médica o quirúrgica, siempre poseyendo un valor menor que un día de estancia en una UCI. Insistiremos posteriormente en esta cuestión.

Así, en el DEBE anotaremos tanto los gastos como los beneficios (porque estos se producen cuando los gastos son menores que los ingresos), mientras que en el HABER, anotaremos los ingresos y las pérdidas (porque se generan cuando los gastos superan a los ingresos). Esto es lo que se llama la «cuenta de pérdidas y ganancias».

Para poder hacernos a la idea de la rentabilidad de nuestra pequeña o mediana empresa sanitaria, habremos de acudir —entre otras cosas— a la cuenta de resultados. Los resultados pueden ser globales o, mejor, por sectores.

Tipos de resultados

- Las actividades ordinarias generan los resultados de explotación y financieros.
- Las actividades extraordinarias generan el resultado extraordinario, pues tales actividades solamente se efectúan esporádicamente.

Por tanto, el resultado total es la suma del resultado ordinario (compuesto del resultado de explotación y el financiero) y el resultado extraordinario. Al resultado total se le conoce como «pérdidas o ganancias».

Ejemplo:

Calculemos el resultado obtenido en una policlínica de especialidades con carácter ambulatorio (sin ingresos).

Resultado de explotación

Talones de mutuas aseguradoras	300.000 €
Facturas de pacientes privados.....	30.000 €
Coste de material (sanitario, de oficina y de limpieza).....	- 190.000 €
Gastos de personal	- 32.000 €
Gastos administrativos (seguros sociales, impuestos, etc.).....	- 28.000 €
Amortización.....	- 50.000 €
 Resultado de explotación (beneficio).....	 30.000 €

Resultado financiero

Ingresos financieros	150.000 €
Gastos financieros	100.000 €
 Resultado financiero (beneficio)	 50.000 €

Resultados extraordinarios

Ingresos extraordinarios	20.000 €
Gastos extraordinarios	- 30.000 €
 Resultado extraordinario (pérdida)	 - 10.000 €

Si juntamos los resultados, vemos que:

Resultado de explotación	+ 30.000
Resultado financiero.....	+ 50.000
Resultado extraordinario	- 10.000
 Resultado total (beneficio).....	 + 70.000 €

La cuenta de resultados se escribe así:

Debe	Haber
Coste de material 190.000	Talones mutuas 300.000
Gastos de personal 32.000	Privados 30.000
Gastos administrativos 28.000	Ingresos financieros 150.000
Amortización 50.000	Ingresos extraordinarios 20.000
Gastos financieros 100.000	
Gastos extraordinarios 30.000	
Total gastos 430.000	Total ingresos 500.000
Beneficio 70.000	
Total debe 500.000	Total haber 500.000

Nosotros podremos ordenar los conceptos como mejor nos venga, pero el debe y el haber han de cuadrar, es decir: coincidir en su valor numérico.

Balance de la situación (patrimonio)

Algunas cosas han de tenerse en cuenta:

- 1) Hemos de referir nuestro balance de resultados a una fecha concreta.
- 2) Hay que expresarlo en la unidad monetaria que se determine (euros, dólares, o simplemente unidades monetarias, UM, sin especificar).
- 3) El haber y el debe han de ser iguales en sus totales.

Cuando efectuamos un balance, al haber le llamaremos activo, y al debe, pasivo. En el activo incluiremos los bienes de nuestra empresa y los derechos de la misma, es decir: lo que nos deben y no nos han pagado aún. En el pasivo, colocaremos las deudas (lo que nosotros debemos) y el capital (lo que noso-

Mercadotecnia de salud: marketing sanitario

FRANCISCO HERVÁS MALDONADO
MANUEL HERNÁNDEZ NAVARRO

“La luna besa la fragua
Con su polisón de nardos.
El niño la mira mira,
El niño la está mirando”.

Federico García Lorca

Clásicamente se ha definido el marketing como el puente que une la producción y el consumo, pero hoy en día este dirigir los productos hacia el consumidor, cuando hablamos de salud, no es una definición demasiado afortunada, puesto que no dirigimos solamente productos físicos, sino también bienes no tangibles, como es la salud. Por otra parte, aportamos tecnología, usamos proveedores de salud y, en definitiva, nos movemos en un entorno ético distinto en buena medida al del comercio convencional.

Los analistas del marketing han considerado —en los últimos tiempos, y casi siempre— que su desarrollo estratégico se manifiesta en dos fases:

— *Primera fase:* selección de un mercado proyectado.

- *Segunda fase:* diseño de una combinación de los factores del marketing (*marketing mix*).

El mercado diana

Todo mercado heterogéneo —donde se diversifica la demanda— puede ser dividido en otros mercados más reducidos y menos heterogéneos. Por tanto, habremos de determinar dichos segmentos y fijar, para cada uno de ellos, unos objetivos concretos, analizando las necesidades de esas poblaciones constitutivas del mercado diana. No es lo mismo una población de mayores posibilidades económicas, de asistencia privada al completo y pago por acto médico, que una población con seguro sanitario de prepago (mediante la gestión a través de entidades de seguro libre) o la seguridad social, donde el seguro es obligatorio, pero con varias versiones: mutualidades profesionales, asistencia en régimen general o regímenes especiales (seguridad social agraria o de trabajadores del mar). Por otra parte, la pirámide poblacional, potencialmente asistible, varía el modelo de marketing-mix. Además, la situación de dispersión poblacional es importante: distancias, número de núcleos de población o barrios más o menos populosos, etc. Tampoco olvidemos que es igualmente importante conocer la legislación al respecto y, sobre todo, sus implicaciones fiscales, con objeto de ver la conveniencia o no de instalar una línea de negocio, con su correspondiente mercadotecnia aneja. Habría, como es comprensible, muchos factores a considerar: prevalencia de patologías en la zona, climatología, medios de comunicación y TIC (Tecnologías de la Información y Comunicaciones, como i-net, televisión por cable y demás).

El *marketing mix*

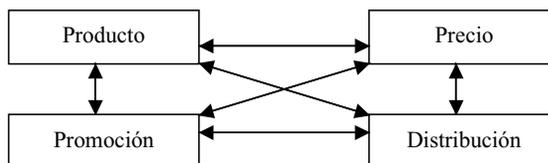
Procuraremos seleccionar aquellos productos que posean mayores posibilidades de satisfacer el mercado diana. Por ejemplo,

si hay muchos niños y mujeres en edad fértil, habremos de incluir la pediatría y la obstetricia en nuestra cartera de servicios. Ahora veremos cómo.

El marketing mix reduce a cuatro el número de variables generales, así como la función aneja a ellas de dicho marketing (también conocido como mercadotecnia):

- El producto, diseñado para satisfacer las necesidades previstas del sector poblacional. Por ejemplo: asistencia obstétrica, incluyendo la consulta, ecografía y analítica elemental (química seca) en el acto médico.
- El precio, que guardará relación con la imagen que se desee proyectar y la competencia. Cuando la asistencia es hospitalaria, lo fijan los GRD (grupos relacionados de diagnóstico), como se indicó en el tema de contabilidad.
- La promoción, que puede hacerse mediante publicidad (cosa no siempre recomendable en sanidad) o a través de calidad transmitida a usuarios, entre otros sistemas. Esta calidad se expresa mediante la llamada excelencia en salud.
- La distribución, que consiste en hacer llegar el producto al cliente, o la asistencia al paciente. Por ejemplo, puntos de toma de muestras para laboratorio o ambulancias para personas con problemas de movilidad.

La modificación de cualquiera de los cuatro factores, así como la del segmento poblacional diana, alterará igualmente todos los demás factores del mix, como es natural. Esto viene a representarse así, esquemáticamente:



La naturaleza de nuestra empresa influye extraordinaria y definitivamente en el diseño de nuestro mix de factores del marketing. Por regla general, preparamos nuestro mix con el auxilio de la investigación operativa (SPSS y demás) y los estudios de mercado, ayudados por un sistema informático adecuado con un programa solvente de análisis. Pero esto sirve de poco si desconocemos las variables de entorno, tanto internas como externas, pues sin ellas, el mix no reflejará cabalmente la “naturaleza real” de nuestra empresa. Variables como grado de motivación de los profesionales, nivel de sindicación por estratos o comparativa salarial con la competencia, como algunos ejemplos de variables internas, o bien la climatología, el PIB (producto interno bruto) de la zona y la composición de la pirámide poblacional del segmento atendido (edades, sexos, etc.), son fundamentales. De una manera genérica, podemos clasificar las variables internas y externas —desde un punto de vista empresarial— del siguiente modo:

- a) Variables internas, que son aquellas que pueden ser parcialmente modificadas por nosotros y que inciden sobre los siguientes aspectos de nuestra empresa, puesto que pertenecen a ella, y la impactan directamente en su función, alterándole los siguientes parámetros:
 - Beneficios.
 - Crecimiento.
 - Supervivencia.

Estas variables son muy diversas, pero suelen ser localizables con relativa facilidad. Por ejemplo, un personal desmotivado lo puede ser por detrimento salarial con respecto a la competencia, por falta de carrera profesional (ausencia de expectativa de promoción personal) o por ambas cosas. En cualquier caso, cuando se sabe el problema se puede buscar una solución. Otro

problema frecuente es el mal funcionamiento de un *outsourcing* (una subcontrata de una parte del proceso, como la limpieza o alimentación, por ejemplo), que no desea seguir y espera el vencimiento de su compromiso. Por eso, una buena medida es que dichas contrataciones sean lo más efímeras posible (seis meses o acaso un año, pero no mucho más), siendo renovadas constantemente. Puede haber problemas estructurales o de suministro (averías no bien detectadas de la abducción de agua o gas, etc.). Puede haber problemas con las comunicaciones interdepartamentales, problemas de horarios poco flexibles, etc.

- b) Variables externas, que son las que no podemos controlar y que, desde fuera, condicionan la marcha de nuestra empresa:
- Sociales.
 - Económicas.
 - Políticas.
 - Morales.
 - Legales.
 - Éticas.

A lo mejor es que no conocemos a nuestra sociedad en su plena extensión, pues no contabilizamos la inmigración o los cambios en orientaciones de ocio e incluso deportivos. Puede ser que estemos sufriendo una crisis energética y ello condicione el gasto, o un problema de sequía, o una sencilla falta de suministro de productos concretos por motivo de una imposición del mercado exterior (catástrofes naturales, crisis internacionales o simplemente huelgas del sector correspondiente, por ejemplo). A lo mejor, el problema es político, con un cambio de estructuras, transferencias locales de servicios o, simplemente, variación del modelo impositivo. Puede ser un problema moral,

con un aumento de la tolerancia social o, por el contrario, con un rechazo social a lo diferente, con motivo de la inmigración. Los problemas pueden ser legales, en cumplimiento de directivas y acuerdos internacionales o por compromiso electoral de modificación de la legislación. Y pueden ser éticas, con nuevas controversias que van surgiendo, como la clonación, empleo de células madre, etc.

Todas estas variables externas no son tan fácilmente detectables, pues no siempre tenemos un acceso óptimo a la información, que suele llegarnos tarde y sesgada, debiendo nosotros optimizarla al máximo, con arreglo a nuestros intereses de empresa.

Llevando estas cuestiones al plano sanitario, procede aquí hacer algunas reflexiones.

En primer lugar, revisar algunos conceptos que tradicionalmente han sido considerados constitutivos de una especie de leyenda negra del marketing (o mercadotecnia). Nos debemos centrar, prioritariamente a sus aspectos éticos. Si bien es sabido que la protección de la salud —sobre todo la salud pública— es un deber del estado, ¿qué reglas éticas han de adornar dicho servicio, al que —sobre todo en su vertiente asistencial— tiene derecho la empresa privada? Nos referimos, lógicamente a sociedades de libre mercado. Es evidente que solo puede sostenerse un sistema caro, como es la asistencia sanitaria, de dos maneras: mediante el prepago o cuota asistencial fija, independientemente de que se enferme o no, que es la primera, y por actuación sanitaria realizada, que es la segunda. Es una forma de seguro —el prepago— que hoy en día se contempla en la asistencia pública y privada, universalmente aceptado y que no plantea problemas. Porque la otra opción, la del pago por servicio realizado, resulta muy costosa para la inmensa mayoría de la población y, como es de suponer, también para la empresa privada y los poderes públicos. Pero claro, la población no posee suficiente información de sus derechos, y hay que dársela,

Gestión del entorno

FRANCISCO HERVÁS MALDONADO

“Hearken well and spread my tidings
Of the golden future times...”.

George Orwell (Animal Farm)

En cualquier empresa, asistencial o productiva, existen unos requerimientos logísticos que van a condicionar su funcionamiento y, como consecuencia, su rentabilidad, pues el coste logístico de cualquier empresa es muy variable. Por otra parte, cada vez más nos concienciamos de la necesidad de proteger el medio ambiente, como herencia imprescindible para garantizar la continuidad de la vida.

Hoy en día todo ha evolucionado notablemente. Desde el clásico concepto de lugar de reclusión de enfermos, del siglo XIX, el hospital se convirtió en centro de tratamiento a lo largo del XX, para en el siglo XXI irse convirtiendo, cada vez más, en centro de relación social donde, además, se hacen tratamientos. Algo similar, en otro orden de cosas, va sucediendo con los centros ambulatorios, donde cada vez más se comparten despachos y tareas para minimizar gastos. Ya no es frecuente que un médico pase su consulta en su propia casa. Por otra parte,

las empresas productivas se automatizan al máximo, pero efectúan un marketing cada vez más intenso, de tal modo que así robustecen la marca, incluyendo virtualmente al cliente como elemento de su empresa y orientando toda su actividad hacia la satisfacción del mismo.

En este capítulo nos centraremos en las empresas asistenciales y, en concreto, en las hospitalarias, dando algunas pinceladas acerca de las empresas ambulatorias, menos complejas de gestionar. Porque las productivas requieren normas muy específicas, dado que su actividad condiciona radicalmente la gestión de su entorno, con relativamente pocos puntos comunes entre ellas, incluso si poseen el mismo tipo de actividad. Así, por ejemplo, no hay dos farmacias iguales: no es lo mismo una farmacia rural que otra de una gran ciudad, ni se comporta igual la que prepara específicos que la que simplemente los dispensa y nada más, o la que incluye cosmética o alimentos infantiles, o la que añade ortopedia u óptica, parafarmacia, etc.

Igualmente, no es lo mismo una clínica veterinaria orientada a mascotas que otra rural, donde se asiste al ganado, o la actividad veterinaria de animales exóticos o de un zoológico. Tampoco es igual fabricar medicamentos que prótesis, o producir raticidas o leches maternizadas. Por eso, pretender unificar tratamientos ambientales y normativas es hacer un brindis al sol.

En definitiva, centrándonos ya en el área asistencial hospitalaria, son varios temas los que hemos de considerar:

- El diseño arquitectónico del edificio, no solo en lo referente a su estética y funcionalidad, sino sobre todo, ajustándonos a las características del terreno (zonas sísmicas, existencia de acuíferos subterráneos, etc.), a la vegetación de la zona y a su climatología, sobre todo.
- Las acometidas de agua, electricidad, gas y telefonía.
- El tratamiento del aire, de la luz y del agua de consumo.

- La limpieza y el tratamiento de residuos.
- La prevención y pronto remedio de los incendios.
- La presencia de contaminación por torretas o antenas, emisoras de ondas de baja y muy baja frecuencia.
- El equipamiento de tecnología y mobiliario.
- Los problemas derivados de la alimentación y lencería.
- Detección y tratamiento de accidentes por contaminación química, física o biológica.
- Inserción de zonas de ocio y servicios complementarios (educativos, culturales, etc.).
- La señalización y sistemas de comunicación y desplazamientos.

En una primera parte nos centraremos en aspectos generales, para posteriormente incursionarnos en dos aspectos muy importantes: la alimentación y el control del agua, terminando con algunos comentarios acerca del llamado síndrome del edificio enfermo, que no es sino la consecuencia del paso del tiempo y las deficiencias en limpieza, en función del incremento de costes de la misma, fundamentalmente. Ahora bien, lo que sí hemos de tener siempre muy presente es que la gestión de entorno es competencia de todos: la gerencia o dirección, naturalmente, pero también los trabajadores, las subcontratas, los pacientes, sus familiares, los visitantes, etc. Es, en definitiva, una cuestión de educación cívica, más que sanitaria y por ello, dado que la sociedad se integra cada vez más en la gestión sanitaria, ha de asumir igualmente sus propias responsabilidades, minimizando el deterioro del uso en la mejor y mayor manera posible. Y esto no es una sola cuestión de la sanidad pública, por supuesto, sino de toda la sanidad, porque si la sociedad daña el sistema asistencial que utiliza, ya sea público o privado, encarece su coste, sin lugar a dudas. De ahí la importancia de las campañas

de marketing a favor de la asunción de la marca como algo propio, por parte del usuario.

6.1. DISEÑO DE EDIFICIOS

Tal vez el título no sea completo, pues habría que hablar de remodelación urbana con integración de edificios asistenciales, pero sería demasiado largo y puede que incluso incompleto. Por eso optamos por la simplificación.

En los últimos tiempos, con una tendencia creciente, los hospitales se van convirtiendo en centros integrados, modulares, horizontales y con grandes espacios que posibiliten su crecimiento. Los hospitales son ya lugares de intercambio cultural, pero es que van a serlo mucho más en el futuro. Así, con el tiempo no será extraño ver tiendas de todo tipo, restaurantes de diverso tipo y categoría e incluso hoteles y zonas de ocio, como museos o pequeños teatros cerrados, intercalados entre los diversos pabellones, aislándose un poco más los pabellones de cuidados intensivos y los de infecciosos, pero con una relativa proximidad. Las actividades peligrosas, como laboratorios de bioseguridad, se realizarán fuera del ámbito hospitalario, mediante la garantía de un transporte seguro y rápido de las muestras a ellos. Los aparcamientos serán superficiales, y el único sótano existente se aprovechará, a modo de “loft” como lugar de paso y transferencia de pacientes y profesionales, reservando la superficie para los familiares, visitantes y restantes actores del sistema. La vegetación se cuidará, procurando integrar los aparcamientos en zonas arbóreas, en superficie, a mayor o menor distancia de los diversos módulos y con un sistema de desplazamiento hasta ellos no contaminante: vehículos eléctricos, pequeños tranvías, etc. Todas estas actividades son rentables para el centro y generan ingresos que garantizan el coste inicial de la mejora tecnológica. Por otra parte, a dichos servicios les resulta interesante

su inclusión en el ámbito hospitalario, pues esta población (pacientes, familiares y trabajadores sanitarios) posee un alto grado de fidelización. Por ejemplo, un supermercado soluciona muchos problemas a todos, o un fitness center, o simplemente una panadería. Aunque aquí cabe todo: una lavandería o tintorería que, además de para el centro trabaja temas privados, puede resultar muy útil. Y así todas las actividades. En el Hospital Universitario Rikshospitalet de Oslo existe una colección de arte al aire libre que es la mayor de Noruega (y de hecho, diseñadores de todo el mundo lo visitan para tomar ideas), así como una gran integración del mismo en el paisaje, incluyendo sus colores y motivos decorativos, su arbolado y la vista de un fiordo próximo.

En el horizonte asistencial venidero se avecinan unos cambios, que liderarán los gestores y ciudadanos más que los profesionales sanitarios, con unas características muy definidas, entre las que se destacan:

- Incremento de la atención ambulatoria.
- Asistencia domiciliaria, mediante home-care de telemedicina u otros sistemas vigilados.
- Aplicación de tecnologías quirúrgicas mínimamente invasivas, que no requieren internamiento hospitalario, sino que basta el propio domicilio del paciente.
- Métodos diagnósticos no invasivos o mínimamente invasivos, que no requieren hospitalización.
- Automatización y agilización de las respuestas (laboratorios, radiología, etc.), que incluso pueden enviarse al médico o paciente mediante intranet o internet.
- Mayor implicación del paciente y familiares en la automedicación y autocuidado.

Las circunstancias que van a caracterizar la sanidad del presente siglo son las siguientes:

1. El desarrollo creciente de nuevas tecnologías de diagnóstico por imagen, condicionará —sin duda— el diseño de los nuevos hospitales, un diseño en el que la tecnología inalámbrica y el cableado de fibra se imponen, y también en los centros ambulatorios. Esto significa que los espacios de interrelación han de ser distintos, con una accesibilidad condicionada por la comunicación.
2. La telemedicina supone un avance radical en la vigilancia asistencial, mediante el llamado “home-care”, y en la práctica de las Interconsultas. Esto conlleva una necesaria disminución de tamaño de los equipos, para poder adaptarlos casi a cualquier espacio.
3. Disminuirán los ingresos hospitalarios, pues la mejora tecnológica y la capacidad asistencial domiciliaria, minimizarán muchas estancias, imponiéndose la cirugía ambulatoria. Esto, unido al ejercicio de una actividad más preventiva cada vez, dará como resultado una disminución importante de los postoperatorios y su curso domiciliario en muchas ocasiones.
4. La función de las especialidades varía no solo en cuanto a protocolos, sino incluso en su ubicación, de tal modo que muchas especialidades preferentemente hospitalarias, pasarán a ser preferentemente ambulatorias.
5. Los cambios demográficos traerán como consecuencia una variación en la prevalencia de las enfermedades de cada zona, así es que habrá que reconducir la estructura de servicios hospitalarios y ambulatorios, con su correspondiente variación en la dimensión y contenido de los edificios.

6. La nueva manera de afrontar las enfermedades por parte de los usuarios de la sanidad, les hará más partícipes de su asistencia, interviniendo no solo en la toma de decisiones personales, acerca de su propia salud, sino incluso en decisiones colectivas, como las económicas o de gestión, tanto a nivel hospitalario como ambulatorio. Aquella máxima de que “el cliente siempre tiene la razón”, también ha llegado a la sanidad. La Ley General de Sanidad de España, así lo recoge, así como otras legislaciones sanitarias de los diversos países. Esto tiene una lectura doble. Por una parte, la pública, donde los ciudadanos intervendrán directamente en la estructuración y gestión de su sanidad, a todos los niveles. Y por otra parte, la privada, en que los consejos de administración toman sus decisiones basándose en las demandas de sus clientes, que son los usuarios de la sanidad privada. Ello se expresa, en este último caso, no solo a través de las encuestas de satisfacción, que siempre son algo relativas, sino a través, sobre todo, de la cuenta de resultados de la empresa, cuyo análisis no es cosa siempre sencilla, debiendo ser efectuado por expertos (un equipo médico con asesores económicos).

En todas estas situaciones, el marketing juega un papel definitivo, pero no olvidemos lo más importante: el objetivo fundamental es fidelizar pacientes, mediante un robustecimiento permanente de la marca.

Los hospitales presentan, cada vez más, unas tendencias claras para este siglo:

- a) Cada vez habrá menos hospitales, en su concepto clásico de centros de internamiento para tratar a los enfermos. Existirá otra cosa, no bien definida aún, que poseerá caracteres sanitarios y no sanitarios, incluso puede que sin

hospitalización (hospitales de día) o incluso con caracteres virtuales acusados: centros de televigilancia para seguimientos de *home-care* o incluso centros de apoyo psicológico o de orientación en primeros auxilios.

- b) Los hospitales que queden serán más pequeños, más manejables y especializados, más acordes con la prevalencia zonal y con la demanda de la población.
- c) Los hospitales y los ambulatorios serán abiertos, con marcados caracteres polivalentes. No es de extrañar que en ellos se ejerzan diversas actividades, como en cualquier otro espacio de uso común. Habrá cines, restaurantes, hoteles, etc., en una ciudad que posea componentes sanitarios modulares, perimetrando los módulos peligrosos mediante zonas de seguridad y comunicando todo el complejo a través de subterráneos, con objeto de mantener un entorno vegetal gratificante. Los aparcamientos serán en superficie o edificados en altura, situados a distancia del centro y con sistemas de acercamiento no contaminantes (tranvías, coches eléctricos, etc.). Se utilizarán muchas energías alternativas, como placas solares auto-orientables, sistemas eólicos, etc.
- d) El hospital de día, la telemedicina y la cirugía ambulatoria son tres activos importantes que van a determinar definitivamente el diseño hospitalario. Por otra parte, la modularidad de la institución, hará poder progresar el hospital de acuerdo con los nuevos requerimientos tecnológicos.
- e) Todo esto hace pensar que la gestión de hospitales se complementará con otros negocios acompañantes, unos fruto de subcontrataciones, y otros propios del centro, que los explotará directamente. De forma que el negocio de la sanidad estará muy diversificado, previsiblemente, en su faceta asistencial.

Algunas prospecciones

En la arquitectura hospitalaria que se nos avecina, el hospital se convierte de vertical en horizontal, extenso y modular, lo que facilita su progresión tecnológica y simplifica su posibilidad de crecimiento e integración social. Sus instalaciones pasan a formar parte de un espacio de gestión, capaz de atender a todas las necesidades de los usuarios, entendiendo como tales no solo a los pacientes, sino también a sus familiares, visitantes, trabajadores sanitarios y del complejo, educadores y demás personal implicado en ese cambio de imagen y función.

Prima la decoración, en los nuevos hospitales, con colores más cálidos y grandes zonas ajardinadas. Esto resulta muy motivador para los grandes estudios de arquitectura y diseño, que pugnan cada vez más por emplear sus esfuerzos en estos nuevos diseños.

El diseño antisísmico de los edificios, se impone. Especialmente útiles son los consejos de la Organización Panamericana de la Salud al respecto. La garantía de calidad del proyecto pasa por una severa inspección y revisión del proyecto, de su estudio y diseño, así como de su ejecución.

Dentro de la etapa de estudio y diseño del proyecto, hay una serie de aspectos que deberían ser considerados, como:

- Delimitación del proyecto, puesto que ha de compartirse con otros proyectos simultáneos de la zona.
- Definición del equipo de trabajo implicado directamente y de los coordinadores con otros proyectos acompañantes.
- Asignación de funciones y delimitación de responsabilidades por áreas.
- Definición del plan de trabajo o plan de obra.

- Definición de canales y protocolos de comunicación interna y externa.
- Definición de mecanismos de revisión, seguimiento y control durante la etapa de proyecto.
- Definición de los mecanismos de revisión del proyecto final, incluyendo varias facetas fundamentales, como son:
 - Revisión general de cumplimiento de los criterios de diseño.
 - Revisión de memorias de cálculo.
 - Revisión de planos de emplazamientos.
 - Revisión de planos de arquitectura.
 - Revisión de planos estructurales.
 - Revisión de planos de trazados de instalaciones básicas, líneas vitales, gases clínicos, acometidas eléctricas, etc.
 - Revisión de planos de montaje de equipamiento, mobiliario y otros componentes.
 - Revisión de planos de detalles, conexiones y anclajes de componentes.
 - Revisión de otros planos.
 - Revisión de documentos de licitación (si procede).
- Definición de procedimientos de inspección durante la construcción.

En la etapa de ejecución del proyecto (etapa de construcción), varios aspectos hay que considerar:

- Condiciones para el inicio de la etapa de construcción.