

ELS SISTEMES MULTIHOSPITALARIS I LA SEVA REALITAT A CATALUNYA*

Guillem López Casanovas¹ / Manuel Santiñà Vila²

¹Universitat de Barcelona / ²Hospital de Bellvitge «Prínceps d'Espanya»

Resum

Aquest treball té com a propòsit analitzar les semblances que es produeixen entre alguns sistemes hospitalaris, tal com s'han desenvolupat als Estats Units, i els consorcis o altres formes d'associació entre hospitals existents a Catalunya: Consorci Hospitalari de Catalunya, Unió Catalana d'Hospitals, o futur Consorci d'Hospitals de Barcelona, entre d'altres.

L'anàlisi efectuada sembla indicar que malgrat els principis inspiradors son els mateixos, a la pràctica, l'estructura que aquells presenten està lluny de la contemplada en els Sistemes Multihospitalaris als EE.UU.

Finalment, es comenten les conseqüències que es derivarien de considerar l'organització futura del conjunt d'hospitals que integren la Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública (XHUP) (1) sota aquell patró; és a dir, a partir de considerar els hospitals propis com a un sistema hospitalari més, que «cohabita» amb els ja existents.

En aquest sentit, el treball considera algunes cauteles necessàries abans d'acometre una reforma de les característiques presentades.

Paraules clau: Sistemes multihospitalaris. Gestió sanitària. Planificació sanitària.

MULTIHOSPITAL SYSTEMS AND ITS REALITY IN CATALONIA

Summary

The objective of this article is to compare the development of hospital systems in USA with multi-hospitals or other hospital association formulas that currently exist in Catalonia. Our purpose is to check if the theory, that has influenced the development of these hospital systems in US is consistent with the hospital systems in Catalonia, specifically in the cases of: Consorci Hospitalari de Catalunya, Unió Catalana d'Hospitals, future Consorci d'Hospitals de Barcelona, among others.

In addition we analyze the consequences that would appear if the Public Hospital Network of Catalonia (xarxa hospitalària d'utilització pública: XHUP) (1) is considered as a hospital system; that is, considering this Hospital Network as a hospital system in coexistence with other preexistent hospitals, could take advantage in the financial management as well as in the introduction in the market simulation systems to stimulate the efficiency in the provision of public hospitals.

Key words: Multihospitals system. Health administration. Health planning.

LOS SISTEMAS MULTIHOSPITALARIOS Y SU REALIDAD EN CATALUÑA

Resumen

El presente trabajo tiene como propósito el análisis de las similitudes que se observan entre algunos sistemas hospitalarios —tal como se han desarrollado en Estados Unidos— y los consorcios u otras formas de asociación de hospitales existentes en Cataluña: Consorcio Hospitalario de Cataluña, Unión Catalana de Hospitales, futuro Consorcio de Hospitales de Barcelona, entre otros.

El análisis efectuado parece indicar que a pesar que los principios inspiradores son los mismos, en la práctica, la estructura que aquéllos presentan está lejos de la prevista en los Sistemas Multihospitalarios de Estados Unidos.

Finalmente, se comentan las consecuencias que se derivarían de considerar la organización futura del conjunto de hospitales que integran la Red (Xarxa) Hospitalaria de Utilización Pública (XHUP) (1) bajo aquel patrón; es decir, partiendo de considerar los hospitales propios como un sistema hospitalario más, que «cohabita» con los ya existentes.

Palabras clave: Sistemas multihospitalarios. Gestión sanitaria. Planificación sanitaria.

Els Sistemes Multihospitalaris

Els Sistemes Multihospitalaris (SMH) són una forma d'agrupació de dos o més centres hospitalaris que es constitueixen sota una única organització que els dirigeix, planifica els serveis que presten i coordina

Los Sistemas Multihospitalarios

Los Sistemas Multihospitalarios (SMH) son una forma de agrupación de dos o más centros hospitalarios que se constituyen bajo una única organización que los dirige, planifica los servicios que prestan y

*El presente trabajo es el resultado de la investigación realizada en el curso de Postgrado «Economía de la Salud y Gestión de los Servicios Sanitarios», impartido en la Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad de Barcelona.

(1) Sistema de Hospitales de uso público que, con independencia de la titularidad jurídica de los centros que lo integran, tiene como objetivo la prestación de asistencia a los beneficiarios de la Seguridad Social. Fue creado por el Departament de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat de Catalunya mediante el decreto 202/1985 de 15 de julio.

Correspondencia: M. Santiñà. Hospital de Sant Jaume. c/Mulleras, 15. 17800 OLOT (Girona).

Este artículo fue recibido el 15 de diciembre de 1988 y fue aceptado, tras revisión, el 21 de junio de 1989.

el seu funcionament amb la finalitat de millorar-ne la rendibilitat.

Aquests centres hospitalaris poden ser tant propietat de l'organització com poden estar sota contractes d'arrendament, direcció, o, fins i tot, sota la tutela tan sols d'un dels centres inclosos en aquestes organitzacions¹.

Normalment, l'agrupació d'hospitals resultant es compon de centres de diferent potencial assistencial pel que fa als serveis que poden oferir, els llits de què disposen, els serveis auxiliars amb què compten, etc.

L'objectiu de la seva gestió conjunta és assolir, en principi, una reducció en els costos de l'atenció sanitària hospitalària, tot aprofitant els avantatges comparatius de cada hospital.

Els Sistemes Multihospitalaris als Estats Units

Els Sistemes Multihospitalaris surgeixen als EUA cap a la meitat dels anys seixanta de forma contemporània a les ordres governamentals que regulaven l'establiment dels programes Medicaid y Medicare². Fins aleshores no havia existit aquest tipus d'unió entre hospitals. Així, el 1965, any en què es van promulgar les esmentades ordres, no hi havia cap Sistema Multihospitalari; el 1970 n'hi havia 29, amb un total de 207 hospitals, i a l'actualitat, un terç dels hospitals nord-americans hi estan afiliats.

Avantatges sobre els hospitals independents

Les raons del seu naixement rauen en la necessitat de donar respostes als canvis constants produïts a l'entorn sanitari americà³. I bàsicament:

—Les necessitats de finançament aliè i l'accés al mercat de capitals.

—La recerca dels avantatges derivats de l'especialització productiva.

—La recerca d'una major i més variada oferta de serveis a la població.

—L'esforç per seguir la innovació tecnològica que s'està produint en el sector i atreure d'aquesta manera a l'usuari amb una oferta conspícua entre centres i, a la vegada, donar satisfacció als professionals sanitaris en termes d'accés a determinats equipaments.

—La constitució de *lobbies* hospitalaris davant de l'increment del control governamental sobre el funcionament dels hospitals independents.

En general, s'afirma amb aquestes fórmules associatives que l'agrupament de recursos fa disminuir el risc que comporta per a una única empresa treballar en un entorn tan canviant.

Els arguments sobre els quals es recolza el creixement dels Sistemes Multihospitalaris als EUA s'han basat en l'esforç de fruit almenys de tres avantatges sobre els hospitals independents:

coordina su funcionamiento, con objeto de mejorar su rentabilidad.

Dichos centros hospitalarios pueden ser propiedad de la organización, estar bajo contratos de arrendamiento o, incluso, bajo la tutela únicamente de uno de los centros incluidos en estas organizaciones¹.

Normalmente, la agrupación de hospitales resultante se compone de centros de distinto potencial asistencial en cuanto a servicios que pueden ofrecer, camas de que disponen, servicios auxiliares con que cuentan, etc.

La gestión hospitalaria conjunta se propone, en principio, conseguir una reducción de los costes de la atención sanitaria hospitalaria, aprovechando a la vez las ventajas comparativas de cada hospital.

Los Sistemas Multihospitalarios en Estados Unidos

Los Sistemas Multihospitalarios aparecen en Estados Unidos a mediados de los años sesenta, paralelamente a las órdenes gubernamentales que regulaban el establecimiento de los programas Medicaid y Medicare². Hasta aquel momento dicho tipo de unión de hospitales era inexistente. Así, en 1965, año en que se promulgaron las órdenes mencionadas, no había ningún Sistema Multihospitalario en el país; en 1970 tenían ya 29, con un total de 207 hospitales y en la actualidad, una tercera parte de los hospitales norteamericanos está afiliado a algún SMH.

Ventajas sobre los hospitales independientes

Las razones del nacimiento de los SMH provienen de la necesidad de dar respuesta a los constantes cambios producidos en el medio sanitario americano³. Y básicamente:

—Las necesidades de financiación ajena y el acceso al mercado de capitales.

—La búsqueda de las ventajas derivadas de la especialización productiva.

—La búsqueda de una mayor y más variada oferta de servicios a la población.

—El esfuerzo por seguir la línea de innovación tecnológica que se está produciendo en el sector y atraer de este modo al usuario con una oferta conspícua entre centros, dando a la vez satisfacción a los profesionales sanitarios en términos de acceso a determinados equipamientos.

—La constitución de *lobbies* hospitalarios ante el incremento del control gubernamental sobre el funcionamiento de los hospitales independientes.

En general, con estas fórmulas asociativas se afirma que la agrupación de recursos disminuye el riesgo que significa para una empresa que actúe aisladamente, el hecho de trabajar en un medio tan cambiante.

Los argumentos sobre los cuales se ha basado el incremento de los Sistemas Multihospitalarios en Estados Unidos aducen el esfuerzo de disfrutar, por lo menos, de tres ventajas sobre los hospitales independientes:

1. Obtenció de beneficis econòmics, principalment en relació a tres factors:

A. La millora de la rendibilitat hospitalària. Tots els hospitals necessiten importants sumes de capital per a poder reemplaçar, modernitzar i ampliar els serveis que ofereixen. Això requereix l'accés al mercat de capitals i la garantia d'una utilització suficient que rendibilitzi la inversió.

Als EUA, a finals dels anys seixanta, van disminuir els diners que els hospitals rebien de la filantropia privada i d'ajuts governamentals regulars, la qual cosa va suposar que aquells van haver de buscar finançament en el mercat de capitals, de tal manera que a partir dels anys setanta aquesta forma de finançament ha esdevingut fonamental.

Això és degut al fet que, generalment, el sistema financer dona més facilitats i millors condicions als Sistemes Multihospitalaris que als hospitals independents, ja que considera als primers de menor risc.

Aquesta més gran accessibilitat per a les seves operacions permet a l'hospital augmentar l'oferta de serveis i millorar la seva qualitat mitjançant inversions en noves tecnologies, contractació de personal més qualificat, millores estructurals, etc.

B. Una millor oportunitat de fruitar d'economies d'escala (2). Aquestes potencials economies al si dels centres hospitalaris se solen atribuir, com a mínim als següents factors:

a) L'obtenció d'una millor informació sobre el mercat i la consecució de descomptes en els preus de compra.

b) Millor utilització del capital i dels recursos de què es disposen, mitjançant la divisió i l'especialització dels seus serveis i la centralització d'altres.

c) Una diversificació dels serveis que es presten dintre del sistema, amb la qual cosa s'assoleix una estabilitat financera addicional en l'obtenció de recursos propis. Per exemple, i extremant el cas, si els hospitals independents només realitzessin un únic tipus d'assistència [per exemple, si un servei quirúrgic tan sols fes intervencions (apendicectomies) per apendicitis complicades en els menors de 65 anys], el centre es posaria en un alt nivell de risc amb un sistema de pagament del tipus dels Grups Relacionats pel Diagnòstic (GDR) (3), sempre que aquests s'haguessin calculat sobre la base dels costos mitjans d'un conjunt d'hospitals⁴. En canvi, la possibilitat d'especialització sense increment de quota de risc es donaria si el centre s'integrés amb altres dintre d'un mateix conglomerat hospitalari. Sota aquest supòsit, la diversificació permetria de treballar amb diferents GDRs; més específicament, en aquells GDRs pels quals el centre comptés amb avantatge relatiu de costos (per sota de la mitjana de pagament). Aquest fet implica treballar amb un risc financer menor, ja que si bé en al-

1. Obtención de beneficios económicos, principalmente en relación a tres factores:

A. Mejora en la rentabilidad hospitalaria. Todos los hospitales necesitan importantes sumas de capital para poder reemplazar, modernizar y ampliar los servicios que ofrecen, lo cual exige el acceso al mercado de capitales y la garantía de una utilización suficiente que rentabilice la inversión.

En Estados Unidos, a finales de los años sesenta, disminuyeron las subvenciones que los hospitales recibían de la filantropía privada y de ayudas gubernamentales regulares; como consecuencia, los hospitales tuvieron que buscar su financiación en el mercado de capitales, de tal modo que a partir de los años setenta este tipo de financiación es ya fundamental.

Y ello se debe a que, por regla general, el sistema financiero ofrece más facilidades y mejores condiciones a los sistemas multihospitalarios que a los hospitales independientes, dado que considera a los primeros de menor riesgo.

Dicha mayor accesibilidad para sus operaciones permite al hospital aumentar la oferta de servicios y mejorar la calidad de los mismos mediante inversiones en nuevas tecnologías, contratación de personal más cualificado, mejoras estructurales, etc.

B. Una mejor oportunidad de disfrutar de economías de escala (2). Dichas economías potenciales en el seno de los centros hospitalarios se suelen atribuir, como mínimo, a los siguientes factores:

a) Obtención de mejor información sobre el mercado y obtención de descuentos en los precios de compra.

b) Mejor utilización del capital y de los recursos disponibles, mediante la división y especialización de los servicios propios y centralización de los restantes.

c) Diversificación de los servicios prestados dentro del sistema, con lo cual se alcanza una estabilidad financiera adicional en la obtención de recursos propios. Por ejemplo, y extremando el caso, si los hospitales independientes sólo efectuasen un único tipo de asistencia —podría ser un servicio quirúrgico que únicamente realizase intervenciones (apendicetomías) en apendicitis complicadas en menores de 65 años— el centro se situaría en un alto nivel de riesgo con un sistema de pago del tipo de los Grupos Relacionados por el Diagnóstico (GDR) (3) siempre que éstos se hubiesen calculado sobre la base de los costes medios de un conjunto de hospitales⁴. En cambio, la posibilidad de especialización sin incremento de cuota de riesgo se daría si el centro se integrase juntamente con otros centros dentro de un mismo conglomerado hospitalario. Bajo este supuesto, la diversificación permitiría trabajar con distintos GDR; más específicamente, en aquellos GDR para los cuales el centro contase con ventajas relativas de costes (por debajo de la media de pago). Ello implica trabajar con un riesgo

(2) Un análisis más a fondo del tema se puede encontrar en: G. López (1984), G. López Casanovas: *A. Budget-based contract to improve efficiency in the Hospital Sector*, D. Phil. Univ. de York (mimeo), 1984; y en D.F. Vitalino (1987), D.F. Vitalino, «On the estimation of Hospital Cost Functions, *Journal of Health Economics*, n.º 6, 1987, pp. 305-318.

(3) Tipo de *case-mix* que clasifica a los pacientes tratados en un hospital agrupándolos por diagnósticos más o menos afines y mediante la combinación de distintos atributos de nivel de recursos utilizados.

guns casos el Sistema Multihospitalari podria estar perdent diners conjunturalment, en altres en guanyaria.

La diversificació permet d'obtenir una sèrie d'avantatges. Enre ells: 1) Els derivats de beneficis obtinguts tant des de línies de negocis sanitaris com no sanitaris, assolint fons per finançar noves adquisicions de capital; 2) la diversificació dintre del mercat no sanitari pot proporcionar una estabilitat financera addicional; 3) possibilitat de comprar béns i serveis des d'una entitat afiliada; 4) la diversificació és una estratègia també per créixer. Així, els Sistemes Multihospitalaris poden entrar en línies de negoci extrahospitalàries o d'assegurança a l'estil de les Organitzacions pel Manteniment de la Salut (HMO). D'aquesta manera poden arribar a integrar organitzacions d'atenció domiciliària, residències assistides per a crònics, centres d'urgència, centres quirúrgics ambulatoris, etc. Aleshores, es poden millorar els filtres a l'assistència hospitalària, i adequar el control del flux de pacients, tot i facilitant un major nombre de respostes a la demanda del mercat local.

2. Beneficis en la direcció del conglomerat de centres i en la gestió del personal que hi treballa. Per aquest propòsit, els Sistemes Multihospitalaris poden:

a) Facilitar la captació dels professionals més preparats en els diferents àmbits assistencials (clínic, gerencials, d'infermeria, enginyers, administradors...), ja que acostumen a poder oferir millor sou a la vista d'una utilització més eficient dels seus serveis.

b) Facilitar la promoció del personal cap a centres d'un nivell assistencial superior. A part de la motivació econòmica que el punt anterior pugui suposar, es facilita així la retenció del personal més qualificat, a causa de l'incentiu que suposa la possibilitat de promocionar-se cap a centres de nivells assistencials superiors.

c) Aquesta facilitat per retenir el personal més preparat tècnicament i científicament, és molt important tant per a l'atenció dels malalts com per a la bona marxa de l'organització, ja que el fet de tenir el millor personal sembla constituir una font important d'atracció d'usuaris⁵.

3. Beneficis en l'organització, la programació i la planificació del treball assistencial d'aquestes organitzacions. Adicionalment s'aconsegueix un més gran control sobre l'entorn. Per exemple, una de les controvèrsies que sorgeix sovint en la literatura sobre aquests sistemes als EUA és que exerceixen una influència sobre la política sanitària de l'àrea on es troben. En diverses ocasions, s'ha dubtat de la imparcialitat del govern estatal en resposta a aquestes pressions.

Com funcionen els Sistemes Multihospitalaris

Els dos punts bàsics de la seva actuació són els següents:
1. Mobilitat en els serveis del seu personal i pacients, de

financiero menor, dado que si en algunos casos es posible que el Sistema Multihospitalario pierda dinero, coyunturalmente, en otros lo ganará.

La diversificación permite obtener una serie de ventajas. Entre ellas: 1) Las derivadas de beneficios obtenidos desde líneas de negocios sanitarios y también no sanitarios al conseguir fondos para financiar nuevas adquisiciones de capital. 2) La diversificación dentro del mercado no sanitario puede proporcionar una estabilidad financiera adicional. 3) Posibilidad de comprar bienes y servicios desde una entidad afiliada. 4) La diversificación es una estrategia también apropiada para crecer. Así, los Sistemas Multihospitalarios pueden entrar en líneas de negocio extrahospitalarios o de seguros al estilo de las Organizaciones para el Mantenimiento de la Salud (HMO). De la misma manera pueden llegar a integrar organizaciones de atención domiciliaria, residencias asistidas para crónicos, centros de urgencia, centros quirúrgicos ambulatorios, etc. Además, ello permitiría mejorar los filtros en la asistencia hospitalaria y adecuar el control del flujo de pacientes, facilitando a la vez un mayor número de respuestas a la demanda del mercado local.

2. Beneficis en la direcció del conglomerat de centres i en la gestió del personal que treballa en els mateixos. Para dicho propósito, los Sistemas Multihospitalarios pueden:

a) Facilitar la captación de los profesionales más preparados en los distintos ámbitos asistenciales (clínicos, gerenciales, de enfermería, ingenieros, administradores...), dado que por regla general pueden ofrecerles mejores sueldos y a la vez una utilización más eficiente de sus servicios.

b) Facilitar la promoción del personal hacia centros de un nivel asistencial superior. Aparte de la motivación económica que el punto anterior pueda suponer, se facilita así la retención del personal más cualificado, debido al incentivo que supone la posibilidad de promoverse hacia centros de niveles asistenciales superiores.

c) La facilidad de retener el personal más preparado técnica y científicamente es muy importante, tanto para la atención de los enfermos como para el buen funcionamiento de la organización, puesto que el disponer del personal mejor dotado, parece que es una notable fuente de atracción para los usuarios⁵.

3. Beneficia la organizació, la programació i la planificació del treball assistencial de dichas organizaciones. Por añadidura se consigue un mayor control del medio. Por ejemplo, una de las controversias que a menudo surgen en la literatura sobre estos sistemas en Estados Unidos es la influencia que ejercen en la política sanitaria del área en donde están situados. En varias ocasiones se ha dudado de la imparcialidad del gobierno estatal en su respuesta a este tipo de presiones.

Cómo funcionan los Sistemas Multihospitalarios

Los dos puntos básicos de su actuación son los siguientes:
1. Movilidad en los servicios de su personal y de los pa-

manera que s'adequa millor la capacitat dels professionals amb l'especialització fixada pels centres i en el trasllat dels pacients allà on el tractament es pot fer de manera més eficient; és a dir, i si és el cas, allà on el pagament per tipus de malalt resulta més adient.

2. Diversificació dels serveis que ofereixen pel fet d'integrar una oferta major. A més, aquestes formes d'associació acostumen a subministrar als seus pacients altres serveis auxiliars no estrictament sanitaris, com assegurances, servei d'atenció domiciliària, etc.

S'ha criticat als EUA que els Sistemes Multihospitalaris actuïn en les àrees més afavorides tan climàticament com econòmicament, buscant preferentment el seu mercat entre regions riques de la classe mitjana i alta⁶. Aquestes crítiques no s'han pogut sempre substantiar, ja que, si bé és cert que tenen preferència en instal·lar-se als estats anomenats del «cinturó del sol», també és cert que tenen la capacitat de donar serveis en àrees rurals allà on els hospitals independents no tenen prou capacitat per fer-ho. Tampoc no s'ha trobat cap diferència significativa entre el percentatge de malalts pobres que atenen els hospitals independents i els Sistemes Multihospitalaris⁷.

Els Sistemes Multihospitalaris a Catalunya

De la mateixa manera que alguns autors veuen en el naixement de les Organitzacions pel Manteniment de la Salut nord-americanes un descobriment dels sistemes integrats d'assistència sanitària de l'estil dels sistemes nacionals de salut europeus, hom podria qüestionar-se si els agrupaments hospitalaris, que tanta atenció reben avui (4) no tenen ja al nostre país una tradició que mereix una millor anàlisi.

Tot i salvant algunes diferències que és forçós establir, la taula 1 defineix un conjunt de formes d'associacionisme hospitalari existent a Catalunya, amb suficients semblances amb el que són avui els Sistemes Multihospitalaris als EUA com per poder analitzar la vessant teòrico-pràctica que acostuma a postular-se'n. Així, primer, per si la teoria que existeix sobre els conglomerats hospitalaris ve ratificada per la realitat més immediata d'aquelles formes de conglomerats hospitalaris que coneixem i, segon, pel que fa a l'anàlisi de si són precisament les diferències en les fórmules d'estructura, organització i gestió, les responsables que les associacions hospitalàries a Catalunya no assolixin totes les virtualitats que la literatura atribueix als Sistemes Multihospitalaris nord-americans.

Entre les diferents formes d'associació hospitalària que existeixen a Catalunya —òbviamment no totes parangonables als SMH— cal distingir les següents: El Consorci Hospitalari de Catalunya (CHC), el Consorci Hospitalari del Parc Taulí (CHPT), el Consorci Hospitalari de Vic (CHV), la Creu Roja

cientes, de modo que la capacitación de los profesionales se adecua mejor con la especialización fijada por los centros y con el traslado de los pacientes al punto que ofrezca un tratamiento más eficiente; es decir, si el caso lo permite, donde el pago por tipo de enfermo resulte más rentable.

2. Diversificación de los servicios que ofrecen, dado que integran una mayor oferta. Además, estas formas de asociación suelen suministrar a sus pacientes otros servicios auxiliares no estrictamente sanitarios, como seguros, servicio de atención domiciliaria, etc.

Se ha criticado en Estados Unidos que los Sistemas Multihospitalarios actúen en las áreas más favorecidas, climática o económicamente, buscando con preferencia su mercado en regiones ricas cuyos habitantes pertenecen a clases medias y altas. Dichas críticas no siempre están fundamentadas, puesto que si bien es verdad que los SMH tienen preferencia por los Estados llamados del «cinturón del sol», también lo es que tienen capacidad para prestar servicios en áreas rurales, donde los hospitales independientes no pueden hacerlo. Tampoco se ha encontrado ninguna diferencia significativa entre el porcentaje de enfermos pobres atendidos por los hospitales independientes y los atendidos por los Sistemas Multihospitalarios.

Los Sistemas Multihospitalarios en Cataluña

Del mismo modo que algunos autores ven en el nacimiento de las Organizaciones para el Mantenimiento de la Salud norteamericanas un descubrimiento de los sistemas integrados de asistencia sanitaria del mismo estilo que los sistemas nacionales de salud europeos, nos podríamos preguntar si las agrupaciones hospitalarias que hoy reciben tanta atención (4) no tienen ya en nuestro país una tradición que merece ser analizada con mayor detalle.

Salvando algunas diferencias que forzosamente hay que establecer, la tabla 1 define un conjunto de formas de asociacionismo hospitalario existentes en Cataluña, con el suficiente parecido a los actuales Sistemas Multihospitalarios de Estados Unidos para poder analizar la vertiente teórico-práctica que suele postularse de los mismos. Primero, porque la teoría existente sobre los conglomerados hospitalarios se ve ratificada por la realidad más inmediata de aquellas formas de conglomerados hospitalarios que conocemos, y, segundo, en cuanto al análisis de si son precisamente las diferencias en las fórmulas de estructura, organización y gestión las responsables de que las asociaciones hospitalarias en Cataluña no alcancen todas las virtualidades que la literatura atribuye a los Sistemas Multihospitalarios norteamericanos.

Entre las distintas formas de asociación hospitalaria existentes en Cataluña, obviamente no todas parangonables a los SMH, conviene distinguir las siguientes: El Consorci Hospitalari de Catalunya (CHC), el Consorci Hospitalari del Parc Taulí (CHPT), el Consorci Hospitalari de Vic (CHV), la Cruz

(4) Véase, por ejemplo, J.J. Cuervo Argudín (1988): «Organizaciones sanitarias multihospitalarias», en *Gestión Sanitaria*, EADA, núm. 6, mayo.

Taula 1. Formes d'associació hospitalària existents a Catalunya / *Tabla 1. Formas de asociación hospitalaria existentes en Cataluña*

	CHC	CHPT	CHV	CRE	DPC	ICS	IMAS	QSA	SJD	UCH
Entitat jurídica / <i>Entidad jurídica</i>	Pública	Pública	Pública	Privada	Pública	Pública	Pública	Privada	Privada	Privada
Finalitat / <i>Finalidad</i>		No lucrativa	No lucrativa	No lucrativa	No lucrativa	No lucrativa	No lucrativa	No lucrativa	No lucrativa	No lucrativa
Estructura organitzada / <i>Estructura organizada</i>	Consorti d'Hospitals / <i>Consortio de Hospitales</i>	Consorti d'Hospitals / <i>Consortio de Hospitales</i>	Consorti d'Hospitals / <i>Consortio de Hospitales</i>	Entitat gestora / <i>Entidad gestora</i>	Entitat gestora / <i>Entidad gestora</i>	Entitat gestora / <i>Entidad gestora</i>	Entitat gestora / <i>Entidad gestora</i>	Entitat gestora / <i>Entidad gestora</i>	Entitat gestora / <i>Entidad gestora</i>	Associació / <i>Asociación</i>
Finançament / <i>Financiación</i>	Concert Mútues Privats / <i>Concierto Mutuas Privados</i>	Concert Mútues Privats / <i>Concierto Mutuas Privados</i>	Concert / <i>Concierto</i>	Concert Mútues Privats / <i>Concierto Mutuas Privados</i>	Concert / <i>Concierto</i>	Pressupost / <i>Presupuesto</i>	Pressupost Concert / <i>Presupuesto Concierto</i>	Pressupost Concert / <i>Presupuesto Concierto</i>	Pressupost Concert / <i>Presupuesto Concierto</i>	Concert Mútues Privats / <i>Concierto Mutuas Privados</i>
Àmbit d'actuació / <i>Ámbito de actuación</i>	Catalunya / <i>Cataluña</i>	Sabadell	Vic	Catalunya Espanya Mòn / <i>Cataluña España Mundo</i>	Provincial Catalunya / <i>Provincial Cataluña</i>	Catalunya / <i>Cataluña</i>	Barcelona	Catalunya Balears Andorra Altres / <i>Cataluña Baleares Andorra Otros</i>	Catalunya Espanya Mòn / <i>Cataluña España Mundo</i>	Catalunya / <i>Cataluña</i>
Serveis oferits / <i>Servicios ofrecidos</i>	Aguts Crònics / <i>Agudos Crónicos</i>	Aguts / <i>Agudos</i>	Aguts / <i>Agudos</i>	Aguts Extrah. / <i>Agudos Extrah.</i>	Aguts Extrah. / <i>Agudos Extrah.</i>	Aguts Crònics Extrah. / <i>Agudos Crónicos Extrah.</i>	Aguts Crònics Extrah. / <i>Agudos Crónicos Extrah.</i>	Aguts Crònics Extrah. / <i>Agudos Crónicos Extrah.</i>	Aguts / <i>Agudos</i>	Aguts Crònics / <i>Agudos Crónicos</i>
Població / <i>Población</i>	As.S.S. Mútues Privats / <i>As.S.S. Mutuas Privados</i>	As.S.S.	As.S.S.	As.S.S. Mútues Privats / <i>As.S.S. Mutuas Privados</i>	As.S.S.	As.S.S. Privats / <i>As.S.S. Privados</i>	As.S.S. Mútua / <i>As.S.S. Mutua</i>	As.S.S. Mútua / <i>As.S.S. Mutua</i>	As.S.S.	As.S.S. Mútues Privats / <i>As.S.S. Mutuas Privados</i>

Espanyola (CRE), els Hospitals de les Diputacions Provincials de Catalunya (DPC), el Consorci d'Hospitals de Barcelona (CHB) dintre de l'Institut Municipal d'Assistència Sanitària (IMAS), la Quinta de Salut l'Aliança (QSA), els Hospitals de Sant Joan de Déu (SJD), la Unió Catalana d'Hospitals (UCH) i els propis centres hospitalaris propis de la Seguretat Social a Catalunya, sota la gestió de l'Institut Català de la Salut (ICS).

La taula 1 mostra els trets més característics d'aquestes formes, si bé a risc de la simplificació.

A continuació es descriuen amb un major detall les formes que revesteixen una major significació.

Roja Española (CRE), los hospitales de las Diputaciones Provinciales de Catalunya (DPC), el Consorci d'Hospitals de Barcelona (CHB) dentro del Institut Municipal d'Assistència Sanitària (IMAS), la Quinta de Salut l'Aliança (QSA), los Hospitales de Sant Joan de Déu (SJD), la Unió Catalana d'Hospitals (UCH) y los centros hospitalarios pertenecientes a la Seguridad Social de Cataluña, bajo la gestión del Institut Català de la Salut (ICS).

La tabla 1 muestra los rasgos más característicos de las formas mencionadas, a riesgo, de todos modos, de simplificar excesivamente.

Por ello, a continuación describiremos más detalladamente las formas que revisten mayor significación.

Consorci Hospitalari de Catalunya

El Consorci Hospitalari de Catalunya és un òrgan d'administració local que agrupa ajuntaments i hospitals que tenen caràcter públic. Malgrat això, poden també, per tant, integrar-s'hi fundacions benèfico-privades. L'associació és de caràcter voluntari i pretén la coordinació dels recursos hospitalaris per a una millora en la prestació dels serveis sanitaris i una major eficiència en la utilització dels recursos; per exemple, mitjançant accions comunes en la gestió de compres, personal, administrativa, fiscal, etc. En aquests àmbits ofereix assessorament i ajut tècnic, tot i que pot, a més, actuar com a òrgan d'execució de projectes.

El CHC es compon d'una Junta General i una Comissió Permanent, un president i gerent. El 90 % del seu finançament és una part alícuota de la dimensió dels centres que integren el CHC, i la resta mitjançant subvencions d'estudi. Els seus estatuts foren aprovats per la Generalitat de Catalunya el 15 de març de 1984.

Creu Roja Espanyola

Es una entitat privada sense ànim de lucre que actua com a gestora de tota una oferta assistencial que inclou serveis hospitalaris i serveis extrahospitalaris (Creu Roja del Mar, Servei d'atenció en carretera, etc.). Disposa de dos hospitals d'aguts a la comarca del Barcelonès, d'un a Lleida i d'un altre a Tarragona. Malgrat estar dirigits des de la Gerència de l'Assemblea Catalana, on es marquen les grans línies d'actuació, fet que els apropiaria als SMH, el cert és que els hospitals de la Creu Roja tenen poca relació entre si, i no assoleixen economies d'escala ni comparteixen serveis, ni flexibilitat en el flux de malalts, ni tampoc els avantatges que hem enumerat respecte al personal que hi treballa. Això es diferencia substancialment dels Sistemes Multihospitalaris.

Consorci Hospitalari de Barcelona (IMAS)

D'acord amb la informació de la que avui es disposa sobre la possible constitució del Consorci Hospitalari de Barcelona, poden constatar-se els següents punts:

La figura del Consorci, regulada en la legislació de règim local, és una forma de cooperació voluntària per a la gestió dels hospitals que en un futur restin adscrits a la XHUP a la ciutat de Barcelona.

L'objectiu d'aquest conglomerat és coordinar la direcció i la gestió dels centres i els serveis sanitaris. A la pràctica, però, el Consorci té bàsicament una funció de tutela que s'expressa en un conjunt d'actuacions que són competència de l'IMAS (Institut Municipal d'Assistència Sanitària), principal ens adscrit al Consorci. Efectivament, la previsió és que l'IMAS es configure com a Organisme Autònom del Consorci per a la continuació de la gestió dels centres que li

Consorcio Hospitalario de Cataluña

El Consorcio Hospitalario de Cataluña es un órgano de administración local que agrupa ayuntamientos y hospitales de carácter público. Sin embargo, también pueden integrarse al mismo fundaciones benéficas privadas. La asociación es de carácter voluntario y pretende la coordinación de los recursos hospitalarios para una mejor prestación de los servicios sanitarios y una mayor eficiencia en la utilización de los recursos; por ejemplo, mediante acciones comunes en la gestión de compras, personal, administrativa, fiscal, etc. En dichos ámbitos ofrece asesoramiento y ayuda técnica y además puede actuar como órgano de ejecución de proyectos.

El CHC se compone de una Junta General y una Comisión Permanente, un presidente y gerente. El 90 % de su financiamiento es una parte alícuota de la dimensión de los centros que integran el CHC, y el resto con subvenciones de estudio. Sus estatutos fueron aprobados por la Generalitat de Cataluña el 15 de marzo de 1984.

Cruz Roja Española

Es una entidad privada sin ánimo de lucro; actúa como gestora de toda una oferta asistencial que incluye servicios hospitalarios y servicios extrahospitalarios (Cruz Roja del Mar, servicios de atención en carretera, etc.). Dispone de dos hospitales de agudos en la comarca del Barcelonés, de uno en Lérida y de otro en Tarragona. A pesar de estar dirigidos desde la gerencia de la Asamblea Catalana, que marca las grandes líneas de actuación —hecho que les acercaría a los SMH—, los hospitales de la Cruz Roja, en realidad, tienen poca coordinación entre sí y no alcanzan economías de escala ni comparten servicios y flexibilidad en el flujo de enfermos ni tampoco las ventajas que hemos mencionado respecto al personal de la plantilla. Por tanto, se diferencian sustancialmente de los Sistemas Multihospitalarios.

Consorcio Hospitalario de Barcelona (IMAS)

A partir de la información disponible hoy en día sobre la posible constitución del Consorci Hospitalari de Barcelona, podemos constatar los siguientes puntos:

La figura del consorcio, regulada en la legislación de régimen local, es una forma de cooperación voluntaria para la gestión de los hospitales que en el futuro permanezcan adscritos a la XHUP en la ciudad de Barcelona.

El objetivo de este conglomerado consiste en coordinar la dirección y la gestión de los centros y los servicios sanitarios. Sin embargo, en la práctica el consorcio tiene básicamente una función de tutela que se expresa en un conjunto de actuaciones que son competencias del IMAS (Institut Municipal d'Assistència Sanitària), principal entidad adscrita al consorcio. Efectivament está previsto que el IMAS se configure como organismo autónomo del consorcio para la

pertanyen —malgrat la seva adscripció (cessió patrimonial d'ús) al Consorci. Aquesta configuració reserva, en favor de l'IMAS, una esfera d'autonomia de gestió, administrativa i financera que inclou des del règim organitzatiu, patrimonial, de contractació i subministrament, política de concertació i negociació de tarifes, al règim de personal, que, malgrat que la seva dependència funcional passi al Consorci, manté la seva dependència orgànica de l'Institut, garantint però els drets adquirits.

En definitiva, el Consorci ve a substituir a l'Ajuntament en les competències tutelars que aquest té respecte de l'IMAS, a canvi d'una major vinculació amb el seu finançament. Els recursos del Consorci, en la previsió actual, es basen en el rendiment dels serveis i en les aportacions realitzades per les institucions i les entitats consorciades.

Quinta de Salut l'Aliança

És una mutualitat laboral sense ànim de lucre que disposa de 12 centres hospitalaris propis i 15 centres hospitalaris concertats, distribuïts per tot Catalunya i les Balears. Així mateix, compte amb una àmplia xarxa de consultoris.

Aquest seria l'exemple més clar de SMH català, ja que és el que reuneix més virtualitats de les que tenen els SMH. Així, els hospitals de la QSA formen una única organització i el seu funcionament està coordinat. Existeix flux de malalts i hi ha aprofitament de recursos, exclòs si més no el personal.

Unió Catalana d'Hospitals

És una associació d'hospitals (aproximadament n'hi ha una seixantena d'associats) i d'altres entitats relacionades amb el sector hospitalari i de serveis sanitaris en general. El caràcter de l'associació és voluntari amb la finalitat de coordinar esforços per al millorament de les seves funcions. S'esmenta explícitament que l'associació no ha d'implicar mai una interferència en el funcionament individual de cadascun dels centres, els quals conservaran una completa independència de gestió. Aquest extrem, en la mesura que és efectiu, marca la diferència entre aquest tipus d'associació i els SMH tal com hem assenyalat abans, malgrat que la filosofia de creació pugui ser similar a la dels SMH. El fet que no comparteixin serveis, ni tinguin flexibilitat en la coordinació de recursos entre centres fa que no puguin aprofitar possiblement tots els avantatges que s'atribueixen als Sistemes Multihospitalaris.

Semblances i diferències

En conjunt, no s'observen grans diferències respecte de la missió per la qual sorgeixen les diferents formes d'agrupament anteriors. Es tracta de:

continuación de los centros que le pertenecen, a pesar de su adscripción (cesión patrimonial de uso) al consorcio. Dicha configuración reserva, en favor del IMAS, una esfera de autonomía de gestión administrativa y financiera que incluye desde el régimen organizativo, patrimonial, de contratación y suministro, política de concertación y negociación de tarifas hasta el régimen personal que, a pesar de que su dependencia funcional pase al consorcio, mantiene su dependencia orgánica del Instituto garantizando de todos modos los derechos adquiridos.

En definitiva, el consorcio viene a substituir al ayuntamiento en las competencias tutelares que este organismo tiene respecto al IMAS, a cambio de una mayor vinculación con su financiación. Los recursos del consorcio en la previsión actual se basan en el rendimiento de los servicios y en las aportaciones efectuadas por las instituciones y las entidades consorciadas.

Quinta de Salud l'Aliança

Es una mutualidad laboral sin ánimo de lucro que dispone de 12 centros hospitalarios propios y de 15 centros hospitalarios concertados, distribuidos por Cataluña y Baleares. También cuenta con una amplia red de consultorios.

Este sería el ejemplo más claro de SMH catalán, puesto que es el que reúne el mayor número de virtualidades características de un SMH. Así, los hospitales de la QSA forman una única organización y su funcionamiento está coordinado. Existe flujo de enfermos y aprovechamiento de recursos, excluido el de personal.

Unió Catalana d'Hospitals

Es una asociación de hospitales (aproximadamente unos sesenta) y de otras entidades relacionadas con el sector hospitalario y de servicios sanitarios en general. El carácter de la asociación es voluntario, con la finalidad de coordinar esfuerzos para la mejora de sus funciones. Se menciona explícitamente que la asociación no ha de implicar nunca una interferencia en el funcionamiento particular de cada uno de los centros, los cuales conservarán una completa independencia de gestión. Dicho extremo, en la medida que sea efectivo, marca la diferencia entre este tipo de asociación y los SMH, como ya hemos indicado; aunque el criterio para su creación pueda ser similar al de los SMH, el hecho de no compartir servicios y de no existir flexibilidad en la coordinación de recursos entre los distintos centros posiblemente les impide aprovechar todas las ventajas que se atribuyen a los Sistemas Multihospitalarios.

Semejanzas y diferencias

En conjunto, no se observan grandes diferencias respecto a la misión que dio pie a la creación de las distintas formas asociativas mencionadas. Se trata de:

1. Millorar la gestió, a la recerca de noves formes de *management*, aprofitament d'economies d'escala, implantació d'un sistema d'informació útil per a la gestió, etc.;

2. Participar en la planificació al costat o enfront de l'administració sanitària: Així, en els programes de inversió en infraestructura, reordenació, definició de nivells assistencials etc., i

3. L'aprofitament, en general, de les sinèrgies que es puguin produir.

Però, a la pràctica, poden anotar-se les següents diferències en el modus d'operació d'aquests conglomerats, respecte dels SMH que hem analitzat.

En primer lloc, el personal té, dintre de les associacions catalanes assenyalades, una mobilitat nul·la la major part de vegades, i tan sols de manera molt concreta de caràcter parcial. Només l'IMAS sembla fruir de mobilitat en el personal (destí de centre dintre del conglomerat). Parcialment, i amb base geogràfica, s'observa també una mobilitat en casos concrets, a la Quinta de Salut l'Aliança (així en relació a l'hospital de la Vall d'Aran).

L'anterior observació és a la vegada resultat, possiblement, del règim existent de contractació de personal. A la vista d'aquest règim, el Consorci del Parc Taulí pot fruir també d'aquest avantatge a l'hora d'assignar els recursos de personal.

La característica anterior (mobilitat de personal) no ve tampoc requerida per l'existència de mobilitat en el fluxe pacients dintre de les institucions que integren el Conglomerat. Son excepcions marginals a aquesta política l'existència d'un centre de rehabilitació dintre de l'IMAS (el Centre Peracamps), i l'Aliança; encara que en aquest últim cas no es formuli aquella política de manera explícita en el contracte entre assegurat i mútua.

En segon lloc, s'observa que les associacions catalanes no tenen, gairebé en cap cas, adscrits en règim de propietat els béns dedicats a l'assistència hospitalària (excepte el cas de l'Aliança). L'IMAS els té en cessió patrimonial d'ús, i el Consorci del Parc Taulí assoleix fins al moment, en aquest punt, una fórmula mixta. La resta de conglomerats no té patrimoni assistencial propi. Aquesta situació pot ser deguda, entre altres raons relacionades amb la formació en el temps de les associacions, a la poca profunditat que té avui la participació de capitals aliens en aquests conglomerats, i al poc o nul·l accés que tenen al mercat de capitals, a diferència del que succeïa, com veïem, en els SMH dels EUA.

En tercer lloc, la influència del conglomerat, a la pràctica, a la contractació del personal directiu, i en la gestió quotidiana del centre és escassa (funcions de supervisió) o nula. Quant a la influència en el nomenament del gerent o en la política del centre, l'IMAS i l'Aliança, per aquest ordre, són els conglomerats que mostren un grau d'intervenció més alt.

Pel que fa a la negociació de tarifes amb l'Administració autonòmica, sí que sembla que actuïn aquests conglome-

1. Mejorar la gestión, buscando nuevas formas de *management*, aprovechamiento de economías de escala, implantación de un sistema informativo útil para la gestión, etc.

2. Participar en la planificación al lado o enfrente de la administración sanitaria. Por ejemplo, en los programas de inversión en infraestructura, reordenación, definición de niveles asistenciales, etc.

3. Aprovechamiento, en general, de las sinergias que puedan producirse.

Pero, en la práctica, se observan las siguientes diferencias en el modo de operación de estos conglomerados, respecto de los SMH que hemos analizado.

En primer lugar, dentro de las asociaciones catalanas mencionadas, la movilidad del personal es casi siempre nula; sólo existe en algunos casos muy concretos y es de carácter personal. Únicamente el IMAS parece gozar de movilidad de personal (destino de centro dentro del conglomerado). Parcialmente, y con una base geográfica, se observa también movilidad en algunos casos concretos en la Quinta de Salut l'Aliança (por ejemplo, en relación con el hospital de la Vall d'Aran).

La anterior observación es a la vez resultado, posiblemente, del régimen existente de contratación de personal. A la vista de dicho régimen, el Consorci del Parc Taulí puede disfrutar también de esta ventaja en el momento de asignar los recursos de personal.

La característica anterior (movilidad de personal) no viene tampoco requerida por la existencia de movilidad en el flujo de pacientes dentro de las instituciones que integran el conglomerado. Son excepciones marginales a esta política la existencia de un centro de rehabilitación dentro del IMAS (El Centro de Peracamps) y l'Aliança; pero en este último caso no se formula aquella política de manera explícita en el contrato entre asegurado y mutua.

En segundo lugar, se observa que las asociaciones catalanas no tienen casi nunca adscritos en régimen de propiedad los bienes dedicados a la asistencia hospitalaria (excepto en el caso de l'Aliança). El IMAS los tiene en cesión patrimonial de uso y el Consorci del Parc Taulí alcanza en este punto, por el momento, una fórmula mixta. El resto de conglomerados no tiene patrimonio asistencial propio. Situación que puede ser debida, entre otras razones relacionadas con la formación en el tiempo de las asociaciones, a la poca profundidad que hoy en día tiene la participación de capitales ajenos en dichos grupos y al poco o nulo acceso que tienen al mercado de capitales, a diferencia de lo que sucedía, como hemos visto, en los SMH de Estados Unidos.

Tercero, la influencia del conglomerado, en la práctica, respecto a la contratación del personal directivo y en la gestión cotidiana del centro, es escasa (funciones de supervisión) o nula. En cuanto a la influencia en el nombramiento del gerente o en la política del centro, el IMAS y l'Aliança, por este orden, son los conglomerados que muestran un grado de intervención más elevado.

En el capítulo de negociación de tarifas con la Administración autonómica, sí que parece que dichos conglome-

rats com a representants dels diferents centres. No sempre, però, aquesta negociació està formalitzada —reconeguda com a tal en favor del conglomerat—, i en molts casos no signaren aquests directament el concert. Aquesta política sembla més establerta, de nou, en el cas de l'Aliança i de l'IMAS.

Finalment, on semblen existir més semblances és en la qüestió relativa a la política de subministraments i magatzematges, que adquireix caràcter conjunt a la majoria dels conglomerats. En alguns casos, els acords que fan referència a aquestes polítiques no són vinculants i es continua facturant als centres, malgrat que existeixin compromisos comercials amb els proveïdors per part dels conglomerats. La majoria pretenen, però, la unificació d'aquestes polítiques. L'IMAS sembla que és el que ha assolit un major grau de coordinació en matèria de compres.

A resultes d'aquest factor, no sol existir —excepte a l'últim cas assenyalat, l'IMAS, on es comptabilitzen preus de transferència— costos relatius a una utilització conjunta de l'immobilitzat, ni al nivell dels serveis assistencials centrals ni dels serveis auxiliars de suport.

En conclusió, pot comprovar-se que malgrat que la major part de les virtualitats que s'atribueixen als SMH estadunidencs es plantejen també com a *desiderata* en els conglomerats hospitalaris existents a Catalunya, resta encara un llarg camí perquè es produixin les condicions objectives per al ple assoliment d'aquells avantatges.

Val a dir, a més, que la majoria de sistemes pretenen desenvolupar un model d'hospital que en el seu contingut concret acostuma a marcar les diferències que es reflectiran després en els mitjans posats al servei dels tres objectius anteriors. Així, respecte del nivell d'autonomia otorgada a la gestió dels centres, el grau de jerarquització amb el qual operen, l'abast d'integració de l'oferta hospitalària amb els serveis d'assistència primària, població de referència, etc.

Com hom pot constatar, el que era en els sistemes multihospitalaris nord-americans la força d'entrada en el mercat de capitals ve significada, en el cas concret de Catalunya, per la importància de la seva presència en el funcionament de la pròpia xarxa d'utilització pública: definició del nivell, negociació de la tarifa del concert, casuística de supòsits de pagament diferenciat, etc.

DISCUSSIÓ

La Xarxa d'Hospitals d'Utilització Pública (XHUP) com a integració dels Sistemes Multihospitalaris

És temptador establir en aquest punt la hipòtesi de treball de considerar el conjunt de la Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública (XHUP) com a la suma d'un conjunt de sistemes multihospitalaris territorialitzats, pel que fa a les poblacions de referència, dintre dels quals existeixi una oferta assistencial diversa respecte de la que és possible optar.

dos actúan como representantes de los distintos centros. Pero no siempre la negociación está formalizada, es decir, reconocida como tal en favor el conglomerado, y a menudo éstos no firmaron directamente el concierto. Este tipo de política parece más establecida, nuevamente, en el caso de l'Aliança y del IMAS.

Finalmente, el punto que presenta mayores semejanzas es la cuestión relativa a la política de suministros y almacenajes, que adquiere un carácter conjunto en la mayoría de los conglomerados. En algunos casos, los acuerdos referentes a dicha política no son vinculantes y se continúa facturando a los centros, a pesar de existir compromisos comerciales con los proveedores por parte de los conglomerados. Sin embargo, la mayoría de éstos pretende la unificación de las políticas de tipo comercial. Parece que el IMAS es el grupo que ha alcanzado un mayor grado de coordinación en materia de compras.

En la estimación de este factor, no suelen existir —excepto en el último caso señalado, el IMAS, que contabiliza los precios de transferencia— costes relativos a una utilización conjunta del inmovilizado, ni en el sector de los servicios asistenciales centrales ni en el de los servicios auxiliares de soporte.

En conclusión, podemos comprobar que, aunque la mayoría de las virtualidades que se atribuyen a los SMH estadounidenses se plantean también como *desiderata* en Cataluña, todavía hay que recorrer un largo camino para que se produzcan las condiciones objetivas para la plena consecución de estas ventajas.

De todos modos, queremos remarcar que la mayoría de sistemas pretende desarrollar un modelo de hospital que en su contenido concreto* suele marcar las diferencias que después se reflejarán en los medios puestos al servicio de los tres objetivos anteriores. Así, respecto al nivel de autonomía otorgado a la gestión de los centros, al grado de jerarquización con que operan, al alcance de integración de la oferta hospitalaria con los servicios de asistencia primaria, a la población de referencia, etc.

Como podemos comprobar, lo que en los sistemas multihospitalarios norteamericanos consistía en la fuerza de entrada en el mercado de capitales, en el caso concreto de Cataluña está representado por la importancia de su presencia en el funcionamiento de la propia red de utilización pública: definición del nivel, negociación de la tarifa del concierto, casuística de supuestos de pago diferenciado, etc.

DISCUSIÓN

La Red (Xarxa) de Hospitales de Utilización Pública (XHUP) como integración de los Sistemas Multihospitalarios

Es tentador establecer en este punto la hipótesis de trabajo de considerar al conjunto de la Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública (XHUP) como la suma de un conjunto de sistemas multihospitalarios territorializados, en cuanto a las poblaciones de referencia, dentro de los cuales existe una oferta asistencial diversa respecto a la cual es posible optar.

El mapa de la figura 1 mostra el desplegament comarcal de l'oferta hospitalària agrupada pels conglomerats abans esmentats.

Per a aquest propòsit es reagrupen les sis fórmules associatives considerades, ICS, UCH, QSA, CHC, CHB i CRE, en tres: ICS, UCH/QSA, CHC-CHB/CRE.

Malgrat que és obvi que l'anàlisi important s'hauria de fer en termes d'isocrones (temps de desplaçaments) —informació de la qual aquí no disposem—, una simple visualització del mapa permet de constatar:

—que no existeix en totes les comarques un hospital comarcal. Encara que els llits *per càpita* i el temps de l'accés al servei siguin les variables importants, pot comprovar-se que aquelles comarques sense hospital de referència a la mateixa comarca es corresponen amb les comarques de menor població;

—que de les comarques més densament poblades (més de 100 hab./km²), només a la meitat d'elles és possible en principi elegir entre els tres blocs multihospitalaris assenyalats;

El mapa de la figura 1 muestra el despliegue comarcal de la oferta hospitalaria agrupada en los conglomerados mencionados.

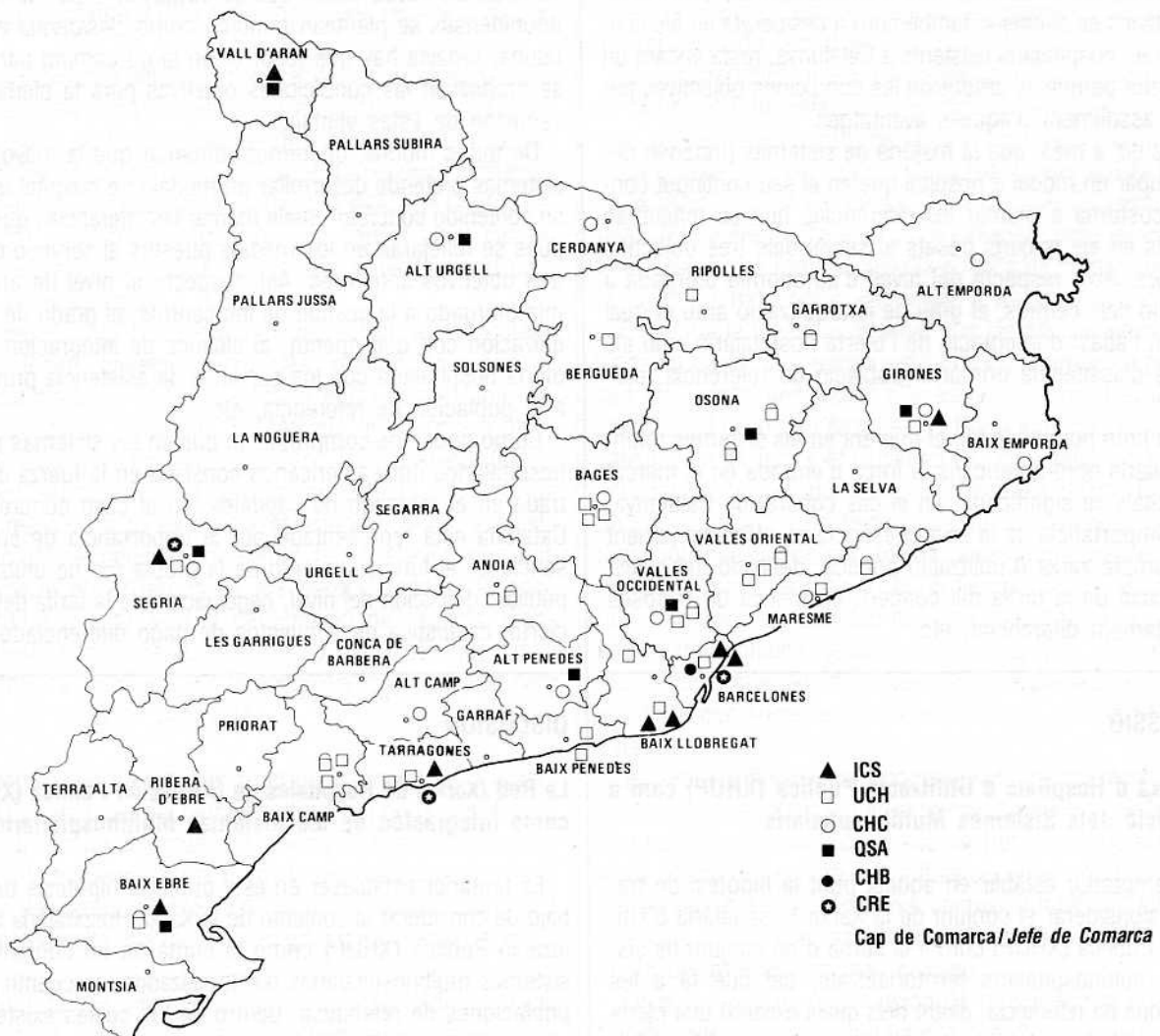
Para dicho propósito se reagrupan las seis fórmulas asociativas consideradas, ICS, UCH, QSA, CHC, CHB y CRE, en tres: ICS, UCH/QSA, CHC-CHB/CRE.

Aunque es obvio que el análisis importante debería hacerse en términos de isocronas (tiempo de desplazamientos) —información que en este momento no tenemos—, una simple visualización del mapa permite observar:

—que no todas las comarcas disponen de un hospital comarcal. Aunque las camas *per càpita* y el tiempo del acceso al servicio sean las variables importantes, podemos comprobar que aquellas comarcas sin hospital de referencia en la misma comarca corresponden a las de menor población;

—que de las comarcas más densamente pobladas (más de 100 hab./km²) sólo en la mitad de las mismas es posible, en principio, elegir entre los tres bloques multihospitalarios descritos;

Figura 1. Distribució comarcal de la oferta hospitalària a Catalunya / Distribución comarcal de la oferta hospitalaria en Cataluña



ciliar, a no ser tractats o a fer-ho en centres privats. Aquest pot ser el cas, per exemple, dels parts, o del tractament precoç de determinades patologies, com poden ser les relatives a la tiroide, a la pell, pel fet que solen ser de simptomatologia subaguda i això fa que la persona pateixi la malaltia sense que es diagnostiqui, la qual cosa pot succeir en una fase avançada quan el seu tractament ja està més condicionat.

Incrementar els graus de llibertat en l'elecció de centre proveïdor pot generar, per tant, un increment a la despesa hospitalària, a contraposar, si més no, a la major satisfacció de les necessitats col·lectives que possiblement s'assoliria.

Aquest tipus d'anàlisi presenta, si més no, problemes. Les consideracions anteriors permeten d'aprofundir de manera orientativa, els següents:

1. Les dificultats d'assolir la consolidació d'una oferta hospitalària assistencial més integrada (coordinada aquesta possiblement amb la extrahospitalària), i també les derivades de la utilització a la pràctica, per part de l'Administració, de mecanismes de pagament sensibles a la liberalització dels fluxos assistencials fent possibles nous marges d'elecció.

2. L'interès de garantir una homogeneïtat territorial en les ofertes assistencials de manera prèvia a permetre el funcionament de mecanismes de demanda que simulin mercats interns (composició per nivells dels centres, índex de complexitat i d'especialitats, etc.). Això no obsta com per què, per alguns tractaments, com és el cas d'aquells menys sensibles a les característiques del pacient (parts, fimosis, apendicectomies, etc.), pugui experimentar-se ja alguna forma de liberalització en l'elecció de centres per part del malalt.

Bibliografia

1. Ermann D, Gabel J. *Investor-owned multihospital system for-profit Enterprise*. Washington DC Health Care National Academy Press.
2. Morlock LL, Alexander JA. Models of Governance in Multihospital Systems implications for Hospital and Systems-level Decision-Making. *Medical Care* 1986; 24 (12): 1.118-35.
3. Lewis BL, Alexander JA. A taxonomic Analysis of Multihospital Systems *HSR* 21 1986 (1): 29-54.
4. Alexander JA, Anderson JG, Lewis BJ. Towards an empirical classification of Hospitals in Multihospital systems. *Medical Care* 1985.

XHUP en favor de un tratamiento domiciliario, de no ser tratados o a serlo en centros privados. Es el caso, por ejemplo, de los partos o del tratamiento precoz de determinadas patologías, como podrían ser las relativas a la tiroides, a la piel, dado que son de sintomatología subaguda, lo que supone que la persona sufra la enfermedad sin que se diagnostique, lo cual puede suceder en una fase avanzada cuando su tratamiento está más condicionado.

Incrementar el grado de libertad en la elección de centro proveedor puede generar, por tanto, un incremento del gasto hospitalario que puede ser contrapuesto, al menos, a la mayor satisfacción de las necesidades colectivas que posiblemente se alcanzaría.

Dicho tipo de análisis presenta, de todos modos, algunos problemas. Las consideraciones anteriores permiten profundizar a título orientativo, en los siguientes:

1. Las dificultades para alcanzar la consolidación de una oferta hospitalaria asistencial más integrada (coordinada ésta, posiblemente, con la extrahospitalaria) y asimismo las derivadas de la utilización, en la práctica, por la Administración de mecanismos de pago sensibles a la liberalización de los flujos asistenciales que permitiría nuevos márgenes de elección.

2. El interés por garantizar una homogeneidad territorial de las ofertas asistenciales de modo previo a permitir el funcionamiento de mecanismos de demanda que simulen mercados internos (composición por niveles de los centros, índices de complejidad y de especialidades, etc.). Ello no sería obstáculo para que en algunos tratamientos, por ejemplo, en el caso de los menos sensibles a las características del paciente (partos, fimosis, apendicetomías, etc.), pudiera experimentarse ya alguna forma de liberación en la elección de centros por parte del enfermo.-

5. Donabedian A. Quality assurance. Corporate responsibility for Multihospital Systems, *QRB* 1986.
6. Hunter S. Failure factors in multi-institucional systems formation, *HCM Review* 1983.
7. Coyne J. Hospital performance in Multihospital Systems: A comparative study of Systems and Independent Hospitals. *Health Services Research* 1982; 17 (4): 303-28.
8. Pomes X. Los Hospitales Comarcales en Catalunya. *Todo Hospital* 1988 (50): 49-55.

