

LA EVALUACIÓN DEL RENDIMIENTO EN LOS HOSPITALES PÚBLICOS ESPAÑOLES: UNA PRIMERA APROXIMACIÓN

Beatriz González Sánchez
Ernesto López-Valeiras Sampedro
Jacobo Gómez Conde
Universidad de Vigo (España)

RESUMEN

El objetivo de este trabajo es explorar las posibilidades de evaluación del rendimiento en las instituciones públicas sanitarias con la intención de aplicarlo en un servicio médico concreto de un hospital público. Como primer paso realizamos una recopilación de todos los indicadores que podrían constituirse como herramienta de evaluación, seguimiento y control. Es creciente el interés por la medida del desempeño de las organizaciones públicas debido, fundamentalmente, al incremento incesante del gasto, al aumento de las expectativas de la población y a la necesidad de obtener el máximo rendimiento de los recursos invertidos. Esta tendencia también ha afectado, sin lugar a dudas, a los hospitales públicos españoles. Si medir la eficiencia no es tarea sencilla en el ámbito empresarial, hacerlo en las organizaciones sanitarias públicas se convierte en una labor realmente compleja, ya que sus procesos productivos son difícilmente estandarizables y, además, suelen perseguir múltiples objetivos, como incremento de la calidad asistencial o contención del gasto.

PALABRAS CLAVE: Indicadores; Hospitales; Evaluación.

ABSTRACT

The aim of this paper is to explore the possibility of carrying out performance measurements in the public health system in order to apply them to the medical division of a public hospital. The first step was to collect all indicators which could be used as management tools for evaluation, monitoring, and control. The increasing interest in the measurement of performance in the public health system is mainly due to an increase in health expenses, a rise in expectation levels by the general population, and the need to obtain optimum results from invested resources. This general trend has affected public hospitals in Spain as well as private ones. While the measurement of efficiency is not an easy task in private companies, it is even more complicated in the public health system because it is more difficult to standardise the processes. Moreover, public hospitals usually have various different objectives, such as increasing quality and reducing expenses.

KEY WORDS:

1. INTRODUCCIÓN

Desde diferentes puntos de vista, con terminologías distintas y teorías aparentemente inconexas (indicadores de gestión, cuadros de mando, técnicas de control de gestión, etc.), numerosos investigadores y gestores han tratado de determinar cómo se estaban haciendo las cosas en un centro hospitalario público, es decir, trataban de evaluar su rendimiento.

La propia definición de hospital público nos da una idea de las dificultades añadidas de trabajar en este sector en concreto en relación a otros, fundamentalmente por tres factores:

1. Nos encontramos ante instituciones públicas en las que no contamos con las tradicionales cuentas anuales, y los parámetros y ratios que de ellas se derivan (el resultado contable, por ejemplo).
2. Además, estamos ante empresas cuya producción presenta dos características que condicionan especialmente sus sistemas de información:
 - a) Son empresas de servicios, es decir, elaboran productos intangibles.
 - b) Y son multiproducto, es decir, se obtienen tantos productos como pacientes atendidos.
3. Y, finalmente, son organizaciones intensivas en la utilización de capital humano altamente cualificado.

Esto confiere unas dificultades añadidas al análisis que proponemos si lo comparamos con una empresa privada, ya que realizar un seguimiento de la actividad que se desarrolla en los servicios de un hospital exige, sin duda alguna, realizar un “traje a medida” y, por tanto, descartar modelos procedentes de empresas con ánimo de lucro o de sistemas sanitarios como los americanos, tan distintos al español. Sin embargo, es paso previo indispensable en este tipo de estudios, analizar primero las propuestas de los investigadores en este ámbito, para, en una segunda fase, determinar en cada caso concreto, cuáles de esas propuestas pueden resultar de aplicación.

Ante el aumento incesante del gasto en sanidad, en los últimos años, se está tratando de promover que la gestión de los organismos públicos sea eficaz, eficiente y efectiva (Pérez Lázaro *et al.*, 2002; Musgrave y Musgrave, 1992), es decir, que se consigan los objetivos con el mínimo coste posible, o que con un coste fijo dado se obtenga el mayor rendimiento. La problemática surge al tratar de evaluar el grado de eficiencia en la utilización de los recursos públicos por parte de este tipo de organismos. Si en el sector privado existen métodos directos de evaluación ya que, por ejemplo, si un producto no es bueno o no resulta interesante para el posible demandante, se retira, en el público no podemos actuar del mismo modo.

Además, el sector público sanitario, se caracteriza por disponer de unos recursos limitados, un incremento del gasto incesante y un aumento de las necesidades asistenciales (envejecimiento de la población, aumento de las enfermedades crónicas, etc.). Todos estos factores ejercen una gran presión tanto sobre las autoridades sanitarias, como en los gestores de hospitales, jefes de servicios y profesionales para usar estos recursos escasos de forma más eficiente.

En este contexto, los jefes de servicio se han erigido como el enlace entre las políticas macroeconómicas y la gestión del día a día de un servicio, debiendo combinar políticas, por ejemplo, de contención del gasto, a la vez que teniendo que prestar la mejor atención asistencial posible.

Este trabajo, pues, supone un primer acercamiento a la posibilidad de evaluación de un servicio médico de un hospital público, con el horizonte puesto en la implantación de una unidad de gestión clínica. A tal fin, suministraremos una relación de indicadores que pretendemos sirvan como herramienta de evaluación, seguimiento y control de la implantación de la mencionada unidad.

Para ello, este artículo se desarrollará atendiendo a la siguiente estructura: en primer lugar, realizaremos una revisión de la teoría que avala la implantación de unidades de gestión clínica en los servicios médicos de los hospitales para, a continuación, definir el concepto de indicador de gestión, así como la metodología para su construcción y las posibles resistencias y debilidades para su definición e implantación. En tercer lugar, expondremos la propuesta de indicadores para la valoración de la implantación de la unidad de gestión clínica, es decir, con los mismos indicadores, se valorará el servicio pre-implantación de este modelo organizativo y post-instauración. Por último, expondremos las conclusiones obtenidas al término del trabajo.

2. LA GESTIÓN CLÍNICA: UN MODELO ORGANIZATIVO PARA LA GESTIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS.

El principal objetivo de este apartado es analizar el modelo organizativo de la unidad de gestión clínica, tal y como ya hemos comentado con anterioridad.

A tal fin, no cabe duda de que conforme la sociedad evoluciona y progresa, surgen en los sistemas sanitarios nuevas fórmulas de gestión con el fin de adaptarse a estas nuevas demandas. Los cambios epidemiológicos, las innovaciones en los sistemas de información y en la tecnología y la gran necesidad de contención de costes, de aumento de la calidad y la competitividad, obligan a la práctica totalidad de las organizaciones sanitarias a la introducción de reformas en sus mecanismos de gestión.

En este sentido, la gestión clínica forma parte de esas reformas que actualmente se están dando en los hospitales en un intento de unir la mejor práctica clínica y el mejor uso de recursos. Este modelo de gestión involucra activamente a los profesionales ya que adopta el lenguaje de los clínicos y se centra en el proceso asistencial como razón de ser de la organización.

La gestión clínica propone autonomía en los niveles de la organización más cercanos al cliente, con el fin de hacer frente a la burocratización de estos organismos. Así, el hospital propone una serie de metas a alcanzar en un periodo determinado y unos recursos para su consecución. Esto se plasma en una propuesta de acuerdo de gestión que se negocia con la unidad o servicio médico. Para tal fin, la unidad clínica debe disponer de autonomía suficiente para tomar decisiones que la orienten a lograr el objetivo.

En esta línea, la gestión clínica ha de llevar consigo la flexibilidad organizativa, el traslado de competencias a los servicios sanitarios y la orientación hacia los objetivos propuestos en la estrategia.

En cualquier caso, la gestión por centros de responsabilidad, con todos los avances que supone, trae consigo un tipo de relaciones alejadas de la práctica profesional habitual (Carretero Alcántara, 2000).

Estos cambios en la forma de gestión se reflejan también en el contenido de las herramientas de control y seguimiento de los resultados, tal y como ya hemos comentado anteriormente. Así, surge un nuevo modelo que propone una recopilación de indicadores de seguimiento y control, no exclusivamente financieros, sino también de satisfacción de los usuarios y de los recursos humanos (aprendizaje y crecimiento) y de calidad de los procesos internos (Astier Peña *et al.*, 2004).

Para Pérez Lázaro *et al.* (2002), el objetivo último de la gestión clínica es ofrecer a los pacientes los mejores resultados posibles en la práctica diaria (efectividad), acorde con la información científica disponible que haya demostrado su capacidad para cambiar de forma favorable el curso clínico de la enfermedad (eficacia), con los menores inconvenientes y costes para el paciente y la sociedad en su conjunto (eficiencia).

Por otro lado, para Ortega Moreno (2003) la gestión clínica tiene una serie de características que exponemos a continuación:

- Considera al paciente como el elemento nuclear de todas las actuaciones, incorporando sus expectativas. Los cuidados de salud se dirigen a las necesidades específicas de los pacientes, convenientemente caracterizados y agrupados mediante sistemas de clasificación.
- Se orienta hacia el proceso asistencial, cuyo objetivo fundamental es la continuidad asistencial.

- Posibilita la autonomía de gestión y la descentralización en la toma de decisiones, implicando a los profesionales en la gestión de los procesos.
- Promueve una práctica clínica adecuada que disminuya su variabilidad, basada en la guías de práctica clínica y planes de cuidados estandarizados y que incorpore los conocimientos, innovaciones y metodología de la medicina basada en la evidencia.
- Necesita de sistemas de información integrados que permitan evaluar las intervenciones para la mejora continua.
- Fomenta la autoevaluación y la medición de los resultados en salud como método de mejora continua de la calidad.

Sobre esta última característica basamos el objetivo de este trabajo, tal y como establecimos en la introducción, es decir, elaborar una relación de indicadores que permitan evaluar la implantación satisfactoria de una unidad de gestión clínica en un servicio médico.

Por otro lado, según Ortún Rubio (2003), la gestión clínica puede definirse de múltiples formas, pero bajo la premisa de que gestión significa coordinar y motivar personas para conseguir unos objetivos y clínica afecta a las decisiones diagnósticas y terapéuticas. Así, la gestión clínica trata de restaurar el grado de salud en la medida en que sea posible, mediante acciones que conciernen a pacientes individuales o a grupos. Las decisiones directas sobre cada individuo las adopta el médico o enfermero, entre otros, trabajando por separado o en equipo, y las decisiones que afectan a grupos de pacientes las toman principalmente los responsables asistenciales.

En definitiva, la gestión y la práctica médica deben ir unidas, es decir, no habrá buena gestión sanitaria sin buena medicina, pero tampoco puede existir buena práctica clínica sin buena gestión sanitaria. Ambas partes comparten el mismo objetivo, es decir, obtener la máxima efectividad, eficiencia y eficacia de manera conjunta. Aunque esta última afirmación puede parecer redundante, no es característica de la práctica diaria de un hospital. Finalmente, la gestión clínica permite que tanto clínicos como gestores establezcan y alcancen objetivos comunes (Vaquera Mosquero, 2008; Ortega Moreno, 2003).

3. LOS INDICADORES COMO HERRAMIENTAS PARA EL CONTROL DE GESTIÓN: CONCEPTO, METODOLOGÍA PARA SU ELABORACIÓN Y LIMITACIONES.

Para valorar el impacto derivado de la introducción de este nuevo modelo organizativo, la gestión clínica, necesitaremos de una serie de indicadores que nos sirvan de herramienta de evaluación, seguimiento y control. De este modo llevaremos a cabo un análisis de la situación del servicio antes de la implantación, y estos resultados los compararemos con los obtenidos después de la puesta en práctica. El objetivo último y final es disponer de herramientas que nos permitan evaluar de forma objetiva las mejoras, caso de darse, que se obtendrían por la implantación de este nuevo modelo.

Para ello, es requisito imprescindible delimitar el concepto de indicador, la metodología para elaborarlo y tener presente las limitaciones que se derivan de su elaboración y utilización. Abordaremos estas tres cuestiones a continuación.

Mora Corral y Vivas Urieta (2001) entienden por indicador de gestión un índice que permite evaluar los resultados conseguidos en cualquiera de sus componentes definidos, es decir, calidad, recursos humanos, finanzas, etc. En general, los indicadores no suponen un fin en sí mismos, sino que son herramientas utilizadas en el control de la actividad. El resultado de cada uno de ellos proviene de la cuantificación directa de las variables, a los que se denomina indicadores primarios, o bien, de la comparación de éstos a partir de cocientes y porcentajes, llamados indicadores secundarios.

Siguiendo esta línea, cabe resaltar que las comparaciones entre indicadores, bien sea en un horizonte temporal o bien entre distintas empresas o unidades de gestión, deben efectuarse a partir de estándares y, preferiblemente, numéricos, para que de esta forma puedan obtenerse más fácilmente las desviaciones.

Por otro lado, si recogemos la definición de Amat Salas *et al.* (1998), establece los indicadores como “unidades de medida que permiten el seguimiento y evaluación periódica de las variables clave de una organización, mediante su comparación con los referentes internos y externos”.

Según López-Camps y Gadea (1992), los indicadores tienen dos funciones básicas:

1. Función descriptiva. Deben suministrar información de una situación determinada en un momento del tiempo y de su evolución temporal.
2. Función valorativa. Permiten apreciar los efectos provocados por una decisión y, asimismo, detectar los resultados u *outcomes* de una actividad.

Por su parte, si nos circunscribimos al sector hospitalario, los indicadores deben presentar una serie de características para su validez que exponemos a continuación (Temes Montes y Mengíbar Torres, 2007):

1. Relevancia. La información que aporte el indicador debe ser imprescindible para informar, controlar, evaluar y para la toma de decisiones.
2. Pertinencia. El concepto expresado por el indicador ha de ser claro y constante en el tiempo, con el fin de que sea fiable.
3. Objetividad. No puede ser ambiguo en cuanto al cálculo de las magnitudes.
4. Unívocos. No permite diversas interpretaciones.
5. Sensibilidad. La medida del indicador es suficientemente aceptable.
6. Precisión. El margen de error del indicador es aceptable.
7. Accesibilidad. Presenta un coste de obtención aceptable, así como es fácil de calcular e interpretar.

El segundo objetivo que nos planteamos en este apartado se refiere a la metodología a utilizar en el diseño de los indicadores. En este diseño debemos tener en cuenta una serie de cuestiones, entre las que destacamos: 1) La actividad que efectúa la organización; 2) Qué se quiere evaluar; 3) El destinatario o usuario de la información y 4) Los estándares y tolerancia permitidos.

La primera de ellas, es decir, la actividad que efectúa la organización, trata de delimitar cuáles son los procesos que se llevan a cabo, estableciéndose la utilidad que presenta cada una de ellos. La relación es a modo de inventario, por lo que debe recogerse el total de actividades de la entidad y su propósito.

La segunda, qué se quiere evaluar, trata de establecer las prioridades entre las diferentes actividades que realiza la organización o unidad de gestión que se quiere evaluar.

En tercer lugar, habrá que definir el usuario de la información, ya que no todos los miembros de la organización necesitan toda la información generada, con lo que habrá que seleccionarla. Ello permitirá una mayor direccionalidad a la hora de distribuir la información una vez copilada. Además, debe establecerse la frecuencia de la evaluación y tener en cuenta que dicha periodicidad dependerá del tipo de actividad y de quién sea el destinatario o usuario de dicha información.

Por último, en cuarto lugar, deben establecerse los estándares y tolerancia permitidos que delimitan los niveles deseables de cada actividad. Así, se conforman criterios respecto a la estructura, el proceso o el resultado. Dicho esquema permitirá establecer comparaciones con respecto a aquello

que era deseable de ser alcanzado. Evidentemente, plantear esta pregunta permite efectuar de forma rápida la actuación revisora o de corrección que se debe aplicar en cada caso.

Como complemento a estas cuatro características que acabamos de citar, Mora Corral y Vivas Urieta (2001), exponen varios criterios a tener en cuenta a la hora de construir los diferentes indicadores:

- El diseño del sistema de indicadores de gestión debe tener en cuenta la aportación de los diferentes sujetos que intervendrán. De este modo, aplicando dicho criterio constructivo, se amplía el nivel de corresponsabilidad por parte de todos aquellos profesionales que intervienen en el diseño y mantenimiento.
- El objetivo final de los indicadores es la calidad.
- El sistema de indicadores ha de ser global. Esto significa que su utilización es susceptible de ser llevada a cabo por diferentes usuarios y cada uno de ellos utilizará el sistema de información de acuerdo a sus necesidades.
- Se debe evitar un exceso de indicadores, ya que una de las características más importantes de cualquier sistema de información es su capacidad de sintetizar la información global de la entidad en muy pocas mediciones. A su vez, se facilita la operatividad del sistema, ya que la información en exceso implica una sobrecarga, que los profesionales que intervienen en el sistema no pueden asimilar rápidamente.

El último objetivo planteado en este apartado es analizar las limitaciones que se ponen de manifiesto a la hora de definir e implantar los indicadores, las cuales se pueden concretar en dos: la dificultad de obtener la información deseada y la valoración de los *outputs* generados.

La primera de ellas, la imposibilidad de obtener toda la información deseada para el cálculo de los indicadores, o bien la posibilidad de obtenerla a un coste muy alto, representa una de las grandes limitaciones a la hora de elaborar estos índices. Dada la complejidad que presentan los organismos públicos, al tener descentralizadas y diversificadas las tareas a procesar dentro de una misma actividad, se hace difícil conseguir datos fiables al 100%, lo que limita el valor de algunos indicadores.

La segunda de las limitaciones gira en torno a la dificultad de medir los *outputs*, ya que si bien en el sector privado se hace bastante fácil concretar un indicador general como el beneficio o la pérdida que presenta una sociedad, para una actividad pública resulta mucho más complicado establecer un indicador de tipo genérico. En otro sentido, la evaluación de los resultados derivados de la actuación pública requiere no tener en cuenta tan sólo el número de bienes o servicios que se han producido, sino también su calidad.

4. INDICADORES PARA LA EVALUACIÓN DE LA IMPLANTACIÓN DE UNA UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA EN UN SERVICIO MÉDICO.

Como ya expusimos, el objetivo de este apartado y, en general, del trabajo, es recopilar una serie de indicadores propuestos por distintos autores que nos permitan valorar la implantación de una unidad de gestión clínica en un servicio médico concreto.

Las propias características de nuestro sistema sanitario hacen adecuado que este análisis se circunscriba al ámbito español, por ese motivo, todos los autores han publicado en revistas nacionales, tanto de gestión como propiamente médicas.

Los indicadores se han agrupado en tres bloques (ver tabla 1): recursos y actividad; calidad; y facturación de actividad y gasto, siguiendo a Astier Peña *et al.* (2004). Así, el primer bloque hace referencia a indicadores de estructura, recursos humanos y datos de actividad. El segundo tiene que ver

con la calidad en relación con el paciente, la optimización de recursos, la investigación y docencia y la implantación de áreas de mejora. Por último, el tercer bloque se centra en los indicadores de consumo de recursos y la facturación que realiza el servicio a través de altas o el gasto en farmacia y otros materiales. Esta clasificación previa, se complementa con la recopilación de todos los indicadores (tercera columna de la tabla) y con los autores que los proponen (cuarta columna).

Como se puede observar, muchos de los indicadores propuestos se utilizan de forma habitual en nuestros hospitales. Cualquier memoria de un hospital o de un servicio médico contará como mínimo con datos sobre camas, altas, estancias, estancia media, ocupación, rotación o número de consultas, los denominados indicadores tradicionales. Pero a partir de ese mínimo común, surgen las diferencias que vendrán determinadas fundamentalmente por los siguientes factores:

- El primer factor es el nivel de desarrollo de los sistemas de información hospitalarios ya que hay unas exigencias mínimas que se deben alcanzar para poder obtener información más sofisticada que la emanada de los indicadores tradicionales:
 - Los sistemas de información deben estar integrados.
 - Se debe contar con el Conjunto Mínimo Básico de Datos” (CMBD) debidamente validado¹.
 - Además es imprescindible un sistema de agrupación de pacientes, el más extendido en estos momentos es el de los Grupos Relacionados con el Diagnóstico (GRD)².
 - Y también es recomendable contar con la contabilidad analítica implantada.
- El segundo factor es la calidad de los datos incorporados en los sistemas, ya que éstos determinarán la fiabilidad de la información elaborada. Conclusiones extraídas de resultados obtenidos con datos de poca calidad, pierden todo su valor como herramienta para tomar decisiones.
- Por último, el tercer factor, es el grado de utilización de los resultados obtenidos en la toma de decisiones efectiva, ya que cuanto más incidencia tengan en la toma de decisiones más intenso será el interés por confeccionarlos, depurarlos, mejorarlos, es decir, por llevar a cabo un aprovechamiento máximo de sus posibilidades.

¹ En la actualidad, la responsabilidad de la gestión del CMBD es de las comunidades autónomas. En Galicia, por ejemplo, es la Orden de 7 de abril de 1993 la que regula su implantación. Como establece en su artículo 9, "el Conjunto Mínimo Básico de Datos de alta hospitalaria constará de: 1.- Identificación del hospital; 2.- Identificación del paciente; 3.- Fecha de nacimiento; 4.- Sexo; 5.- Residencia; 6.- Financiación; 7.- Código de servicio; 8.- Fecha de ingreso; 9.- Circunstancias de ingreso; 10.- Diagnósticos; 11.- Procedimientos quirúrgicos y obstétricos; 12.- Fecha de intervención; 13.- Otros procedimientos; 14.- Fecha de alta; 15.- Circunstancias de alta".

² Los Grupos Relacionados con el Diagnóstico o GRDs son una clasificación de los episodios de hospitalización en clases de isoconsumo, es decir, para cada uno de los GRDs se espera que el paciente reciba una cantidad similar de recursos hospitalarios. La versión actualmente más utilizada es la AP-GRD v. 21.0 que tiene un total de 669 grupos.

TABLA 1: INDICADORES PARA EVALUAR EL FUNCIONAMIENTO DE UN SERVICIO MÉDICO EN UN HOSPITAL PÚBLICO ESPAÑOL

BLOQUE	SUBDIVISIÓN	INDICADOR	AUTOR
Recursos y actividad	Estructura	<i>Camas de hospitalización</i>	IASIST (2008); Temes Montes y Mengibar Torres (2007); Astier Peña <i>et al.</i> (2004); Jiménez <i>et al.</i> (2004); Navarro Espigares <i>et al.</i> (2003)
		<i>Horas de consultas externas</i>	Temes Montes y Mengibar Torres (2007); Astier Peña <i>et al.</i> (2004)
	Recursos Humanos	<i>Jefe de servicio</i>	Caballer Tarazona (2008); IASIST (2008); Astier Peña <i>et al.</i> (2004)
		<i>Jefe de sección</i>	Caballer Tarazona (2008); IASIST (2008); Astier Peña <i>et al.</i> (2004)
		<i>Médicos adjuntos</i>	Caballer Tarazona (2008); IASIST (2008); Astier Peña <i>et al.</i> (2004)
	Hospitalización	<i>Camas disponibles</i>	IASIST (2008); Caballer Tarazona (2008); Temes Montes y Mengibar Torres (2007); Gispert y Giné (2006); Astier Peña <i>et al.</i> (2004)
		<i>Ingresos totales</i>	Caballer Tarazona (2008); Temes Montes y Mengibar Torres (2007); Ruiz Muñoz (2006); Astier Peña <i>et al.</i> (2004); Almenara Barrios <i>et al.</i> (2002)
		<i>Ingresos programados</i>	Temes Montes y Mengibar Torres (2007); Astier Peña <i>et al.</i> (2004)
		<i>Ingresos urgentes</i>	Josey y Kim (2008); Temes Montes y Mengibar Torres (2007); Astier Peña <i>et al.</i> (2004); Jiménez <i>et al.</i> (2004)
		<i>Presión de urgencias</i>	IASIST (2008); Temes Montes y Mengibar Torres (2007); Ortiz-Berrocal <i>et al.</i> (2005); Astier Peña <i>et al.</i> (2004); Jiménez <i>et al.</i> (2004)
		<i>Total de estancias</i>	Temes Montes y Mengibar Torres (2007); Gispert y Giné (2006); Astier Peña <i>et al.</i> (2004); Almenara Barrios <i>et al.</i> (2002)
		<i>Estancias de las altas propias</i>	Astier Peña <i>et al.</i> (2004)
		<i>Altas totales</i>	IASIST (2008); Temes Montes y Mengibar Torres (2007); Gispert y Giné (2006); Astier Peña <i>et al.</i> (2004)
		<i>Altas a otros centros</i>	Temes Montes y Mengibar Torres (2007); Astier Peña <i>et al.</i> (2004)
		<i>Altas por fallecimiento e Índice de Mortalidad</i>	Temes Montes y Mengibar Torres (2007); Mazo y Emparán (2006); Astier Peña <i>et al.</i> (2004); García Cornejo (2004); Kazandjian <i>et al.</i> (2004); Almenara Barrios <i>et al.</i> (2002); Van Peurseem <i>et al.</i> (1995)
	Hospital de día	<i>Interconsultas</i>	Astier Peña <i>et al.</i> (2004)
		<i>Servicios solicitantes de interconsultas</i>	Astier Peña <i>et al.</i> (2004)
	Consultas externas	<i>Nº de tratamientos totales</i>	Astier Peña <i>et al.</i> (2004); Van Peurseem <i>et al.</i> (1995)
		<i>Primeras visitas</i>	IASIST (2008); Caballer Tarazona (2008); Temes Montes y Mengibar Torres (2007); Mazo y Emparán (2006); Ortiz-Berrocal <i>et al.</i> (2005); Astier Peña <i>et al.</i> (2004); Jiménez <i>et al.</i> (2004); Almenara Barrios <i>et al.</i> (2002)
		<i>Visitas sucesivas</i>	IASIST (2008); Temes Montes y Mengibar Torres (2007); Caballer Tarazona (2008); Mazo y Emparán (2006); Ortiz-Berrocal <i>et al.</i> (2005); Astier Peña <i>et al.</i> (2004); Jiménez <i>et al.</i> (2004); Almenara Barrios <i>et al.</i> (2002)
Pruebas complementarias	<i>Nº de exploraciones por tipo</i>	Astier Peña <i>et al.</i> (2004)	

Calidad	Orientación al paciente	<i>Pacientes en lista de espera consultas > 30 días</i>	Ortiz-Berrocal <i>et al.</i> (2005); Astier Peña <i>et al.</i> (2004); Van Peurseem <i>et al.</i> (1995)
		<i>Espera media en lista de espera de consultas</i>	Mazo y Emparán (2006); Ortiz-Berrocal <i>et al.</i> (2005); Astier Peña <i>et al.</i> (2004)
		<i>Nº de quejas-reclamaciones/consultas</i>	Astier Peña <i>et al.</i> (2004); Navarro Espigares <i>et al.</i> (2003)
		<i>Nº de quejas-reclamaciones/ingresos</i>	Ruiz Muñoz (2006); Astier Peña <i>et al.</i> (2004); Navarro Espigares <i>et al.</i> (2003)
	Optimización de recursos	<i>Estancia media</i>	Mazo y Emparán (2006); Astier Peña <i>et al.</i> (2004); Jiménez <i>et al.</i> (2004); Navarro Espigares <i>et al.</i> (2003); García-Eroles <i>et al.</i> (2001)
		<i>Índice de ocupación</i>	IASIST (2008); Astier Peña <i>et al.</i> (2004); Jiménez <i>et al.</i> (2004)
		<i>Índice de rotación enfermo/cama</i>	Gispert y Giné (2006); Astier Peña <i>et al.</i> (2004); Jiménez <i>et al.</i> (2004)
		<i>Rendimiento consultas</i>	Astier Peña <i>et al.</i> (2004)
		<i>Índice de complejidad o Case-Mix</i>	IASIST (2008); Temes Montes y Mengibar Torres (2007); Mazo y Emparán (2006); Almenara Barrios <i>et al.</i> (2002); Navarro Espigares <i>et al.</i> (2003); Jiménez <i>et al.</i> (2004); García-Eroles <i>et al.</i> (2001)
	Investigación y docencia	<i>Nº de sesiones clínicas</i>	Astier Peña <i>et al.</i> (2004)
		<i>Nº de ensayos clínicos</i>	Astier Peña <i>et al.</i> (2004)
		<i>Nº de becas o proyectos</i>	Astier Peña <i>et al.</i> (2004)
		<i>Nº de publicaciones</i>	Mazo y Emparán (2006); Astier Peña <i>et al.</i> (2004)
		<i>Nº de ponencias y comunicaciones</i>	Mazo y Emparán (2006); Astier Peña <i>et al.</i> (2004)
	Implantación de áreas de mejora	<i>Nº de protocolos o guías de práctica clínica evaluados/año</i>	Astier Peña <i>et al.</i> (2004)
		<i>Nº de casos GRD 470/Total GRD</i>	Astier Peña <i>et al.</i> (2004)
		<i>Nº de necropsias/total de fallecimientos</i>	Temes Montes y Mengibar Torres (2007); Astier Peña <i>et al.</i> (2004)
		<i>Tasa de infección hospitalaria</i>	Temes Montes y Mengibar Torres (2007); Astier Peña <i>et al.</i> (2004)
		<i>Tasa de reingresos por igual GRD</i>	IASIST (2008); Mazo y Emparán (2006); Astier Peña <i>et al.</i> (2004); Kazandjian <i>et al.</i> (2004); Almenara Barrios <i>et al.</i> (2002)
	Facturación de actividad y gasto	Actividad y gasto	<i>Nº de determinaciones solicitadas a laboratorio</i>
<i>Nº de TAC solicitadas</i>			Astier Peña <i>et al.</i> (2004)
<i>Listados de GRD al alta</i>			IASIST (2008); García Cornejo (2004); Astier Peña <i>et al.</i> (2004)
<i>Coste por GRD</i>			Mazo y Emparán (2006); Astier Peña <i>et al.</i> (2004); Van Peurseem <i>et al.</i> (1995)
<i>Gasto total personal</i>			Astier Peña <i>et al.</i> (2004); Jiménez <i>et al.</i> (2004)
<i>Gasto total de farmacia</i>			Astier Peña <i>et al.</i> (2004)

5. CONCLUSIONES

En estos momentos la investigación sobre indicadores útiles para evaluar el comportamiento y los resultados de las organizaciones es de máxima actualidad. Es necesario tener información que sirva de respaldo a la toma de decisiones. Para el caso que nos ocupa, los servicios médicos, el potencial es enorme pues los hospitales cuentan ya con registros de datos rutinarios, sistemas de clasificación de pacientes, grandes bases de datos e importantes métodos de análisis. Es decir, existen los instrumentos y el aprovechamiento de los mismos, depende de la voluntad y la cultura de la organización.

Uno de los elementos clave que afectan al éxito o fracaso de este tipo de evaluación es la transmisión de la información a los médicos, ya que, siendo los propios clínicos el origen de los datos, la calidad de éstos va a depender en gran medida de su interés y voluntad. Además, ofrecerles esta información como instrumento de evaluación de su actividad es, al mismo tiempo, una obligación si se les quiere hacer responsables de los resultados de sus acciones.

La transmisión de información objetiva y comparable es la base para transformar los juicios en actuaciones basadas en la evidencia, que no sólo se apoyan en el conocimiento que aportan las publicaciones científicas, sino también en la posibilidad de evaluar los resultados en las condiciones reales del día a día.

Por último, del análisis llevado a cabo de todos los artículos revisados, concluimos que es necesario complementar las propuestas de indicadores teniendo en cuenta lo siguiente:

- En un hospital el capital humano, sobre todo los médicos, suponen la partida de gasto más importante. Sin embargo, detectamos una ausencia total de indicadores referidos a la productividad y eficiencia del recurso humano, sobre todo del facultativo.
- Está extendido el uso de indicadores y hay consenso sobre la valiosa información que pueden aportar, pero detectamos una desconexión entre la estrategia del hospital y el diseño y establecimiento de indicadores, quizá se deba en muchos casos a que la estrategia no se ha definido de forma concreta.

En todo caso debemos tener siempre presente que medir y controlar, también en los hospitales públicos, es la manera más eficaz de mejorar los resultados globales de la organización.

BIBLIOGRAFÍA

- Almenara Barrios, J.; García Ortega, C.; González Caballero, J.L. y Abellán Hervás, M.J. (2002): "Creación de índices de gestión hospitalaria mediante análisis de componentes principales", *Salud pública de México*, Vol. 44, nº 6, pp. 533-540.
- Amat Salas, O.; Termes Angles, F. y Vivas Urieta, C. (1998): *Indicadores de gestión para las entidades públicas*, Principios de Contabilidad de Gestión, Documento nº 16, Asociación Española de Contabilidad y Administración de Empresas (AECA), Madrid.
- Astier Peña, M.P.; Val Pardo, I.; Gost Garde, J.; Silvestre Busto, M.C.; Larrayoz Dutrey, M.; Chivite Izco, M. y Galíndez, A. (2004): "Propuesta de indicadores para cuadros de mando de servicios médicos y quirúrgicos", *Revista de Administración Sanitaria*, Vol. 2, nº 3, pp. 485-507.
- Caballer Tarazona, M. (2008): *Análisis y evaluación económica de sistemas de salud: Logro en salud, desempeño y aspectos organizativos*, Tesis doctoral, dirigida por Vivas Consuelo y Moya Clemente, Universidad Politécnica de Valencia, Valencia.
- Carretero Alcántara, L. (2000): "Herramientas para la gestión clínica", *Gestión Hospitalaria*, Vol. 11, nº 1, pp. 15-21.
- García Cornejo, B. (2004): "La experiencia en contabilidad de costes y en benchmarking del Sistema Nacional de Salud español", *Revista de Administración Sanitaria*, Vol. 2, nº 1, pp. 103-123.

- García-Eroles, L.; Illa, C.; Arias, A. y Casas, M. (2001): "Los Top 20 2000: Objetivos, ventajas y limitaciones del método", *Revista de Calidad Asistencial*, Vol. 16, pp. 107-116.
- Gispert, R. y Giné, J.M. (2006): "Diferencias entre público y privado en la asistencia hospitalaria en España: ¿Realidad asistencial o falacia numérica?", *Gaceta Sanitaria*, Vol. 20, nº 2, pp. 149-152.
- IASIST (2008): *Top 20. Benchmarks para la excelencia*, IASIST, Barcelona.
- Jiménez, W.N.; Barrachina, I. y Vivas, D. (2004): "Métodos multivariantes para la clasificación de hospitales", *Estudios e Investigaciones*, Vol. 6, Julio, pp. 68-87.
- Josey, C. y Kim, I. (2008): "Implementation of the Balanced Scorecard at Barberton Citizens Hospital", *The Journal of Corporate Accounting & Finance*, March/April, pp. 57-63.
- Kazandjian, V.A. y Vallejo, P. (2004): "La evaluación local de la calidad mediante instrumentos de medida genéricos", *Gaceta Sanitaria*, Vol. 18, nº 3, pp. 225-234.
- López-Camps, J. y Gadea, A. (1992): *El control de gestión en la Administración Local*, 1ª edición, Gestión 2000, Barcelona.
- Mazo, S. y Emparán, C. (2006): "Integración de sistemas de control de calidad y gestión en unidades de hospitalización domiciliaria", *Revista de Calidad Asistencia*, Vol. 21, pp. 39-45.
- Mora Corral, A.J. y Vivas Urieta, C. (2001): *Nuevas herramientas de gestión pública: El cuadro de mando integral*, 1ª edición, AECA, Madrid.
- Musgrave, R.A. y Musgrave, P.B. (1992): *Hacienda Pública. Teórica y aplicada*, 1ª edición, McGraw-Hill, Madrid.
- Navarro Espigares, J.L. y Hernández Torres, E. (2003): "¿Es posible relacionar la calidad y la eficiencia de los hospitales públicos?", *VI Encuentro de Economía Aplicada*, celebrado en Granada los días 5, 6 y 7 de junio.
- Ortega Moreno, A. (2003): "Gestión clínica. Unidades de gestión clínica. Acuerdos de gestión.", *Neurología*, Vol. 18, nº Suplemento 4, pp. 64-69.
- Ortiz-Berrocal, J.; Martínez, J.R.; Alonso, M.; Millán, I.; Ayuso, B. y Sainz, A. (2005): "Cuadro de mando para la gestión clínica en un servicio de medicina nuclear", *Revista de Calidad Asistencial*, Vol. 20, nº 5, pp. 239-245.
- Ortún Rubio, V. (2003): *Gestión clínica y sanitaria. De la práctica diaria a la academia, ida y vuelta*, 1ª edición, Masson, Barcelona.
- Pérez Lázaro, J.J.; García Alegría, J. y Tejedor Fernández, M. (2002): "Gestión Clínica: conceptos y metodología de aplicación", *Revista de Calidad Asistencial*, Vol. 17, pp. 305-311.
- Ruiz Muñoz, D. (2006): "La aplicación del cuadro de mando integral en organizaciones sanitarias", *Revista Iberoamericana de Contabilidad de Gestión*, Vol. IV, nº 8, pp. 13-32.
- Temes Montes, J.L. y Mengíbar Torres, M. (2007): *Gestión Hospitalaria*, 4ª edición, McGraw-Hill, Madrid.
- Van Peurseem, K.A.; Pratt, M.J. y Lawrence, S.R. (1995): "Health management performance", *Accounting, Auditing & Accountability Journal*, Vol. 8, nº 5, pp. 34-70.
- Vaquera Mosquero, M. (2008): *Propuesta de un modelo para el cálculo y gestión de costes en los centros hospitalarios y su funcionamiento empírico*, Tesis doctoral, dirigida por Fernández Fernández, Universidad de Extremadura, Badajoz.



Beatriz González Sánchez

Profesora Titular de Escuela Universitaria en la Universidad de Vigo (con docencia en Ourense). Más de doce años de experiencia docente en materias Contabilidad de Costes y de Gestión (tanto en Grado como en Postgrado). Es tutora en la titulación de Administración y Dirección de Empresas en el Centro Asociado de Ourense de la UNED. Ha presentado comunicaciones en diversos congresos tanto nacionales como internaciones, y ha participado activamente en varios proyectos de investigación. Sus líneas de investigación se centran en: Contabilidad de Costes, Control de Gestión, Hospitales y Empresas agroalimentarias.



Ernesto López-Valeiras Sampedro

Doctor en Administración y Dirección de Empresas por la Universidad de Vigo. Actualmente es Profesor Ayudante en el Departamento de Economía Financiera y Contabilidad de esta misma universidad. Sus líneas fundamentales de investigación se centran en el control de gestión en PYMES, Hospitales y en empresas pertenecientes al sector agroalimentario. Ha actuado como ponente en diversos congresos nacionales e internacionales y es autor de diversos artículos en revistas científicas.



Jacobo Gómez Conde

Licenciado en Administración y Dirección de Empresas por la Universidad de Vigo y Doctorando en la misma. Su labor investigadora se centra en los Sistemas de Control de Gestión, en concreto su aplicación a los hospitales públicos, así como la incorporación de un nuevo modelo organizativo a estos centros. Es autor de comunicaciones presentadas tanto en congresos nacionales como internacionales. Miembro de proyectos de investigación del Departamento de Economía Financiera y Contabilidad de la Universidad de Vigo.