

La planificación estratégica en los hospitales de EE UU

PEDRO MONGE LOZANO*

Las empresas sanitarias de EE UU, ante el Managed Care y el Prospective Payment System han tenido que cambiar la forma de gestionar los centros. En la actualidad, una buena planificación estratégica es muy necesaria si no se quiere desaparecer.

Nuestro trabajo se basa en unas conclusiones extraídas de un proyecto de investigación dirigido a los hospitales norteamericanos. En este trabajo sólo analizaremos las prioridades que se plantean al planificar así como las «herramientas» que utilizan y por la forma de confeccionar el presupuesto.

Palabras clave: política sanitaria, hospitales, planificación estratégica, dirección por objetivos, métodos de planificación, presupuesto base cero, EE UU.

Clasificación JEL: H51, I11.

1. Introducción

El papel del Gobierno Federal, en lo referente a la Sanidad se reduce a cuatro aspectos: protección de la salud pública frente a epidemias, enfermedades infecciosas, etcétera; programas de salud tales como *Medicare* y *Medicaid*; prestación de la cobertura sanitaria a militares, veteranos e indigentes y, financiación de la educación así como de las prácticas de profesionales, en determinadas especialidades médicas.

Por lo tanto, la cobertura universal de las prestaciones sanitarias no existe y los hospitales aunque sean públicos, deben ser capaces de competir en el mercado de la salud. La estructura financiera de la práctica totalidad de los hospitales está formada por fondos propios, en una proporción que alcanza el 50 por 100, y el resto por préstamos a corto o largo plazo, créditos, etcétera. No obstante, en hospitales de larga estancia la cifra de endeudamiento puede alcanzar hasta el 80 por 100.

* Universidad de Huelva.

La tradición de costearse cada enfermo las prestaciones médicas cuando la enfermedad aparece, ha cambiado hacia la cobertura por un seguro. Los inicios de los seguros de salud se remontan al año 1929 en que los profesionales de la *Baylor University Hospital* de Dallas deciden unirse y pagar una cantidad mensual a cambio de estar protegidos frente a la enfermedad. Fueron los comienzos de la idea *Blue Cross*, asumida por compañías sin ánimo de lucro que sólo se dedican al seguro de enfermedad. Hoy día esta filosofía está extendida, gracias a la promoción realizada por la *American Hospital Association* (en adelante, AHA), por la mayoría de los Estados. El Gobierno y los mismos hospitales suelen favorecer esta iniciativa con exención de impuestos, el primero, y descuentos en gastos hospitalarios, los segundos.

La situación actual es que sólo el 13 por 100 de la población de EE UU carece de cualquier tipo de seguro de enfermedad, el resto se reparte entre el seguro privado (64 por 100), *Medicare* (13 por 100) y *Medicaid* (10 por 100). Hablamos de una población protegida de 160 millones de



COLABORACIONES

personas y de 1.200 compañías de seguros. Este cambio en la mentalidad norteamericana ha supuesto un efecto de *moral hazard* o sobreconsumo que supone un gasto sanitario del 14 por 100 del PIB. Para paliar este efecto las compañías cada vez más utilizan su poder para llegar a acuerdos con los hospitales y fijar unos precios de referencia para el pago de las prestaciones sanitarias.

Las compañías de seguros han abandonado la idea de que cada asegurado escoja libremente el médico, hospital o cualquier otro servicio relacionado con la salud, por un sistema de gestión de cuidados (*Managed Care*) que consiste en ser la propia compañía la que asigna médico, hospital, clínica, etcétera y sólo en casos excepcionales, previa autorización de la aseguradora, puede el asegurado elegir libremente. Este sistema de gestión está tan extendido que las compañías tienen poder para buscar descuentos en el precio de los hospitales, farmacias, médicos, etcétera, controlan el número de pruebas que se le realizan a sus afiliados y no dan su consentimiento si no son necesarias, de igual forma actúan ante intervenciones quirúrgicas y estancias, fomentan la medicina preventiva mediante vacunaciones y folletos informativos entre sus afiliados y, además, utilizan la tecnología informática para recopilar información que luego utilizan para saber cuál es el mejor tratamiento, con un menor coste.

El Gobierno tampoco se ha quedado rezagado en el aspecto del control pues, para el *Medicare* y el *Medicaid* ha adoptado, desde el año 1983, un sistema de pago denominado *Prospective Payment System* (en adelante, PPS) que consiste en fijar por cada GRD, a principios de cada año, una media de los recursos necesarios para tratar cada uno de ellos, que se obtiene tras un análisis de datos históricos, dicho importe es multiplicado por un ratio que está en función de la clase de hospital.

Por lo tanto ante el *Managed Care* y el PPS, las empresas sanitarias no tienen otra opción que aceptar y doblegarse a las exigencias de las aseguradoras pues los ingresos de personas sin seguro se cifran sólo en el 5 ó 10 por 100 del total frente a porcentajes tales como el 35-40 por 100 de *Medicare* y el 20-30 por 100 de las compañías

de seguros. Una buena gestión hospitalaria es fundamental ante tales circunstancias ya que, en caso contrario, los costes podrían ser superiores a los ingresos, ocasionando pérdidas que, si no se toman las medidas correctoras oportunas, podrían ser acumulativas y con el paso del tiempo obligaría al cierre de empresas.

Esta idea nos ha llevado a elaborar una encuesta para conocer de los propios *Chief Executive Officers* (en adelante, CEOs) cómo se realiza la gestión de los recursos y las técnicas que emplean para su control.

2. Antecedentes

Los datos que presentamos son la culminación de un proyecto de investigación que comenzamos en el año 1998, cuyo fin era conocer la realidad hospitalaria en EE UU. Los resultados que exponemos en este trabajo son sólo una mínima parte de nuestra investigación pues sólo nos centraremos en la parte dedicada a planificación.

La investigación se ha dirigido a hospitales tanto públicos como privados. La población hospitalaria, según los datos suministrados por la AHA y por la *Joint Commission on the Accreditation of Healthcare Organization* (órgano dependiente de la AHA que tiene como misión la acreditación de los hospitales) es de unos 7.030 hospitales que supone un total de 995.000 camas. El 70 por 100 son privados y el 30 por 100 públicos, propiedad del Gobierno Federal, de cada uno de los Estados o de Gobiernos locales.

De los métodos estadísticos existentes para recolectar información nos inclinamos por seleccionar uno de los que forman parte del bloque de los auto-administrados, concretamente optamos por la encuesta por correo como mejor forma de recolectar la información.

Conocíamos por expertos en la realización de encuestas, que en esta clase de trabajos el nivel de respuesta gira en torno al 15 o 20 por 100, por lo tanto, se tuvo en cuenta estos porcentajes a la hora de enviar los cuestionarios.

Nos propusimos un nivel de confianza del 95 por 100 y dos posibles errores admisibles que eran el 5 y el 10 por 100. Con el primero nos salía un tamaño óptimo de la muestra que obli-



COLABORACIONES

gaba a remitir 4.060 cuestionarios, este elevado número nos hizo desistir y optamos por el segundo, que suponía un tamaño óptimo de 97 hospitales y un total de 970 cuestionarios a enviar. Las respuestas recibidas alcanzaron la cifra de 60 aunque deseamos 21 de ellas por no reunir un mínimo de preguntas contestadas. Tras la obtención de la muestra efectuamos los cálculos necesarios para conocer el nuevo margen de error. La cifra inicialmente prevista del 10 por 100 se amplió al 15,7 por 100 con lo cual nuestro estudio girará en torno a un margen de error de +/- dicho porcentaje.

No obstante, encontramos apoyo en el organismo federal *Health Care Financing Administration* (encargado de administrar los programas *Medicare* y *Medicaid*) y obtuvimos una serie de informes de cada uno de los hospitales de la muestra con lo cual, en muchas de las variables analizadas contábamos con datos de la totalidad de la muestra. Para el resto de las variables, consultamos abundante bibliografía especializada para poder detectar los posibles errores que se pudieran cometer tras analizar la muestra.

El análisis estadístico de las encuestas ha sido realizado utilizando técnicas descriptivas como son las tablas de frecuencias, medias, desviaciones típicas, etcétera, así como tabulaciones cruzadas que nos han permitido conocer las posibles relaciones entre dos o más variables. Como soporte informático para poder obtener la información hemos utilizado el programa SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) en su versión 10.0 elaborado en la Universidad de Stanford durante los años 1965 y 1966.

3. Variables analizadas

El cuestionario contiene 32 preguntas, la mayoría abierta. Concretamente las preguntas se pueden englobar en tres bloques, de los que sólo vamos a analizar los resultados del último, para que no sea demasiado extenso este trabajo.

Preguntas dirigidas a conocer las estrategias generales que se plantean al planificar, horizonte temporal, «herramientas», prioridades y forma de confeccionar el presupuesto son las que vamos a resolver en los siguientes epígrafes.

4. Planificación estratégica

La planificación según Finkler (1999), es fundamental para el proceso de gestión de las organizaciones. Con este proceso lo que se pretende es anticiparse a los futuros problemas, planteando posibles soluciones. Planificar requiere continuos estudios que se traducen en planes hechos a medida y puestos en práctica; evaluación de los resultados y el análisis de la suficiente información que permita incorporar, en un futuro, las oportunas modificaciones. Para Errasti (1997), se trata de un proceso continuo y dinámico en el que se suelen plantear las siguientes preguntas: ¿qué hacer?, ¿cómo hacer? y ¿cómo medir o evaluar? Requiere tiempo y un gran flujo de información para ello, se hace necesaria la participación de todos los integrantes de la organización, de manera que se origine una comunicación fácil y un consenso entre los distintos estamentos de la empresa. La justificación última de este proceso es la necesidad de adaptación a los cambios que continuamente se van produciendo.

En función de los objetivos que se pretenden conseguir, Errasti (1997), plantea la clasificación siguiente:

- *Planificación normativa*: está referida a la orientación general de la política sanitaria y por este motivo se suele denominar planificación política.
- *Planificación táctica*: hace referencia a la estructura y programación de los recursos para la consecución de los objetivos.
- *Planificación operativa*: se refiere al desarrollo concreto de las actividades, calendario de ejecución y gestión de los recursos.
- *Planificación estratégica*: es la que se realiza a medio o largo plazo y que establece prioridades entre diversas alternativas que se presentan. El planteamiento consiste en analizar los factores tanto positivos como negativos, internos y del entorno donde se desarrollan las actividades, para conocer lo que es posible conseguir.

Compartimos la opinión de Errasti (1997) y creemos que esta última es la más necesaria y la que más se asocia a los hospitales, en este caso, de EE UU. Este es el motivo por el que se titula el epígrafe planificación estratégica y no, planifi-



COLABORACIONES

cación. Por ello, a nuestros encuestados les hemos preguntado por esta clase de planificación y hemos obviado el resto.

A la pregunta: «¿se realiza planificación estratégica en su hospital?», la respuesta, en un porcentaje del 96 por 100 ha sido positiva. El resto de los encuestados se limita a confeccionar un presupuesto sin tener en cuenta estrategias a seguir, ni evaluación previa de recursos humanos, técnicos y financieros con los que se cuenta.

Creemos que este grupo de hospitales incurre en un grave error, ya que el presupuesto debe ser la culminación de todo el proceso estratégico que se compone de tres fases, que son las que vamos a analizar en los epígrafes siguientes, a saber:

- *Fase estratégica*: consiste en plantear una serie de estrategias y establecer una serie de prioridades sobre la base de un diagnóstico previo, tanto interno (puntos fuertes y débiles) como externo (amenazas de la competencia y oportunidades).

- *Fase operativa*: en ella se seleccionan las herramientas y las unidades de medida que se van a utilizar.

- *Fase presupuestaria*: es la que lleva consigo la asignación de recursos, los compromisos y responsabilidades, el seguimiento de los resultados y su control.

5. Fase estratégica

El proceso estratégico se suele realizar para un horizonte temporal de dos, tres o cinco años. En nuestra encuesta, el 75 por 100 de la muestra prefiere un horizonte temporal de dos años. Las estrategias generales que suelen establecerse, de forma generalizada por los encuestados, son las siguientes:

- *Viabilidad y solvencia del hospital*, para lo cual se prevén los futuros ingresos, tanto de pacientes, como de compañías aseguradoras, donaciones, etcétera y se comparan con los gastos de personal, mantenimiento, inversiones, etcétera.

- *Eficiencia de los servicios*, ello supone aumentar el beneficio con la consiguiente disminución de costes, debido fundamentalmente a que las compañías aseguradoras apenas cubren los costes del enfermo y no tienen en cuenta las

inversiones, con lo cual se debe recurrir a la financiación ajena, que supone una carga extra.

- *Calidad del servicio*, que implica no sólo mantener la ya existente sino mejorarla sobre la base de una investigación continuada de las enfermedades tratando de conseguir mejoras tanto en el tratamiento como en la curación y rehabilitación.

- *Análisis del mercado potencial para conocer sus demandas*, al objeto de plantearse la posibilidad de incorporar nuevos servicios o eliminar los menos rentables.

- *Estrategias de marketing entre los «clientes» potenciales*, que incluyen no sólo la publicidad de la institución sobre objetivos, servicios que presta, personal con el que cuenta, etcétera, sino también información sobre determinadas enfermedades y su prevención. Se elabora también una publicidad dirigida a personas influyentes de la comunidad, empresarios, legisladores, políticos, etcétera, tratando de conseguir subvenciones y donaciones.

De todas las que se han enumerado, podemos situar en primer lugar la primera y la tercera (viabilidad y solvencia, calidad del servicio) pues la coincidencia, en ambos casos, se ha dado en el 26 por 100 de las encuestas analizadas. La eficiencia y el marketing con el 21 por 100 y el 16 por 100, respectivamente, poseen su importancia a la hora de efectuar una planificación estratégica. El último lugar está, con el 11 por 100, el análisis del mercado potencial.

Tras los objetivos generales, se ha planteado una pregunta dirigida a conocer las prioridades que cada hospital se plantea y por lo tanto, se incide más en su consecución. Se pueden resumir en las siguientes:

- *Pacientes*. Incrementar su número sobre la base de reforzar la imagen del hospital, ofreciendo calidad en los servicios, mediante estudios para la mejora de métodos en cirugía, cuidados, UCI, etcétera, e incorporando los medios humanos y materiales necesarios. Se busca, ante todo, la satisfacción de los «clientes» ya que ello conlleva la captación de nuevos.

- *Financiación*. Dado que las aseguradoras no cubren suficientemente los costes y son, hoy día, la principal fuente de ingresos, los hospitales



COLABORACIONES

tratan la captación de nuevas fuentes de financiación.

- *Maximizar el beneficio.* Consecuencia de las dificultades que plantea la obtención de financiación y si se consigue, el coste que ello supone. Los hospitales se ven forzados a buscar una rentabilidad en cada uno de los departamentos o unidades.

- *Managed Care.* El auge que está sufriendo la gestión de los cuidados, por parte de las aseguradoras supone estrategias de negociación con las compañías y con el propio personal, sobre todo los médicos. Con los primeros porque los hospitales deben conseguir mayores ingresos y con los otros, concienciándolos sobre la escasez y limitación de recursos con los que se cuenta.

Por las respuestas obtenidas, el orden en el que hemos colocado las prioridades coincide con las preferencias de nuestros encuestados. La primera (pacientes) ha sido señalada en el 60 por 100 de las encuestas y por lo tanto es la preferida. En segundo lugar estaría compartido por la financiación y la maximización del beneficio con el 30 por 100 y el *Managed Care* ocuparía el último lugar con el 10 por 100

Nuestra siguiente pregunta está enfocada a conocer si en el proceso estratégico se prima más la reducción de costes que las necesidades reales de personal, quirófanos, equipos, etcétera. De las respuestas obtenidas se desprende que lo primero es importante, según la opinión del 10 por 100 de los encuestados pero lo que prevalece son los medios materiales y humanos, en el 90 por 100 de los casos. Realmente es la alternativa más lógica y, hasta cierto punto predecible, si la prioridad de todo el proceso estratégico se centra en el incremento de los pacientes sobre la base de la calidad de los servicios prestados.

6. Fase operativa

Al preguntar a nuestros encuestados por las «herramientas» que utilizan a la hora de confeccionar un plan estratégico, hemos querido conocer, las bases de datos que suelen utilizar los CEOs para su elaboración. La conclusión fundamental, tras el análisis de las respuestas, es que no hay una concreta que prevalezca por encima de las demás ya que cada una de ellas es utilizada

para cada una de las prioridades comentadas en el epígrafe anterior. Podemos resumirlas en las siguientes:

- *Presupuestos:* tras su confección se realizan comparaciones con la realidad, se analizan las desviaciones y se van corrigiendo las negativas. Esta herramienta es utilizada a la hora de fijar estrategias dirigidas a maximizar el beneficio.

- *Contabilidad de costes:* los datos obtenidos reflejan la realidad, con lo cual es utilizada tanto para analizar las desviaciones presupuestarias como para el *Managed Care* pues con los datos en la mano se pueden conseguir acuerdos con los médicos y compañías aseguradoras.

- *Análisis del mercado:* si se busca la captación de «clientes» potenciales, es necesario conocer de los competidores, los medios con los que cuenta y los servicios que presta.

- *Estadísticas:* es fundamental, conocer las características de la población circundante y para ello se hace imprescindible la utilización de estadísticas poblacionales, de mortalidad y morbilidad. Son utilizadas también para conocer la evolución de los precios y tras su análisis, prever la posible incidencia tanto en gastos como ingresos.

- *Entrevistas:* son muy necesarias no sólo con el personal que trabaja para la institución, sino con profesionales ajenos que pueden tener una visión imparcial de los problemas del hospital. Algunos hospitales suelen solicitar a éstos, la confección de informes que, tras su análisis por los gestores, son comentados o enviados a los responsables de cada departamento.

- *Legislación:* es la última de las herramientas utilizadas por nuestros encuestados. Sobre todo inciden en la importancia de estar al día en leyes presupuestarias, por la incidencia que pueden tener sobre *Medicare* y *Medicaid*, leyes ambientales, leyes de control de enfermedades y plagas, etcétera.

Todos los datos obtenidos al utilizar las anteriores «herramientas», son traducidos a unidades que posteriormente les van a servir a los gestores para elaborar el presupuesto. Son las siguientes:

- Del presupuesto se obtiene la evolución de los productos o líneas de productos, las estancias medias por cada uno de ellos y los ingresos que han generado. Se puede conocer también la evo-



COLABORACIONES

lución de los gastos por departamentos, unidades y GRDs.

- Por lo que a la contabilidad de costes se refiere, se obtiene el número de unidades de obra utilizada, costes reales e información sobre el proceso de cada GRD.

- Del análisis del mercado, la principal preocupación es conocer de la competencia el número de admisiones, estancias medias, intervenciones quirúrgicas, equipos con los que cuentan, personal y servicios que presta.

- En el análisis estadístico se busca la evolución de la población y su número, la morbilidad y mortalidad de la zona, el número de compañías aseguradoras y la población protegida.

- Las entrevistas suponen analizar quejas de los pacientes sobre el servicio, la mortalidad y morbilidad del hospital, la eficiencia de cada departamento o unidad y por último las estancias por GRDs.

- Con la legislación se pueden realizar previsiones sobre ingresos de *Medicare* y *Medicaid*, costes que puede traer consigo la aplicación de mejoras en la calidad del servicio y enfermedades tanto en auge como en declive.



COLABORACIONES

7. Fase presupuestaria

Terminadas las anteriores fases, los gestores del hospital cuentan con la suficiente información para la confección de un presupuesto. El papel del mismo, dentro de una organización es el de servir de orientación sobre el camino a seguir para conseguir un objetivo general: prestar un servicio a la comunidad de la forma mejor posible, con unos recursos escasos. No hablamos, por tanto, de presupuestos en el que los ingresos se conocen de antemano y sólo es necesario ajustar los costes a ellos.

La AHA señala, a sus afiliados, las características fundamentales que debe reunir todo presupuesto, se resumen en las siguientes:

- Debe reflejarse por escrito y en términos cuantitativos las políticas y planes del hospital.
- La financiación planteada debe estar acorde con las políticas y planes planteados.
- Debe servir como herramienta para el control de costes.

- Ha de estar confeccionado para toda la organización.

Todos los autores que hemos analizado coinciden en la idea de que tras la aparición del *Managed Care* y el *PPS*, los hospitales están abandonando la confección de presupuestos de tipo incremental por los de base cero.

En la encuesta, se ha querido conocer de los CEOs, si realmente se presupuesta, su horizonte temporal y si los hospitales confeccionan sus presupuestos sobre la base de considerar las necesidades reales o sólo los costes.

El 100 por 100 de los hospitales encuestados cuentan con un presupuesto, con lo cual el 4 por 100 que afirmaba no realizar una planificación estratégica, sí consideran necesario contar con un presupuesto. El período temporal preferido, por el 75 por 100, es el anual y por lo tanto cada año se comienza con uno nuevo, mientras que el 25 por 100 restante, prefiere el horizonte de los dos-tres años. En este caso, las variaciones que se produzcan como consecuencia de desviaciones presupuestarias o por nuevas inversiones, son incorporadas anualmente, pero siempre respetando dicho horizonte temporal.

Por las respuestas obtenidas, se puede afirmar que es cierta la opinión generalizada de los autores analizados pues el 89 por 100 no se olvidan de los costes pero la idea que prevalece en la confección de un presupuesto es el análisis de las actividades para conocer sus necesidades reales, por lo tanto el presupuesto base cero prevalece frente al de costes, sólo utilizado por el 11 por 100 restante.

8. Conclusiones

Para Cleverley (1989), una satisfactoria aplicación del presupuesto base cero requiere una serie de premisas: buena estructura organizativa, eficaz sistema contable, personal preparado y motivado, implicación y apoyo por parte de los gestores y tiempo de preparación.

Tras analizar el organigrama de varios hospitales, creemos que la primera de las premisas se cumple ya que están muy bien definidos los centros así como el responsable de cada una de las actividades que se realizan.

La asignación de costes, salvo un 13 por 100 de los encuestados que han incorporado el sistema ABC, sigue realizándose de forma tradicional. En este tipo de empresas con elevados costes indirectos, la asignación de dichos costes mediante la utilización de unidades de obra distorsiona el resultado final. Por lo tanto, le segunda de las premisas debe ser mejorada.

Los responsables de cada unidad o servicio conocen cada una de las actividades que se desarrollan y los CEOs mantienen un contacto permanente (mediante entrevistas) con ellos. Por ello, a la hora de confeccionar un presupuesto, están informados no sólo de las actividades y su coste sino de las posibles alternativas para mejorarlas.

La implicación y apoyo por parte de los gestores para que el presupuesto salga adelante se cumple perfectamente ya que nuestros encuestados han señalado que son ellos los más interesados.

Por las respuestas obtenidas, la confección del presupuesto tarda de cuatro a seis meses, dependiendo del tamaño del hospital, número de actividades desarrolladas y preparación del personal. Creemos que el periodo de maduración es suficiente para poder elaborar uno con garantías de éxito.

La conclusión final, es que la mayoría de los hospitales de USA están preparados para hacer frente al reto que supone competir en un mercado, donde las compañías de seguros y las aseguradoras *Medicare* y *Medicaid* poseen poderes fácticos.

Bibliografía

1. AMERICAN HOSPITAL ASSOCIATION (1998): *The american hospital directory*. Ed. Hospital Publishing, Inc. Chicago. Illinois. USA.
2. ASHBY, J.L. (1994): «The accuracy of cost measures derived from Medicare cost report data». En Finkler,

- S.A.: *Issues in cost accounting for health care organizations*. páginas 100-106.
3. BARRY, P.S. (1994): «The financial evolution of hospitals and the Zero-Based Budget approach». En Finkler, S.A.: *Issues in cost accounting for health care organizations*. páginas 151-158.
4. BARTON, Ph. L. (1999): *Understanding the U.S. health services system*. Ed. Health Administration Press. Chicago. Illinois. USA.
5. CHAN, Y.L. (1994): «Improving hospital cost accounting with activity-based costing». En Finkler, S.A.: *Issues in cost accounting for health care organizations*. páginas 261-268.
6. CLEVERLEY, W.O. (1989): *Handbook of health care accounting and finance (Volumen I)*. Ed. Aspen Publishers, Inc. Rockville, Maryland, USA.
7. CLEVERLEY, W.O. (1989): *Handbook of health care accounting and finance (Volumen II)*. Ed. Aspen Publishers, Inc. Rockville, Maryland, USA.
8. ERRASTI, F. (1997): *Principios de gestión sanitaria*. Ed. Ediciones Díaz de Santos S.A. Madrid.
9. FINKLER, S.A. y WARD D.M. (1999): *Cost accounting for health care organizations (Second Edition)*. Ed. Aspen Publishers, Inc. Gaithersburg, Maryland, USA.
10. HEALTHCARE FINANCIAL MANAGEMENT ASSOCIATION (2000): *Reporting for the federal fiscal year 1999*. Ed. Probus Publishing Company. Chicago. Illinois. USA.
11. PASCUAL ACOSTA, A. y LLANES DÍAZ-SALAZAR, G. (1998): *Estadísticas públicas y métodos de encuestación*. Ed. Instituto de Estadística de Andalucía. Sevilla.
12. SCHRAMM, C.J. (1989): «Commercial health insurance». En Cleverley, W.O.: *Handbook of health care accounting and finance (Volumen II)*. Capítulo 32. páginas 581-593.
13. SMALLEY, H.E. y FREEMAN, J.R. (1974): *Dirección de clínicas y hospitales*. Ed. Ibérico Europea de Ediciones, S.A. Madrid.
14. SNYDER, R.A. (1989): «Blue Cross and Blue Shield Plans' Benefit and Payment Programs». En Cleverley, W.O.: *Handbook of health care accounting and finance (Volumen II)*. Capítulo 30. páginas 501-541.
15. SUVER, J.D. (1989): «Zero-Based Budgeting». En Cleverley, W.O.: *Handbook of health care accounting and finance (Volumen II)*. Capítulo 19. páginas 311-331.



COLABORACIONES

AVISO PUBLICO

SUB. GRAL. COMERCIO EXTERIOR DE PRODUCTOS AGROALIMENTARIOS

SOLICITUD DE DEVOLUCION DE FIANZAS

PLAZOS PARA PRESENTACION DE PRUEBAS

Aplicación a los Certificados concedidos desde el día 1 de octubre de 2000,
salvo que exista reglamento específico que lo modifique

Plátanos	TREINTA DIAS siguientes a la expiración del período de validez del Certificado.	Rgto. CE n.º 896/01
Productos Agrícolas Transformados (PAT)	NUEVE MESES siguientes a la expiración del período de validez del Certificado.	Rgto. CE n.º 1520/00
Productos agrícolas: Materias grasas, plantas vivas, productos floricultura, leche y productos lácteos, carne vacuno, semillas, frutas y hortalizas, carne porcino, huevos, carne de ave, arroz, azúcar, sector vitivinícola, cereales, etc.	DOS MESES siguientes a la expiración del período de validez del Certificado.	Rgto. CE n.º 1291/00

— En todos los productos el *PLAZO MAXIMO* para solicitar la resolución de los expedientes es de *VEINTICUATRO MESES* desde el día siguiente a la expiración del Certificado. Transcurrido este plazo no se efectuará la devolución del importe de la Fianza, aun en el caso de que se presente la correspondiente prueba de realización de las operaciones.

MINISTERIO DE ECONOMIA

Secretaría General de Comercio Exterior

SUB. GRAL. COMEX. PRODUCTOS AGROALIMENTARIOS. SERVICIO DE FIANZAS

Solicitudes de devolución de fianzas constituidas (Importación y Exportación)

La Orden de 26 de febrero de 1986 («BOE, 7 de marzo»), modificada por la Orden de 27 de julio de 1995, establece que la devolución de las fianzas se realizará por la Secretaría General de Comercio Exterior a solicitud del interesado.

Las solicitudes de devolución de las fianzas constituidas ante los Servicios Centrales, deberán dirigirse a la Secretaría General de Comercio Exterior (Servicio de Fianzas, Paseo de la Castellana, 162, planta cuarta, 28071 Madrid).

Las solicitudes de devolución de las fianzas, constituidas ante las Direcciones Regionales y Territoriales de Comercio y CATICES, deberán presentarse en la misma Dirección o CATICE que concedió los correspondientes certificados.

El no solicitar, los interesados, la resolución de los expedientes de devolución de las fianzas con la aportación de las pruebas, en los plazos establecidos en la legislación nacional y comunitaria en vigor, para los diversos productos agrícolas, dará lugar al oportuno Acuerdo Declarativo de Incumplimiento.

Con el fin de agilizar la resolución de los expedientes de devolución de las fianzas constituidas a disposición de la Secretaría General de Comercio Exterior, es recomendable se adjunte a las solicitudes la fotocopia del correspondiente «Resguardo de depósito o Garantía en Efectivo», o «Resguardo de Garantía Otorgada mediante Aval o Seguro de Caución».

SERVICIO DE FIANZAS

Acuerdo declarativo de incumplimiento (Fianza constituida en las operaciones de Importación y Exportación)

Ingreso de las liquidaciones

Las cantidades a ingresar en el Tesoro Público-Recursos Eventuales, como consecuencia de los expedientes de Acuerdo Declarativo de Incumplimiento de *Resguardos de Garantías Otorgadas por Terceros*, pueden hacerse efectivas por la EMPRESA TITULAR DE LOS CERTIFICADOS.

— En MADRID:
MINISTERIO DE ECONOMIA
DIREC. GRAL. DEL TESORO Y POLITICA FINANCIERA
Paseo del Prado, 4
28071 MADRID

— En PROVINCIAS:
INTERVENCION DE HACIENDA de la localidad en que resida la Entidad Delegada que constituyó la *Garantía Otorgada por Terceros (Aval o Certificado de Seguro de Caución)*.

Realizado el ingreso y expedida la CARTA DE PAGO, esta CARTA DE PAGO *original* deberá remitirse a:

MINISTERIO DE ECONOMIA
SERVICIO DE FIANZAS
P.º Castellana, 162, Pl. 4.ª
28071 MADRID

MINISTERIO DE ECONOMIA

Secretaría General de Comercio Exterior

SUB. GRAL. COMERCIO EXTERIOR DE PRODUCTOS AGROALIMENTARIOS SERVICIO DE FIANZAS

Paseo de la Castellana, 162, cuarta planta, 28071 Madrid
Teléfonos: (91) 349 38 67 y 349 39 13