

Características de los hospitales de EEUU

Analogías y diferencias con los hospitales españoles

.....
PEDRO MONGE LOZANO*
.....

El trabajo pretende dar una visión de la situación hospitalaria de EEUU. Reflejamos su evolución histórica y analizamos una serie de variables tales como la clase de hospitales, la finalidad asistencial de los mismos, la capacidad que poseen, la cobertura asistencial y el presupuesto. Con el análisis de dichas variables creemos que el lector se puede hacer una idea aproximada de la realidad hospitalaria en EEUU. Además nos ha parecido enriquecedor realizar una comparación con los hospitales españoles para así tener un conocimiento de sus posibles analogías y diferencias.

Todo nuestro trabajo se basa en unas conclusiones extraídas de un proyecto de investigación, de varios años, dirigido a los hospitales tanto españoles como norteamericanos. Dado lo extenso de nuestro proyecto, nos vemos obligados a resumir y reflejar sólo una pequeña parte del mismo.

Palabras clave: hospitales, gestión hospitalaria, análisis comparativo.

Clasificación JEL: I11.



COLABORACIONES

1. Introducción

Antes de comenzar con las características, creemos conveniente incluir en esta introducción un somero análisis de la historia y evolución de los hospitales norteamericanos para que el lector se haga una composición de lugar.

A diferencia de España que los hospitales se remontan a la Edad Media, en los EEUU surgen en el siglo XVIII, concretamente en el año 1700. Originariamente se trataba de casas de beneficencia donde se prestaba asilo a los indigentes y enfermos. La medicina, en esos tiempos, se practicaba de forma rudimentaria y tenía un carácter

secundario ya que lo fundamental era el suministro de comida y abrigo.

El primer hospital sólo para enfermos y accidentados, donde la práctica de la medicina era la razón de ser, fue el *Pennsylvania Hospital*, fundado en 1751 en Filadelfia, por iniciativa del Dr. Thomas Bond y de Benjamín Franklin. Hasta nuestros días, según Barton (1998), tres son las fases que se producen en la evolución de los hospitales norteamericanos. La primera abarca un período de 50 años (1751-1800) en la que nacen los hospitales benéficos, apoyados por donaciones, y públicos, apoyados por impuestos. En la segunda (1800-1890) comienza a surgir una serie de hospitales monográficos para tratar a una determinada parte de la población, como los niños, o una específica enfermedad como la tuberculosis, que estaba en sus

* Universidad de Huelva.

comienzos. La tercera (1890-1920) se produce el nacimiento de los hospitales privados no benéficos, siendo esta la fase de mayor incremento en cuanto a número. De esta forma, al final de la primera fase existían unos 50 hospitales, en la segunda se pasa a los 172, que se contabilizaron en el año 1890 y se llega, en 1920, a los 4.000 además de 521 hospitales de enfermedades mentales.

En la actualidad, según los datos suministrados por la American Hospital Association (AHA) y por la *Joint Commission of the Accreditation of Organizations* (JCAHO), órgano dependiente de la AHA que tiene como misión la acreditación de los hospitales, el número de hospitales alcanza la cifra de 7.030 (en total 995.000 camas) de los que 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. Los hospitales federales están al servicio de los militares o en manos del *Department of Veterans Affairs* (VA) mientras que el resto de los públicos, están localizados en zonas donde existe un gran número de indigentes y necesitados. Respecto a los privados, mayoritariamente son entidades sin ánimo de lucro pertenecientes a confesiones religiosas tales como luteranos, adventistas, metodistas, mormones, baptistas, católicos, etcétera, o revisten, casi mayoritariamente, la personalidad jurídica de fundaciones. Estos hospitales sin ánimo de lucro, tienen una gran tradición histórica de servicio a la comunidad por lo que, como contrapartida, están exentos del pago de impuestos, reciben numerosas donaciones de particulares y al pedir préstamos, pagan unos tipos de interés muy bajos. Frente a ellos, existen los hospitales no benéficos que al no contar con ninguna ayuda deben buscar la eficiencia a la hora de prestar sus servicios. En EEUU, existen dos grandes corporaciones privadas que extienden su cobertura por varios Estados: *Columbia/HCA* y *Tenet Healthcare* que entre las dos reúnen un total de 400 hospitales.

nistran diagnóstico y tratamiento así como los cuidados necesarios para el restablecimiento y la rehabilitación de los enfermos; ofrecen servicios de carácter ambulatorio y existen unidades dedicadas a urgencias. Cada Estado es el encargado de conceder las oportunas licencias y para ello los hospitales deben reunir unos mínimos de seguridad y calidad además, de forma periódica, están sometidos a inspecciones. Existen también acreditaciones por parte del la JCAHO, para los hospitales que voluntariamente las requieran. Los que las poseen, se supone que reúnen unos altos estándares de calidad, sin los cuales no es posible participar en programas tales como *Medicare* y *Medicaid*. Los ingresos procedentes de ambas aseguradoras pueden representar para un hospital el 41 por 100 del total. Esto último sirve de aliciente para que la mayoría de los hospitales soliciten, de dicho órgano, sus correspondientes acreditaciones.

En la introducción se ha señalado, en porcentaje, los hospitales tanto «públicos» como privados existentes en EEUU. Ahora, en el Gráfico 1, reflejamos con más concreción su distribución.

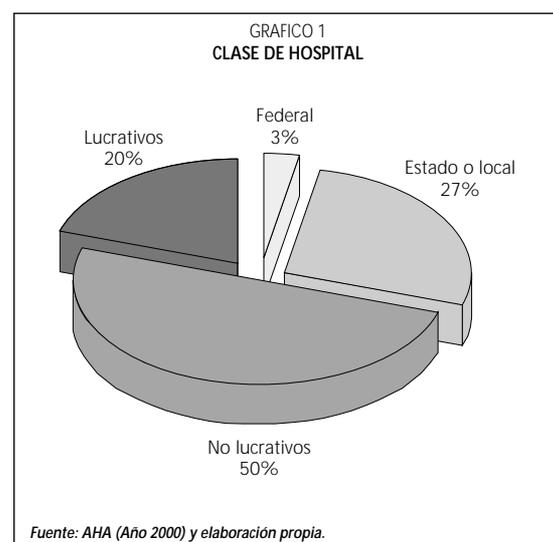
La población hospitalaria está constituida por hospitales gubernamentales, privados sin ánimo de lucro y con ánimo de lucro. Los primeros que alcanzan la cifra de 2.109 están formados por una serie de hospitales pertenecientes al Gobierno Federal (240) y el resto (1.869)



COLABORACIONES

2. Clase de hospital

La misión de los hospitales en EEUU no difiere de la que cumplen los españoles: sumi-



propiedad de cada Estado o de Gobiernos locales. En general, los hospitales federales están administrados por los militares (en un porcentaje del 25 por 100) y por el departamento de veteranos del ejército (el resto) y prestan, por lo tanto, sus servicios, sólo a este sector de la población y a sus familiares. El resto de los gubernamentales son hospitales públicos que prestan determinados servicios como asistencia psiquiátrica, drogas, etcétera, y están localizados en áreas donde existe una gran cantidad de indigentes y necesitados. Dentro de este grupo, casi el 2 por 100, prestan su asistencia, sólo y exclusivamente, a la población reclusa tanto de cárceles como de reformatorios o correccionales.

Los privados sin ánimo de lucro, 3.515 hospitales, históricamente, han prestado atención de forma gratuita a indigentes ya que nacieron para cuidar a los enfermos de forma altruista. En la actualidad, siguen teniendo la misma finalidad pero también prestan sus servicios a todas las personas que los requieran y cobran por ello. No obstante, siguen teniendo una gran tradición de servicio a la comunidad.

Los 1.406 hospitales restantes no tienen el carácter caritativo de los anteriores y por lo tanto surgieron para obtener una rentabilidad. Son empresas en las que, de forma mayoritaria, los médicos son sus propietarios. A diferencia de los anteriores, carecen de cualquier ventaja o beneficio tanto fiscal como crediticio.

3. Finalidad asistencial

Dependiendo de la función que los hospitales realizan, se puede englobar a la población hospitalaria en dos grandes categorías: los hospitales generales que abarcan una serie de especialidades tanto médicas como quirúrgicas y, los especiales. Estos últimos pueden ser de dos clases: los monográficos, dedicados a una especialidad concreta y los de especialidades que agrupan varias especialidades. A diferencia de los hospitales generales, los especiales sólo aceptan a determinados enfermos en función de la edad, sexo o condición. Según los datos obtenidos de

| CUADRO 1 HOSPITALES MONOGRAFICOS POR ESPECIALIDADES | | |
|--|--------|------------|
| Especialidad | Número | Porcentaje |
| Infantil..... | 120 | 20,41 |
| Geriátricos..... | 19 | 3,23 |
| Psiquiátricos..... | 153 | 26,02 |
| Drogas y Alcohol..... | 13 | 2,21 |
| Rehabilitación..... | 204 | 34,69 |
| Otorrinología y oftalmología..... | 12 | 2,04 |
| Corazón..... | 13 | 2,21 |
| Pulmón..... | 4 | 0,68 |
| Quirúrgicos..... | 9 | 1,53 |
| Mujeres y familia..... | 23 | 3,92 |
| Oncológicos..... | 7 | 1,19 |
| Medicina deportiva..... | 1 | 0,17 |
| Huesos..... | 10 | 1,70 |
| Total..... | 588 | 100 |

Fuente: AHA (Año 2000) y elaboración propia.

AHA, los hospitales generales alcanzan la cifra de 6.330 hospitales y los especiales sólo son 700.

Los monográficos representan la mayoría de los hospitales especiales alcanzando un porcentaje del 84 por 100 y, en número, un total de 588. En el Cuadro 1 se realiza un desglose por especialidades, que da una idea de su distribución.

Los hospitales infantiles, psiquiátricos y de rehabilitación están a la cabeza ya que representan entre los tres, el 81,12 por 100 del total. En los últimos años se ha venido observando un crecimiento continuo de los dos últimos debido, fundamentalmente, a las secuelas que dejan las drogas entre los consumidores habituales de dichas sustancias. La tendencia para el futuro será la misma, si no se le pone remedio a dicho mal y se espera, por ese motivo, un aumento de los hospitales especializados en la rehabilitación de enfermos drogadictos y alcohólicos.

4. Camas

Para el análisis de esta variable y de las siguientes nos basamos en los datos suministrados por la AHA pero sobre una muestra de 115 hospitales, por ello los resultados obtenidos van a tener un margen de error de +/- el 8 por 100.

Una primera conclusión que hemos extraído es que los hospitales generales poseen más capacidad que los especiales. Estos últimos tienen



COLABORACIONES

| Intervalo | Número | Porcentaje | Acumulado |
|------------------|--------|------------|-----------|
| 0-200..... | 69 | 60 | 60 |
| 200-400..... | 28 | 24,3 | 84,3 |
| 400-600..... | 8 | 7 | 91,3 |
| 600-800..... | 4 | 3,5 | 94,8 |
| 800-1.000..... | 3 | 2,6 | 97,4 |
| 1.000-1.200..... | 3 | 2,6 | 100 |

Fuente: AHA (Año 2000) y elaboración propia.

| Intervalo | Número | Porcentaje | Acumulado |
|----------------------|--------|------------|-----------|
| 0-50.000..... | 79 | 68,7 | 68,7 |
| 50.000-00.000..... | 21 | 18,3 | 87 |
| 100.000-150.000..... | 6 | 5,2 | 92,2 |
| 150.000-200.000..... | 3 | 2,6 | 94,8 |
| 200.000-250.000..... | 3 | 2,6 | 97,4 |
| 250.000-300.000..... | 1 | 0,9 | 98,3 |
| 300.000-350.000..... | 1 | 0,9 | 99,1 |
| 350.000-400.000..... | 1 | 0,9 | 100 |

Fuente: AHA (Año 2000) y elaboración propia.

una capacidad media de 192 camas y los primeros de 250 camas. En lo referente a capacidad, sucede lo mismo en España ya que los hospitales generales son más grandes que los de especialidades.

La segunda conclusión es que la media de camas por hospital es de 229 y la amplitud del intervalo oscila entre un mínimo de 13 camas que posee el *Lilliam M. Hudspetch Memorial Hospital* del Estado de Texas y un máximo de 1.188 del *Mount Sinai Medical Center* de Nueva York. Como los valores de la variable son muy dispersos se han agrupado, en el Cuadro 2, por intervalos y los datos obtenidos son los siguientes:

— En general los hospitales en EEUU no tienen una gran capacidad ya que, como se observa en el Cuadro 2, el 60 por 100 poseen menos de 200 camas y cerca del 85 por 100, menos de 400. Además, a un mayor crecimiento del intervalo, menor número de hospitales, con lo cual, los macrohospitales son muy escasos.

Tras lo expuesto, pensamos que en EEUU prevalece la dispersión hospitalaria frente a la concentración. En España, por contra, se prefiere la concentración a la dispersión ya que los hospitales son de mayor tamaño. Para reforzar nuestra afirmación anterior sólo debemos tener en cuenta que frente a los 7.030 hospitales de EEUU, en España existen 798 y el número medio de camas es muy semejante, 229 de EEUU y 207 de España.

5. Cobertura

Tanto los planes estratégicos como los presupuestos se elaboran en los hospitales sobre la base de los «clientes» atendidos y no sobre el número

de «clientes» potenciales. Por ello, el desarrollo de este epígrafe se basará en los enfermos que diariamente acuden para ser atendidos.

La media diaria de visitas a los hospitales de la muestra gira en torno a 51.278, con unos valores mínimos y máximos de 276 del *Guadalupe Hospital* de Nuevo México y 356.091 del *Mount Sinai Medical Center* de Nueva York. Para hacernos una idea mucho más exacta de cuál es, mayoritariamente, el número de pacientes atendidos diariamente debe observarse el Cuadro 3.

En el cuadro se puede ver que el número de pacientes atendidos, en un porcentaje de casi el 69 por 100 de los casos, se ubican en el primero de los intervalos y a medida que el intervalo crece, el número de visitas desciende ostensiblemente. Por este motivo, nos hemos centrado sólo en el primer intervalo y llegamos a la conclusión de que el número real de pacientes atendidos en los hospitales ronda la cifra de 20.000 diarios.

Según Barton (1998), el 35 por 100 de la población norteamericana, 105 millones, padece una enfermedad crónica y de ahí se desprende el elevado número de visitas a centros hospitalarios. Los costes de estos enfermos se pueden estimar en unos 503 billones de dólares anuales y según una estimación realizada por *The Robert Wood Johnson Foundation*, para el año 2005, el número de enfermos puede alcanzar la cifra de los 112 millones con un coste de 539 billones de dólares. Ante esta realidad y siguiendo también a Barton, los hospitales han optado por la sustitución del internamiento, por las consultas externas y los cuidados hospitalarios, por los domiciliarios.

Ante la afirmación anterior y para comprobar que es cierta, hemos relacionado el número de



COLABORACIONES

| CUADRO 4 RELACION: PACIENTES/CAMAS (%) | | | | | | |
|---|-------|---------|---------|---------|----------|-----------|
| Pacientes | Camas | | | | | |
| | 0-200 | 200-400 | 400-600 | 600-800 | 800-1000 | 1000-1200 |
| 0-50.000..... | 86,1 | 12,7 | 1,2 | — | — | — |
| 50.000-100.000..... | 4,8 | 76,2 | 19 | — | — | — |
| 100.000-150.000..... | — | 33,3 | 50 | 16,7 | — | — |
| 150.000-200.000..... | — | — | — | 49,5 | 33,3 | 17,2 |
| 200.000-250.000..... | — | — | — | 66,7 | 33,3 | — |
| 250.000-300.000..... | — | — | — | — | 100 | — |
| 300.000-350.000..... | — | — | — | — | — | 100 |
| 350.000-400.000..... | — | — | — | — | — | 100 |

Fuente: Elaboración propia.

| CUADRO 5 PRESUPUESTO (Millones de dólares) | | | |
|--|--------|------------|-----------|
| Intervalo | Número | Porcentaje | Acumulado |
| 0-200..... | 87 | 75,65 | 75,65 |
| 200-400..... | 18 | 15,65 | 91,30 |
| 400-600..... | 5 | 4,35 | 95,65 |
| 600-800..... | 3 | 2,61 | 98,26 |
| 800-1.000..... | — | 0,00 | 98,26 |
| 1.000-1.200..... | — | 0,00 | 98,26 |
| 1.200-1.400..... | 2 | 1,74 | 100 |

Fuente: HCFA (Año 2000) y elaboración propia.

pacientes atendidos con el número de camas, obteniendo los datos del Cuadro 4.

En dicho cuadro se observa en primer lugar, que la saturación hospitalaria no debe existir pues, a medida que crece el intervalo de pacientes atendidos, crece el del número de camas y, en segundo lugar, damos la razón a Barton ya que dado el número elevado de enfermos atendidos, hospitales con 200 o incluso más de mil camas, no tendrían cabida para dar alojamiento a todos los enfermos que requieran hospitalización.

6. Presupuesto

En este epígrafe vamos a analizar tres cuestiones: la primera, se centrará en el presupuesto

que anualmente manejan los hospitales de EEUU así como del destino de dichos fondos. En segundo lugar, expondremos las cargas medias estimadas, por hospital, para el pago de los cuidados a enfermos cubiertos con *Medicare* y en tercer lugar, los Servicios, que dentro de un hospital, consumen más recursos. Para ello nos basaremos en los datos obtenidos, para la muestra de 115 hospitales, de la *Health Care Financing Administration* (en adelante, HCFA) órgano dependiente del *Department of Health and Human Services*, que administra los programas *Medicare* y *Medicaid*.

La variable «presupuesto» tiene un rango de 1.315 millones de dólares, con un mínimo de 2 del *Guadalupe Hospital* de Nueva México y, un máximo de 1.317 millones del *Mount Sinai Medical Center* de Nueva York. La media es de 154 millones de dólares, aunque el 50 por 100 de los hospitales de la muestra poseen presupuestos inferiores a 73,5 millones.

En el Cuadro 5, para evitar la gran dispersión de la variable, se han representado los valores separados por intervalos. El resultado es significativo ya que casi todos los valores están concentrados en el primero de los intervalos y disminuye ostensiblemente a medida que crece el intervalo.

| CUADRO 6 RELACION: PRESUPUESTO/CAMAS (%) | | | | | | |
|---|-------|---------|---------|---------|----------|-----------|
| Presupuesto | Camas | | | | | |
| | 0-200 | 200-400 | 400-600 | 600-800 | 800-1000 | 1000-1200 |
| 0-200..... | 79,1 | 18,6 | 2,3 | — | — | — |
| 200-400..... | 5,6 | 55,6 | 16,7 | 5,6 | 11,1 | 5,6 |
| 400-600..... | — | 20,0 | 40,0 | 20,0 | 20,0 | — |
| 600-800..... | — | — | — | 33,3 | 66,7 | — |
| 800-1.000..... | — | — | — | — | — | — |
| 1.000-1.200..... | — | — | — | — | — | — |
| 1.200-1.400..... | — | — | — | — | — | 100 |

Fuente: Elaboración propia.



COLABORACIONES

Con lo cual, el rango de 1.315 millones de dólares no es significativo.

Los hospitales de EEUU poseen unos presupuestos acordes con la capacidad, tal y como se refleja en el Cuadro 6.

En dicho cuadro se puede apreciar que mayoritariamente los hospitales con menos de 200 camas, tienen presupuestos inferiores a 200 millones. Los presupuestos comprendidos entre 200 y 600 millones suelen estar repartidos entre los diversos intervalos de la variable «camas» aunque se puede apreciar que de forma mayoritaria se concentran en un sólo intervalo. El resto de los intervalos presupuestarios, 600-800 y 1.200-1400 millones de dólares se concentran, respectivamente en hospitales de 800-1000 camas y 1000-1200.

Para conocer el destino de dicho presupuesto, hemos contado con la información suministrada por los propios hospitales de la muestra. Les hemos preguntado también si se trata de costes directos o indirectos.

Por las respuestas de nuestros encuestados, los costes indirectos que representan un consumo superior son: administración, mantenimiento, alimentación y procesamiento de la información, por este orden. Respecto a los costes directos están los quirófanos, la farmacia, laboratorios, así como enfermería y cuidados.

No queremos terminar este epígrafe sin señalar los costes que ha estimado la aseguradora *Medicare*, para cada uno de los hospitales, que luego van a servir de base para el pago de los servicios que reciben sus asegurados en los mismos. *Medicare* realiza una estimación para cada hospital y por cada una de las unidades o Servicios pero en nuestro estudio, sólo se va a señalar la media del hospital en su conjunto y las unidades o Servicios que consumen mayor cantidad de recursos.

Para *Medicare* la carga media, por pacientes y día para la totalidad de los hospitales que componen la muestra, es de 12.071 dólares, presentando dicha variable un valor mínimo de 2.831 y un máximo de 41.158. El desglose, por intervalos, lo reflejamos en el Cuadro 7.

De los datos del cuadro se desprende que las cargas medias de los hospitales suelen osci-

| Intervalo | Número | Porcentaje | Acumulado |
|---------------------|--------|------------|-----------|
| 0-5.000..... | 13 | 11,6 | 11,6 |
| 5.000-10.000..... | 36 | 32,2 | 43,8 |
| 10.000-15.000..... | 37 | 33,0 | 76,8 |
| 15.000-20.000..... | 14 | 12,5 | 89,3 |
| 20.000-25.000..... | 5 | 4,5 | 93,7 |
| 25.000-30.000..... | 2 | 1,8 | 95,5 |
| 30.000-35.000..... | 3 | 2,7 | 98,2 |
| 35.000-40.000..... | 1 | 0,9 | 99,1 |
| 40.000- 45.000..... | 1 | 0,9 | 100 |

Fuente: MEDICARE (Año 2000) y elaboración propia.

lar entre 5.000 y 15.000 dólares ya que el 65,2 por 100 de los hospitales de la muestra están concentrados en dicho intervalo. Los hospitales no reciben dichos importes ya que lo reflejado en el cuadro es la media estimada para cada hospital. La realidad es distinta ya que cada unidad o Servicio tiene asignadas unas cargas que están en función de factores tales como el tamaño, ubicación, clase de hospital, etcétera. No obstante, hemos creído conveniente incluir este apartado pues da una visión aproximada del coste por enfermo en los hospitales de EEUU.

A continuación vamos a reflejar, también desde el punto de vista de *Medicare*, cuáles son las unidades o Servicios que consumen más recursos dentro de una hospital (Cuadro 8).

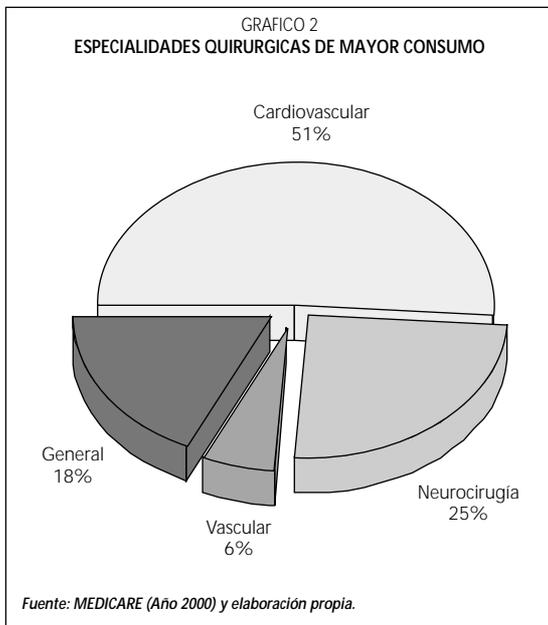
Haciendo la salvedad de que *Medicare* sólo ha suministrado datos referidos a las distintas especialidades y no a unidades o Servicios tales como UCI, urgencias, laboratorios, etcétera, cirugía es la especialidad que consume más recursos pues, se repite en el 47 por 100 de los hospitales de la muestra. El segundo y tercer lugar lo ocupan, respectivamente, vías respiratorias y traumatología.

| Especialidades | Porcentaje | Acumulado |
|-------------------------|------------|-----------|
| Cirugía..... | 47 | 47 |
| Vías respiratorias..... | 19 | 66 |
| Traumatología..... | 16 | 82 |
| Oncología..... | 6 | 88 |
| Cardiología..... | 4 | 92 |
| Nefrología..... | 3 | 95 |
| Neurología..... | 2 | 97 |
| Medicina interna..... | 2 | 99 |
| Psiquiatría..... | 0,9 | 99,9 |
| Ginecología..... | 0,1 | 100 |

Fuente: MEDICARE (Año 2000) y elaboración propia.



COLABORACIONES



Las tres especialidades señaladas representan el 82 por 100 de la muestra y están muy por encima, en consumo, del resto.

Dentro del término cirugía se incluye la general, cardiovascular, vascular y neurocirugía. Cada una de estas especialidades quirúrgicas tiene asociados unos costes que, individualmente, siguen estando por encima del resto de las especialidades. Se sitúa en primer lugar la cirugía cardiovascular, seguida de la neurocirugía, ocupando en tercer y cuarto lugar, respectivamente, la general y la vascular.

El Gráfico 2 ilustra cual es, en porcentaje, el consumo de recursos de cada una de las especialidades quirúrgicas.

7. Conclusiones

En cada una de las variables analizadas en este artículo, se ha hecho sólo una leve referencia a los hospitales españoles para poder, en este epígrafe, analizar con más profundidad las analogías y diferencias de dichos hospitales con los de EEUU.

Los orígenes y la misión que cumplen los hospitales son los mismos en España y en EEUU. En ambos casos, nacieron para dar cobijo a enfermos y necesitados siendo considerada la práctica de la medicina, una tarea secundaria. Con el paso del tiempo, el hospital

se consolida como un lugar donde la práctica de la medicina es su razón de ser y tiene como objetivo la unidad asistencial, en otras palabras, se plantea la asistencia desde los siguientes tres niveles: preventivo, asistencial y de rehabilitación.

En lo referente a la variable «clase de hospital», frente a los 7.030 hospitales con los que cuentan en EEUU están los 798 de España. Lógicamente, los «clientes» potenciales son casi ocho veces superiores en EEUU. En este país, uno de los pocos industrializados, donde no existe una cobertura pública de las prestaciones sanitarias, cuenta con un 70 por 100 de hospitales privados. En España, donde sí existe una cobertura universal, hay casi un 58 por 100 de hospitales privados que, mayoritariamente, están concertados con los diversos Servicios de Salud para poder ofrecer sus servicios con cargo al erario público.

Respecto a la finalidad asistencial, en EEUU son mayoría los hospitales generales, a los de especialidades. En España sucede lo mismo, los generales son muy superiores en número a los de especialidades, que en este caso son todos monográficos. Si en EEUU, los hospitales infantiles, psiquiátricos y de rehabilitación son los más abundantes, en España, son los materno infantil y los de traumatología los que representan el 58 por 100 de los hospitales monográficos.

En EEUU existe un total de 995.000 camas instaladas en los hospitales, según datos de la OCDE esto supone 8,5 camas por cada 1.000 habitantes. En España el total de camas alcanza la cifra de 161.217, según la misma fuente, supone 4 camas por cada 1.000 habitantes.

Concluimos el epígrafe 4 diciendo que en EEUU prevalece la dispersión hospitalaria y en España, por contra, existe concentración. Para ello nos basamos en cifras y tenemos que el 84 por 100 de los hospitales norteamericanos posee menos de 400 camas descendiendo considerablemente el número de los que están por encima de dicha cifra, además, los macrohospitales sólo representan el 2 por 100 del total. En España, aunque también prevalecen los hospitales con menos de 400 camas existe un porcentaje mucho



COLABORACIONES

más elevado de hospitales con un número de camas superior y los macrohospitales representan el 3 por 100 del total.

Respecto a la cobertura, en España el 50 por 100 de los hospitales tiene como «clientes» potenciales a una población que supera los 160.000 habitantes y la cobertura media por hospital arroja la cifra de 132.000 habitantes. Estos datos suponen que existan listas de espera y desbordamiento en urgencias ya que los grandes hospitales cuentan con más camas y más recursos para atender las posibles visitas así como los posibles internamientos pero en los pequeños no sucede lo mismo.

En EEUU comparábamos el número de visitas con el de camas y veíamos que existía una relación de tal forma, que los hospitales grandes atendían a más pacientes que los pequeños. Creemos por ello que se ha tenido en cuenta, a la hora de ubicar los hospitales, a la población circundante mientras que en España no se ha tenido en cuenta este dato. Pensemos que el 57,5 por 100 de los hospitales se han construido hace más de 26 años y que la población desde entonces ha ido creciendo. Por eso creemos también, que un hospital que en su día era capaz de hacer frente a las necesidades de sus «clientes» potenciales, hoy día se ha quedado pequeño.

Por lo que respecta al presupuesto, la media por hospital ronda los 154 millones de dólares. Por contra en España, la cifra media alcanza un total de 19 millones de euros. Esta diferencia tan grande no es significativa ya que en España sólo hemos podido obtener datos referidos a los presupuestos correspondientes a los sueldos y los gastos corrientes. El capítulo dedicado a inversiones, que en EEUU forma parte del presupuesto, en los hospitales españoles no ocurre lo mismo. Pese a ello, si se incluyeran las inversiones creemos que los presupuestos estarían mucho más parejos.

Siguiendo con los presupuestos, en EEUU existía una relación con el número de camas de tal forma que los hospitales con más capacidad contaban con presupuestos mayores, por contra, en España no existe tal relación ya que los incrementos presupuestarios no son proporcionales al número de camas. El motivo está en la plantilla,

hemos descubierto que hay hospitales que con un menor número de camas tienen una plantilla igual o superior a otros con mayor capacidad, precisamente son los hospitales que poseen presupuestos que no están acordes con su capacidad.

Respecto al destino presupuestario la coincidencia existe en ambos países al señalarlos, los hospitales, los centros no sanitarios de mayor consumo, son por este orden: cocina, limpieza-mantenimiento y administración.

En cambio, existe una pequeña diferencia respecto a los centros sanitarios asistenciales de mayor consumo. En España son: medicina interna, cirugía y traumatología mientras que en EEUU el orden es el siguiente: cirugía, vías respiratorias y traumatología.

Para terminar con las conclusiones y basándose en los datos analizados creemos que los hospitales españoles no tienen nada que envidiar a los norteamericanos. Lógicamente hay deficiencias y muchas quejas por parte de los usuarios pero esas mismas quejas y deficiencias se dan en EEUU. En este país existe además un problema añadido y es que las compañías de seguros, tienen tanto poder que controlan hasta la medicación y el número de pruebas que debe hacerse a los enfermos ya que poseen unos archivos por cada tipología de enfermedad de sus asegurados. Aquí, como todos sabemos, son los médicos los que deciden el input y el output y, los pacientes por desconocimiento, se someten a sus decisiones. Cualquier control o ingerencia del exterior, no sería aceptada por la profesión médica con lo cual, hoy día, esta medida es inviable en España.

Bibliografía

1. AMERICAN HOSPITAL ASSOCIATION (2000): *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. BARTON, Ph. L. (1999): *Understanding the U.S. health services system*, Ed. Health Administration Press. Chicago. Illinois. USA.
4. CLEVERLEY, W. O. (1989): *Handbook of health care accounting and finance (Volumen I)*, Ed. Aspen Publishers, Inc. Rockville, Maryland, USA.



COLABORACIONES

5. CLEVERLEY, W. O. (1989): *Handbook of health care accounting and finance (Volumen II)*, Ed. Aspen Publishers, Inc. Rockville, Maryland, USA.
6. ERRASTI, F. (1997): *Principios de gestión sanitaria*, Ed. Ediciones Díaz de Santos S.A. Madrid.
7. FINKLER, S. A. y WARD D. M. (1999): *Cost accounting for health care organizations (Second Edition)*. Ed. Aspen Publishers, Inc. Gaithersburg, Maryland, USA.
8. HEALTHCARE FINANCIAL MANAGEMENT ASSOCIATION (2000): *Reporting for the federal fiscal year 1999*. Ed. Probus Publishing Company. Chicago. Illinois. USA.
9. PASCUAL ACOSTA, A. y LLANES DÍAZ-SALAZAR, G. (1998): *Estadísticas públicas y métodos de encuesta*. Ed. Instituto de Estadística de Andalucía. Sevilla.
10. 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.
11. SMALLEY, H. E. y FREEMAN, J. R. (1974): *Dirección de clínicas y hospitales*, Ed. Ibérico Europea de Ediciones, S. A. Madrid.



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