



Fundamentos de la organización de hospitales y redes sanitarias en el Sistema Nacional de Salud

José María Muñoz y Ramón^{1*}

1 Profesor del Departamento de Planificación y Economía de la Salud Escuela Nacional de Sanidad, Instituto de Salud Carlos III

A pesar de su gran diversidad, se muestran algunos elementos comunes en la organización de los hospitales del Sistema Nacional de Salud

Resumen

En las últimas décadas, se han introducido grandes avances en las prestaciones sanitarias, pero la organización de los hospitales no ha cambiado al mismo ritmo. Es previsible que las demandas sociales, la evolución tecnológica y de las comunicaciones, así como los nuevos desafíos asistenciales condicionen cambios estructurales y de funcionamiento en el futuro. Se revisan los elementos comunes que condicionan el estado actual de los hospitales del Sistema Nacional de Salud y las previsiones de futuro ante una sociedad cambiante.

Palabras clave: Hospital, Sistema Nacional de Salud, organización, gestión

* Correspondencia: jm.munoz@isciii.es



Open Access: los artículos publicados en esta revista están en acceso abierto bajo licencia Creative-Commons 4.0 Atribución-No Comercial-Compartir Igual (CC BY-NC-SA)



Publicación del Instituto Mixto de Investigación Escuela Nacional de Sanidad (IMI-ENS), de la UNED y el Instituto de Salud Carlos III



Se recomienda imprimir 2 páginas por hoja

Revista de Gobierno, Administración y Políticas de Salud _____ página 1

Abstract

While major advances in healthcare services have been made in recent decades, the organisation of hospitals has not changed at the same pace. It is foreseeable that social demands, technological and communications developments, as well as new challenges in healthcare will bring about structural and operational changes in the future. The common elements that condition the current state of the hospitals of the national health system and the forecasts for the future in a changing society are reviewed.

Keywords: Hospital, national health service, organization, management

ÍNDICE

1. Marco conceptual
2. Antecedentes
3. Organización general de los hospitales
4. Dirección hospitalaria
5. Gestión asistencial
6. Órganos de participación y asesores
7. Integración asistencial
8. Evaluación de los hospitales
9. El papel del ciudadano y el paciente
10. El hospital del futuro

1.- MARCO CONCEPTUAL

A efectos didácticos, los niveles de macro, meso y microgestión ayudan a entender la organización del sistema sanitario y el papel de los hospitales dentro de este esquema.

Aunque no está diseñado para explicar el funcionamiento de los hospitales, el modelo conceptual de Mintzberg¹ ofrece un marco teórico muy útil para explicar la estructura piramidal de las organizaciones (Figura 1), en las que pueden distinguirse tres niveles de gestión:

- Nivel macro ("*top management*"): Referido a la planificación, la regulación y la estrategia general. Respecto a la sanidad, recae fundamentalmente en los gobernantes y las autoridades políticas, que deben asegurar la financiación, la cobertura y el reparto de responsabilidades y recursos.
- Nivel meso ("*middle management*"): Hace referencia al funcionamiento de las organizaciones, en que interactúan profesionales y gestores para garantizar el cumplimiento de sus objetivos. En sanidad, se refiere a la organización de los hospitales, los centros de salud y el resto de dispositivos sanitarios donde se atiende a la población.
- Nivel micro ("*working base*"): Es el ámbito operativo donde se desempeñan las actividades propias de la organización. En el medio sanitario es el área de interacción entre pacientes y profesionales.

En este esquema se añaden la "tecnoestructura" (recursos técnicos) y el staff de apoyo que, al igual que los propios niveles, tendrán un diferente

peso según el tipo de organización de que se trate. Mintzberg y Glouberman² se refieren a las organizaciones sanitarias como “burocracias profesionales”, caracterizadas por estar basadas en el conocimiento, tener una gran autonomía y autorregulación, y en las que el elemento clave es el núcleo operativo de los profesionales. Esto hace que el nivel micro de la gestión sea particularmente importante. Repullo³ explica la dimensión de estos niveles de macro, meso y microgestión en el medio sanitario.

Entendidos como organizaciones integradas en el Sistema Nacional de Salud (SNS), en este tema abordaremos el funcionamiento de los hospitales como un nivel de mesogestión. Conviene recordar que estos niveles no son rígidos, especialmente en las organizaciones sanitarias, en que la meso y la microgestión están íntimamente relacionadas.

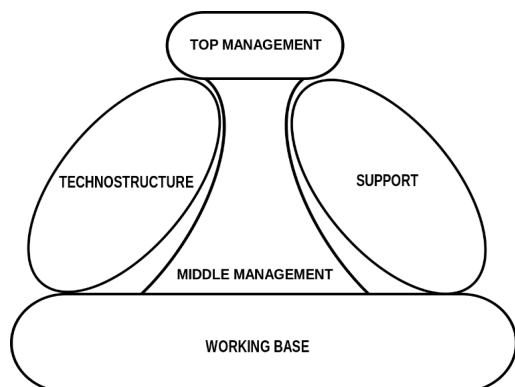


Figura 1. La estructura piramidal de las organizaciones, según Mintzberg⁴

2.- ANTECEDENTES

El SNS español ha sido definido como una “red de redes”⁴, en que cada servicio regional de salud (SRS) gestiona sus servicios sanitarios de manera autónoma, aunque con una organización similar heredera de los extintos Instituto Nacional de Previsión (INP) e Instituto Nacional de la Salud (Insalud).

Se trataría de una red de redes porque cada servicio regional de salud integra, a su vez, dispositivos de atención primaria, atención especializada, atención farmacéutica, y urgencias y transporte sanitario, así como competencias en salud pública. A ello habría que añadir otras organizaciones y establecimientos públicos y privados, con o sin ánimo de lucro, que, sin depender de los servicios regionales de salud, también forman parte del SNS.

La Ley General de Sanidad⁵ delimita las competencias sanitarias de las diferentes administraciones y establece un marco normativo para su desarrollo. Legislación posterior, tanto a nivel estatal como autonómico, ha intentado regular distintos aspectos del sistema sanitario en materia de ordenación sanitaria, marco laboral y organización asistencial. La Tabla 1 recoge algunas leyes y decretos de particular relevancia, pero que a menudo han tenido un desarrollo y aplicación limitadas.

Norma	Año
Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.	1986
Real Decreto 521/1987, de 15 de abril, Reglamento sobre Estructura, Organización y Funcionamiento de los Hospitales Gestionados por el Insalud.	1987
Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común	1992
Real Decreto-Ley 1/1999, de 8 de enero, sobre selección de personal estatutario y provisión de plazas en las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social.	1999
Ley 13/2002, de 21 de diciembre, de Medidas Fiscales y Administrativas.	2002
Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud	2003
Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias	2003
Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud.	2003
Real Decreto Legislativo 5/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el Texto Refundido del Estatuto Básico del Empleado Público.	2015
Ley 11/2017, de 22 de diciembre, de Buen Gobierno y Profesionalización de la Gestión de los Centros y Organizaciones Sanitarias del Servicio Madrileño de Salud.	2017

Tabla 1. Normativa sanitaria relevante

3.- ORGANIZACIÓN GENERAL DE LOS HOSPITALES

La relación de centros, servicios y establecimientos sanitarios, y en particular el catálogo nacional de hospitales, recogidos por el Ministerio de Sanidad⁶ da una idea de la variedad y heterogeneidad de dispositivos sanitarios existentes en el SNS.

Las categorías en que aparecen en el catálogo pueden parecer obsoletas, pero tienen el mérito de recopilar la práctica totalidad de centros sanitarios de nuestro país. En lo referente a hospitales, 831 en total, éstos se presentan en diferentes categorías según el tipo de centro, la dependencia funcional y la comunidad autónoma en que están ubicados. La Tabla 2 resume estas categorías, que facilitan la búsqueda en el catálogo.

Por clase de centro (centros)		Por dependencia funcional (centros)		Por comunidad autónoma (camas)	
Hospitales generales	535	Instituto Gestión Sanitaria INGESA	2	Andalucía	21.350
Hospitales especializados	49	Servicios e Institutos de salud CC.AA.	316	Aragón	5.290
Hospitales media y larga estancia	125	Otros centros públicos de dependencia estatal	1	Asturias	3.930
H. salud mental y trat. toxicomanías	93	Otros centros públicos dependencia autonómica	11	Baleares	3.976
Otros centros con internamiento	29	Diputación o cabildo	3	Canarias	6.828
		Municipio	7	Cantabria	1.682
		Ministerio Defensa	2	Castilla y León	9.130
		Otras entidades u organismos públicos	39	Castilla-La Mancha	5.899
		Privados	411	Cataluña	34.322
		Mutuas colaboradoras con la Seguridad Social	19	Comunidad Valenciana	13.811
		Organizaciones no gubernamentales	20	Extremadura	4.323
		Murcia Navarra País Vasco La Rioja Ceuta Melilla		Galicia	9.767
				Madrid	21.700
					4.862
					2.331
					7.975
					1.050
					252
					170
Total centros	831	Total centros	831	Total camas	158.648

Tabla 2. Hospitales españoles por categoría y dependencia funcional Fuente: Catálogo Nacional de Hospitales 2021⁶

El catálogo nacional de hospitales no puede recoger la especificidad de las formas directa e indirecta de gestión institucional en centros y servicios sanitarios, pero sí conviene mencionar que en nuestro país se han ensayado fórmulas originales entre las que merece la pena recordar:

- Gestión directa en el SNS y los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas (CC.

- AA.): Empresas públicas, consorcios y fundaciones públicas sanitarias.
- Externalización y gestión indirecta: Concesiones de obra, concesiones administrativas sanitarias ("modelo Alzira") y entidades de base asociativa (experiencia limitada a la atención primaria).

La tendencia actual es a eliminar progresivamente las fórmulas no tradicionales y a integrar los establecimientos sanitarios en los Servicios de Salud de las CC.AA. con una gestión convencional.

En la Tabla 3 se muestran las características de los distintos tipos de gestión de los hospitales generales del SNS, según el estudio de Martín et al⁷ y Pérez-Romero et al⁸.

Propiedad y forma de gestión			Descripción y principales características
1. Propiedad pública (gestión directa)	Sin personalidad jurídica	Hospital tradicional	Hospital público sin personalidad jurídica. Constituyen la mayor parte de oferta hospitalaria del Sistema Nacional de Salud. Están fuertemente integrados en los servicios de salud de cada comunidad autónoma. Su régimen de personal es estatutario en todos los casos.
	Con personalidad jurídica	Consortio	Entidades dotadas de personalidad jurídica y patrimonio propio, creadas por diversas administraciones públicas pertenecientes a diferentes ámbitos territoriales (estatal, autonómico o local); la legislación local también admite que puedan integrarse en ellos entidades privadas sin ánimo de lucro. Contratación según derecho privado (han de respetarse los principios de publicidad y libre concurrencia); personal laboral y estatutario/funcionario
		Empresa pública (ente de derecho público; agencia pública empresarial)	Organizaciones con personalidad jurídica pública, pero que actúan en la gestión de sus recursos conforme al ordenamiento jurídico privado. Contratación según derecho público; personal laboral (estatutario/funcionario si lo prevé su ley de creación). En España todas las experiencias han optado por el marco laboral
		Fundación público-sanitaria	Organizaciones dotadas de personalidad jurídica, constituidas sin ánimo de lucro por personas físicas o jurídicas, públicas o privadas, que por voluntad de sus creadores tienen afectado de modo duradero su patrimonio a la realización de fines de interés general. Contratación según derecho privado (los contratos de gran cuantía han de someterse al derecho público); personal laboral
2. Propiedad privada (gestión indirecta)	Hospital privado	Hospital privado no lucrativo	Hospital privado sin ánimo de lucro con concierto sustitutorio
		Hospital privado lucrativo	Hospital privado con ánimo de lucro con concierto sustitutorio
	Colaboración público-privada	Concesión administrativa sanitaria (modelo Alzira)	Concesiones administrativas para la construcción y gestión del edificio, y la provisión de servicios sanitarios y no sanitarios para una población definida La prima de seguro por persona adscrita incluye el pago de la inversión inicial para la construcción de hospitales y centros de salud, y la dotación y renovación de todo tipo de mobiliario y equipamiento tecnológico. Se exige transferencia de riesgos del sector público al privado
3. Propiedad público/privada	Colaboración público-privada	Empresas públicas/privado lucrativo (<i>private finance initiative</i>)	Entes de derecho públicos con concesiones de obra pública para la construcción y gestión del edificio sanitario y la provisión de servicios no sanitarios. Se exige transferencia de riesgos del sector público al privado

Tabla 3. Propiedad y formas de gestión de los hospitales generales del Sistema Nacional de Salud español. Tomado de Pérez-Romero et al⁸

En cuanto a su funcionamiento, el comúnmente conocido como “Decreto de Hospitales” (Real Decreto 521/1987, de 15 de abril, por el que se aprueba el Reglamento sobre Estructura, Organización y Funcionamiento de los Hospitales Gestionados por el Insalud)⁹ sigue ofreciendo un esquema de referencia. A pesar de su antigüedad, y a pesar de que el Insalud desapareció hace años, el marco organizativo de los hospitales sigue basándose en esta norma, a su vez inspirada en el informe Griffiths¹⁰ que propició la reforma del Sistema Nacional de Salud (NHS) británico introduciendo figuras gerenciales y directivas en los hospitales.

En su sección II, sobre estructura y órganos de dirección, este Real Decreto define las figuras del gerente, el director médico, el director de enfermería y el director de gestión y servicios generales, asignándose funciones específicas a cada una de estas cuatro divisiones. Se contempla de posibilidad de nombrar subdirectores en las diferentes áreas y se determina la composición de la comisión de dirección. La sección III, sobre órganos de participación y asesoramiento, regula la existencia y funcionamiento de la junta técnico-asistencial, la comisión central de garantía de calidad y la comisión de bienestar social.

Legislación posterior, sobre todo a nivel autonómico, ha intentado actualizar el lenguaje y modernizar el contenido del Real Decreto, introduciendo nuevas figuras y órganos de participación, pero su implantación ha sido

irregular y en ocasiones se ha limitado a ser una declaración de buenas intenciones. Un ejemplo es la Ley 11/2017, de 22 de diciembre, de Buen Gobierno y Profesionalización de la Gestión de los Centros y Organizaciones Sanitarias del Servicio Madrileño de Salud¹¹. Esta ley, que introduce importantes novedades organizativas y nuevos órganos de participación y transparencia, en su disposición transitoria primera establece un plazo máximo de un año para dictar “cuantas disposiciones sean necesarias para el desarrollo y ejecución de la presente Ley”. La realidad es que, cuatro años después de su aprobación, aún no ha sido desarrollada.

4.- DIRECCIÓN HOSPITALARIA

En este momento, hay una gran diversidad organizativa en los hospitales públicos (y privados), pero en general se mantienen las cuatro divisiones clásicas: gerencia, dirección médica, dirección de enfermería y dirección de gestión.

Algunas de estas divisiones adoptan nuevas denominaciones (p.ej. dirección asistencial en lugar de dirección médica, dirección de cuidados en lugar de dirección de enfermería...), con nuevas figuras (dirección de recursos humanos separada de la dirección de gestión, dirección de calidad...) y con la creación de nuevas entidades asociadas (fundaciones e institutos de investigación, centros de formación y simulación...)

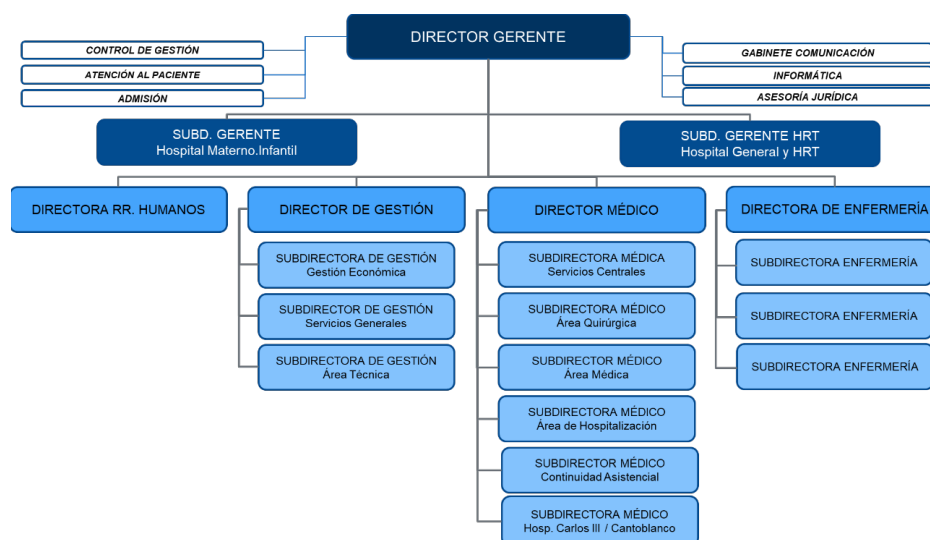


Figura 2. Organigrama directivo del Hospital Universitario La Paz. Tomado de la página del Servicio Madrileño de Salud¹²

A modo de ejemplo, en la Figura 2 se muestra el organigrama directivo de un hospital español terciario (La Paz, en Madrid)¹², donde se puede observar la existencia de cargos tradicionales junto a otras figuras creadas para dar respuesta a las nuevas necesidades organizativas.

A grandes rasgos, se observa que, además de ser el responsable general de cuanto acontece en el hospital, del director gerente dependen directamente la asesoría jurídica, el gabinete de comunicación, el servicio de admisión, el servicio de informática, el servicio de atención al paciente y trabajo social, y el área de control de gestión. En este hospital, existe también la figura de los subdirectores gerentes o subgerentes.

La dirección médica incluye tres subdirecciones tradicionales (área médica, área quirúrgica y servicios centrales), así como otras subdirecciones con funciones específicas dentro del hospital. En ocasiones ha habido un subdirector de investigación, docencia y calidad, pero estas áreas transversales habitualmente las asume el director médico directamente.

La dirección de enfermería conserva una estructura clásica con tres subdirecciones.

En este hospital, la anterior dirección de gestión y servicios generales se ha subdividido en una dirección de recursos humanos (antes subdirección) y una dirección de gestión con tres subdirecciones (servicios generales, área técnica y área económica).

Éste es sólo un ejemplo de las incontables modificaciones que cada hospital puede introducir en su organigrama directivo dependiendo de sus

características, sus necesidades y su idiosincrasia. Hay centros con directores o subdirectores de docencia, calidad, investigación, procesos, innovación, etc. También hay hospitales de gestión mixta, en que los hay representación de los distintos organismos o empresas implicados, y hospitales que han sufrido un proceso de fusión y han diseñado una dirección *ad hoc* (casi siempre reduciendo drásticamente o eliminando los puestos directivos de los hospitales absorbidos).

En un apartado posterior se mencionarán los previsibles cambios organizativos que serán introducidos a causa de la evolución tecnológica y de las comunicaciones, las demandas sociales y los nuevos desafíos asistenciales.

5.- GESTIÓN ASISTENCIAL

Relacionada con el organigrama directivo, la gestión asistencial habitualmente se organiza en servicios clínicos y especialidades, agrupadas en servicios médicos, servicios quirúrgicos y servicios centrales. El personal de Enfermería, aunque funcionalmente puede estar integrado en esos servicios, tiene una jerarquía y dependencia funcional propias.

Tras la progresiva desaparición de los jefes de departamento, los servicios médicos suelen estar dirigidos por un jefe de servicio, del que dependen los jefes de sección y los facultativos especialistas. Los equipos de Enfermería suelen articularse alrededor de áreas (hospitalización, consultas, quirófanos...) en lugar de servicios, que son coordinadas por supervisoras de área y por supervisoras de unidad.

PUESTOS DIRECTIVOS		MANDOS INTERMEDIOS	
	Total		Total
DIRECTOR GERENTE AT. HOS. N - I	1	COORDINADOR DE URGENCIAS	1
SUBDIRECTOR GERENTE	2	COORDINADOR DE ADMISIÓN	2
DIRECTOR MÉDICO AT. HOS. N - I	1	JEFE DE UNIDAD DE URGENCIAS	1
SUBDIRECTOR MÉDICO AS. HOS. N - I	6	JEFE DE UNIDAD DE ADMISIÓN	2
DIRECTOR GESTIÓN / DIRECTOR DE RECURSOS HUMANOS N - I	2	COORDINADOR DE TRASPLANTES	1
SUBDIRECTOR GESTIÓN SS. GG. AS. HOS. N - I	3	COORDINADOR DEL PROGRAMA DE CALIDAD	1
DIRECTOR ENFERMERÍA AT. HOS. N - I	1	JEFE DE SERVICIO NS	19
SUBDIRECTOR ENFERMERÍA AS. HOS. N - I	3	JEFE DE SECCIÓN NS	30
Total general	19	JEFE DE GRUPO	54
		JEFE DE SERVICIO	73
		JEFE DE SECCIÓN	230
		SUPERVISORES/AS DE ÁREA FUNCIONAL	19
		SUPERVISORES/AS DE UNIDAD	124
		ENFERMERO/A JEFE DEL SERV. ATENC. PACIENTE	4
		JEFE DE TALLER	10
		CONDUCTOR DE INSTALACIONES	23
		ENCARGADO EQUIPO PERSONAL DE OFICIO	12
		JEFE DE PERSONAL SUBALTERNO	9
		Total general	615

Tabla 4. Puesto directivos y mandos intermedios en un hospital general. Fuente: Contrato programa 2019 del Hospital La Paz¹³

Siguiendo con el ejemplo del Hospital La Paz, en Madrid, la Tabla 4 muestra una distribución de puestos directivos y mandos intermedios, sanitarios y no sanitarios, que puede considerarse típica de un hospital general¹³.

Existen otras fórmulas y denominaciones, así como experiencias organizativas interesantes, pero de variable implantación y a veces corto recorrido. Así, por ejemplo, el Hospital Clinic de Barcelona adoptó un modelo de unidades e institutos de gestión clínica¹⁴ y en Madrid y otras comunidades también hay experiencias de integración de servicios por áreas relacionadas con un órgano o sistema¹⁵. En general, es difícil compatibilizar estas iniciativas con el peso de las especialidades tradicionales y la personalidad de los jefes asistenciales.

6.- ÓRGANOS DE PARTICIPACIÓN Y ASESORES.

El Real Decreto de Hospitales⁹, en su sección III, sobre órganos de participación y asesoramiento, establecía la existencia de la junta técnico-asistencial (JTA), la comisión de bienestar social y la comisión central de garantía de la calidad.

La importancia que estos órganos tienen en la gestión de los hospitales es muy irregular, pues en algunos centros tienen gran protagonismo y se reúnen con frecuencia, mientras que en otros su existencia es casi testimonial.

En general, el desarrollo de las comisiones de bienestar social ha sido escaso, mientras que las JTA suelen constituirse y renovarse periódicamente en la mayoría de los hospitales, asumiendo funciones relevantes en su estrategia y control. Es importante recordar que los vocales de la JTA son elegidos por votación entre los profesionales del hospital.

La comisión central de garantía de la calidad, denominación hoy en día obsoleta, suele agrupar a los presidentes de las comisiones clínicas. Estas comisiones clínicas, o comisiones técnicas consultivas, juegan un importante papel en el día a día de los hospitales. Algunas, como la comisión de docencia y la comisión de farmacia, tienen un mandato y una normativa propia, mientras que otras tienen sólo funciones asesoras, pero no por ello carentes de importancia. La Tabla 5 recoge algunas de las comisiones más habituales.

Comisiones clínicas según el Real Decreto 521/1987	Comisiones clínicas o técnicas consultivas en la actualidad (ejemplos)
- Infección Hospitalaria, Profilaxis y Política Antibiótica. - Historias Clínicas, Tejidos y Mortalidad. - Farmacia y Terapéutica. - Tecnología y Adecuación de Medios Diagnósticos y Terapéuticos. - Investigación, Docencia y Formación Continuada.	- Docencia - Investigación - Formación continuada - Farmacia y terapéutica - Infecciones y política antibiótica - Evaluación de la tecnología - Historias y documentación clínicas - Tejidos y tumores - Mortalidad - Nutrición - Antitabaco - Calidad percibida - Catástrofes - Seguridad del paciente - Ética - Otras: Atención al dolor, humanización, científica interna, cuidados, ética asistencial, ética de la investigación, garantía de calidad en radioterapia, hospitalaria contra la violencia, transfusiones, trasplantes, trombosis y hemostasia...

Tabla 5. Comisiones clínicas según Real Decreto 521/1987⁹ y en la actualidad.

Así como la JTA y las comisiones clínicas pueden considerarse órganos asesores habituales en la mayoría de los hospitales públicos, hay otros órganos cuya implantación es muy irregular. Es el caso de las comisiones de bienestar social y de las juntas de gobierno. Sus competencias incluirían importantes funciones como la comunicación con la ciudadanía y la designación de los equipos directivos, pero, incluso en comunidades autónomas cuya existencia estaría regulada por leyes específicas, la realidad es que no existen o apenas funcionan en la mayoría de los centros.

7.- INTEGRACIÓN ASISTENCIAL

La organización del hospital se enfrenta al reto permanente de la integración o coordinación asistencial con otros dispositivos sanitarios del SNS.

Habíamos dicho que el SNS a menudo se define como una “red de redes” en que las competencias asistenciales recaen en las comunidades autónomas. La integración de la atención primaria, la atención hospitalaria, la atención farmacéutica, el transporte sanitario y la salud pública requiere de medidas estructurales y de funcionamiento explícitas para evitar los solapamientos y los vacíos asistenciales.

En la integración asistencial entre la atención primaria y la atención hospitalaria, los expertos coinciden en que hay tres elementos claves: La gestión por procesos, el acceso compartido a la información clínica, y la optimización de las tecnologías de la información y la comunicación¹⁶.

Con mayor o menor éxito, se han ensayado diversas fórmulas organizativas, como la integración de la atención primaria y la atención especializada bajo la figura de un mismo gerente, o, en la comunidad de Madrid, la creación de la figura del director de continuidad asistencial. Es difícil combatir el “hospitalocentrismo”, en parte por la confianza que los hospitales generan en la población, pero también a menudo por los limitados recursos que

se asignan al resto de dispositivos asistenciales.

Otro desafío asistencial importante son los procesos muy especializados, los procedimientos complejos y las enfermedades poco frecuentes. Formal o informalmente, se asume que los hospitales terciarios de gran tamaño son los centros de referencia para estas patologías, pero es imposible que puedan incluir en su cartera de servicios todas las prestaciones existentes. Para dar respuesta a esta necesidad, a nivel nacional, el Ministerio de Sanidad designa los llamados CSUR (centros, servicios y unidades de referencia), para facilitar la derivación de los pacientes a los establecimientos mejor preparados para diagnosticar y tratar determinados procesos. Una fórmula distinta, a nivel europeo, son las ERN (redes europeas de referencia), que no están diseñadas para enviar pacientes de unos centros a otros, sino para facilitar el intercambio de conocimientos y experiencias entre los hospitales europeos de referencia en determinadas patologías y procedimientos¹⁷.

8.- EVALUACIÓN DE LOS HOSPITALES

El Real Decreto 1277/2003, de 10 de octubre, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios¹⁸ recoge los requisitos para que un hospital autorizado pueda ser registrado en el registro general de centros, servicios y establecimientos sanitarios del Ministerio de Sanidad (REGCESS).

Además de este proceso de autorización, en su mayor parte transferido a las comunidades autónomas, hay diversas fórmulas por las que los hospitales son evaluados, formal e informalmente, en cuanto a su organización, funcionamiento y resultados. Entre ellas, conviene destacar:

- Auditorías docentes del Ministerio de Sanidad. Interrumpidas temporalmente, durante años la Dirección General de Ordenación Profesional realizó auditorías en los centros autorizados para el desarrollo de la forma-

ción sanitaria especializada (*MIR*). Aunque el objetivo era la acreditación de las unidades docentes, estas auditorías suponían una evaluación global del centro en su conjunto, pues se entendía que sólo un hospital bien organizado y con un buen funcionamiento puede ser acreditado para formar especialistas.

- Auditorías de los CSUR (Centros, Servicios y Unidades de Referencia). Limitadas a los hospitales con esta acreditación, estas auditorías no sólo se centran en el objetivo asistencial del CSUR, sino que revisan cuidadosamente al centro en su conjunto.
- Auditorías de las ERN (Redes Europeas de Referencia). Aún hay pocos hospitales españoles integrados en estas redes, pero aquellos que pertenecen o desean participar en ellas deben someterse a una revisión general para comprobar que reúnen los requisitos organizativos, asistenciales, docentes e investigadores exigidos.
- Contratos de gestión. Los contratos de gestión o contratos programa, de manera indirecta, también pueden considerarse una forma de evaluación hospitalaria, ya que suponen una comprobación pormenorizada de un gran número de indicadores que reflejan el desempeño global del centro.
- Certificaciones y acreditaciones. Por iniciativa propia o por exigencias del contrato de gestión, muchos hospitales se evalúan, se certifican y acreditan conforme a diversos modelos de calidad. La evaluación EFQM (*European Foundation for Quality Management*), las normas ISO o el modelo de la *Joint Commission*, americana o internacional, son marcos reconocidos que reflejan altos niveles organizativos y de gestión. También las sociedades científicas han tenido iniciativas de acreditación de servicios clínicos y de profesionales que, en algunas especialidades, gozan de gran reputación.
- Inspecciones y auditorías *ad hoc*. Generalmente propiciadas por un conflicto, una re-

clamación o una denuncia, estas inspecciones pueden centrarse en cuestiones estructurales, organizativas, laborales, legales o éticas que pueden comprometer el buen funcionamiento de un hospital.

- *Benchmarking*. Tanto el formal como el informal, puede ser un poderoso mecanismo de evaluación y mejora. La comparación entre centros, servicios o incluso profesionales ayudan a detectar buenas y malas prácticas y a identificar herramientas para su solución. Los observatorios de resultados, muy desarrollados en Madrid y Cataluña, permiten comparar resultados hospitalarios en múltiples dimensiones.
- Por último, aunque su objetivo sea esencialmente regulador, los conciertos y convenios singulares para la prestación de servicios, así como las auditorías en modelos de colaboración público-privada también pueden ser potentes mecanismos de evaluación.

9.- EL PAPEL DEL CIUDADANO Y DEL PACIENTE

La Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica¹⁹ supuso el reconocimiento formal del papel del paciente en su proceso asistencial.

Se dejan atrás las actitudes de paternalismo en que el médico decide lo que es mejor para el paciente, siendo éste quién tiene derecho a elegir entre las distintas opciones terapéuticas o a declinar la asistencia. La expresión máxima de esta autonomía se refleja en la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de Regulación de la Eutanasia²⁰.

Este protagonismo del paciente, y de los ciudadanos, aún no ha sido incorporado formalmente en la gestión de los hospitales públicos. Ha habido iniciativas tímidas para que

éstos participen en algunas comisiones clínicas (ética, humanización) y ocasionalmente se crean grupos de trabajo en que pacientes o ciudadanos independientes son invitados. Los servicios de atención al paciente intentan no limitarse sólo a recoger reclamaciones, sino que intentan trasladar la voz de los usuarios a los órganos de gobierno del hospital. Los programas hospitalarios de calidad, además de recoger periódicamente los niveles de satisfacción de los pacientes con los servicios prestados, están desarrollando metodologías más específicas para evaluar la experiencia del paciente y tomar medidas organizativas en consecuencia. Los PROM (*Patient-Reported Outcome Measures*) y los PREM (*Patient-Reported Experience Measures*) son herramientas que miden resultados y experiencias relevantes para el enfermo, y que deberían influir en la forma en que se organizan las prestaciones.

Algunas comunidades autónomas también han aprobado normativas que contemplan la participación ciudadana en la gestión de los hospitales, pero su escaso desarrollo muestra que ésta sigue siendo una asignatura pendiente en nuestro sistema sanitario.

10.- EL HOSPITAL DEL FUTURO

Aunque se han introducido grandes avances en las prestaciones sanitarias, sorprende que la organización de los hospitales haya cambiado poco en las últimas décadas. Es previsible que las demandas sociales, la evolución tecnológica y de las comunicaciones, así como los nuevos desafíos asistenciales condicionen cambios estructurales y de funcionamiento en el futuro.

Por otra parte, la experiencia de la pandemia COVID-19 muestra que, aunque a veces parezcan estar anquilosados, los hospitales tienen una gran capacidad de adaptación y están preparados para enfrentarse a los retos asistenciales más complejos. Esto confirma su fundamental dimensión como organizaciones de conocimiento más que como edificios o instalaciones.

Numerosas instituciones y autores han elaborado informes intentando prever como serán los hospitales del futuro. En 2020, la Sociedad Española de Medicina Interna elaboró un dossier con diez puntos estratégicos que se resumen en la Tabla 6²¹

- | | |
|-----|--|
| 1. | El hospital se configurará como una plataforma (<i>hub</i>) de alta intensidad tecnológica al servicio de las redes asistenciales. ¿Hacia «organizaciones para el mantenimiento de la salud»? |
| 2. | El hospital se organizará por procesos asistenciales y deberá modificar su organización. |
| 3. | La intensidad tecnológica y de cuidados aumentará, la duración de la estancia disminuirá y el hospital deberá asegurar la calidad 24 h. del día los 365 días del año. |
| 4. | La atención sistemática al paciente crónico complejo desdibujará las barreras entre atención especializada, atención primaria y los servicios sociales. |
| 5. | El paciente dejará de ser un sujeto pasivo, integrándose activamente en el equipo de salud. |
| 6. | Las áreas y unidades asistenciales sustituirán a la actual estructura en servicios y especialidades de los hospitales. |
| 7. | La digitalización modificará radicalmente la organización y la prestación de servicios, dentro y fuera del hospital, facilitando la asistencia ambulatoria y domiciliaria. |
| 8. | La gobernanza de los hospitales establecerá un equilibrio entre gestores y clínicos, incorporará a los pacientes a través de sus organizaciones y transferirá capacidad de gestión a las redes y unidades asistenciales. |
| 9. | Variabilidad organizativa, homogeneidad en calidad y organizaciones duales. |
| 10. | La Medicina Interna y el médico internista: agentes clave de «El Hospital del Futuro». |

Tabla 6. Puntos clave del hospital del futuro²¹

La Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP), en 2017 publicó un informe que también prestaba atención a aspectos estructurales, de gobernanza y de participación ciudadana²². También en 2017, *Deloitte Centre for Healthcare Solutions*, en su dossier “El hospital del futuro” enfatizaba cómo las tecnologías digitales cambiarán el concepto de hospital a nivel mundial²³: “El hospital digital del futuro incluye un sistema de control similar al tráfico aéreo para monitorear continuamente a los pacientes e integrar datos para trazar las “trayectorias de vuelo” de los pacientes”.

Estas predicciones deben interpretarse con cautela, ya que no basta con que exista una tecnología para suponer que vaya a ser utilizada sistemáticamente en el futuro. De hecho, el aumento exponencial en el uso de los dispositivos de telemedicina y teleasistencia durante la pandemia covid nos pueden hacer olvidar que estas herramientas ya existían años antes, siendo innovaciones más incrementales que disruptivas.

También parece razonable asumir que la áreas o institutos multiespecialidad podrían dar respuesta

a la excesiva fragmentación que conlleva la existencia de las casi cincuenta especialidades médicas reconocidas en nuestro país. Sin embargo, este debate, que existe desde hace décadas, sólo ha generado cambios organizativos limitados en centros sanitarios concretos.

Los diferentes autores coinciden en que el papel del paciente será cada vez mayor, no sólo en lo referente a su propia enfermedad sino también en cómo se diseñan los procesos asistenciales. Jabalera et al²⁴ presentan una experiencia interesante de cómo el empoderamiento y participación de pacientes y familiares pueden modificar la asistencia en áreas tan concretas como la atención del asma, las consultas externas, los quirófanos o la atención al parto.

Las expectativas y preferencias de profesionales y pacientes son difíciles de prever, las demandas sociales cambian y el futuro siempre es incierto. Los hospitales, y el sistema sanitario en general, deben estar atentos a esta evolución y adaptar su estructura y prestaciones a las nuevas necesidades y demandas.

Bibliografía

1. Mintzberg H. *Power in and around organizations* (Vol. 142). Englewood Cliff, NJ: Prentice-Hall; 1983. <https://mintzberg.org/books/power-and-around-organizations>
2. Mintzberg H, Glouberman S. *Managing the care of health and the cure of disease. Part II: Integration*. Fontainebleau: INSEAD; 1998. https://flora.insead.edu/fichiersti_wp/inseadwp1998/98-50.pdf
3. Repullo-Labrador JR. *Introducción a la Gestión y su aplicación en la Sanidad*. GAPS [Internet]. 20 de mayo de 2022 [citado 15 de junio de 2022];1:2. <https://revistas.uned.es/index.php/GAPS/article/view/33894>
4. Lamata Cotanda F. *Atención sanitaria y redes de servicios* [Internet]. Madrid: Escuela Nacional de Sanidad; 2011 [consultado 22/12/2021]. Tema 2.9. Disponible en: http://e-spacio.uned.es/fez/eserv/bibliuned:500611/n2.9_Atencion_sanitaria_y_redes_de_servicios.pdf
5. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. <https://www.boe.es/eli/es/l/1986/04/25/14/con>
6. Ministerio de Sanidad. *Catálogo Nacional de Hospitales 2021* https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/prestaciones/centrosServiciosSNS/hospitales/docs/CNH_2021.pdf
7. Martín J, López del Amo MP, Cabases J. *La empresa pública en la sanidad. Prestación de sanidad pública por hospitales y ambulatorios privados*. Presupuesto y gasto público, 2016, 83: 81-104.
8. Pérez-Romero C, Ortega-Díaz MI, Ocaña-Riola R, Martín-Martín JJ. *Análisis multinivel de la eficiencia técnica de los hospitales del Sistema Nacional de Salud español por tipo de propiedad y gestión*. Gac Sanit. 2019;33(4): 325-332. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2018.02.005>
9. Real Decreto 521/1987, de 15 de abril, Reglamento sobre Estructura, Organización y Funcionamiento de los Hospitales Gestionados por el Insalud. <https://www.boe.es/eli/es/rd/1987/04/15/521/con>
10. Griffiths S R. *NHS Management Inquiry Report*. London: DHSS; 1983. <https://www.sochealth.co.uk/national-health-service/griffiths-report-october-1983/>
11. Ley 11/2017, de 22 de diciembre, de Buen Gobierno y Profesionalización de la Gestión de los Centros y Organizaciones Sanitarias del Servicio Madrileño de Salud. <https://www.boe.es/eli/es-md/l/2017/12/22/11/con>
12. Hospital Universitario La Paz. *Organización*. (Consultado 29/12/2021) Organización | Hospital Universitario La Paz <https://www.comunidad.madrid/hospital/lapaz/nosotros/organizacion>
13. *Contrato programa Hospital La Paz. Año 2019*. (Consultado 02/01/2022). <https://www.comunidad.madrid/hospital/lapaz/nosotros/contratos-gestion>
14. Santiñá Vila M. *Experiencias de las unidades de gestión clínica* [Internet]. Madrid: Escuela Nacional de Sanidad; 2014 [consultado 28/12/2021]. Tema 13.5 Disponible en: http://e-spacio.uned.es/fez/eserv/bibliuned:500952/n13.05_Experiencias_de_las_unidades_de_gesti__n_cl__nica.pdf.
15. Hospital Clínico San Carlos. *Institutos* (Consultado 02/01/2022) <https://www.comunidad.madrid/hospital/clinicosan-carlos/profesionales/institutos>

16. Repullo Labrador JR, Aguilera Guzmán M. *Gestión Contractual en la Sanidad* [Internet]. Madrid: Escuela Nacional de Sanidad; 2012 [consultado 24/01/2022]. Tema 5.3. Disponible en: http://e-spacio.uned.es/fez/eserv/bibliuned:500621/n5.3_Gestion_contractual_en_la_sanidad.pdf
17. Muñoz y Ramón JM, Martín Vega A. *Derivación de pacientes. Centros y Unidades de Referencia. CSUR y ERN. GAPS* [Internet]. 20 de mayo de 2022 [citado 15 de junio de 2022];1:3. <https://revistas.uned.es/index.php/GAPS/article/view/33895>
18. *Real Decreto 1277/2003, de 10 de octubre, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios.* <https://www.boe.es/eli/es/rd/2003/10/10/1277>
19. *Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.* <https://www.boe.es/eli/es/l/2002/11/14/41/con>
20. *Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia.* <https://www.boe.es/eli/es/lo/2021/03/24/3>
21. Huelgas R G, Manglano J D, Gómez J C, Barba R, Corbella X, Alegría J G et al. *El hospital del futuro en 10 puntos.* *Rev Clín Esp.*, 2020; 220(7), 444-449. <https://www.fesemi.org/sites/default/files/documentos/920.pdf>
22. *Escuela Andaluza de Salud Pública. El futuro de los hospitales.* EASP; 2016. https://www.easp.es/wp-content/uploads/documentos/EASP_El%20futuro%20de%20los%20hospitales.pdf
23. Gordon R, Perlman M, Shukl M. *El hospital del futuro. Cómo las tecnologías digitales pueden cambiar los hospitales a nivel mundial.* Londres: Deloitte, Center for Health Solutions; 2017. <https://www2.deloitte.com/content/dam/Deloitte/cl/Documents/life-sciences-health-care/El%20hospital%20del%20futuro.pdf>
24. Jabalera M, Pons M, Gómez E, Del Castillo M, & Grupo de Trabajo, E. M. C. *Hacia la excelencia en gestión hospitalaria. Un modelo de gestión estratégica.* *J Health Qual Res.*, 2019; 34(3), 148-153. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2603647919300478>