

**ESTUDIO DEL GASTO NO FACTURADO
POR PACIENTES INDOCUMENTADOS QUE
ACUDEN AL SERVICIO DE URGENCIAS
DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE
CANARIAS.**

**STUDY OF SPENDING NOT INVOICED BY
UNDOCUMENTED PATIENTS ADMITTED TO THE
EMERGENCY DEPARTMENT OF THE UNIVERSITY
HOSPITAL OF THE CANARY ISLANDS.**

AUTORA: Luz Melisa Palenzuela Hernández



Universidad
de La Laguna

Universidad de La Laguna

Grado de Contabilidad y Finanzas

Curso 2010- 2014

La Laguna a 10 de Junio de 2015

ÍNDICE.

1. INTRODUCCIÓN Y ESTADO ACTUAL DEL TEMA	5
1.1 SISTEMA SANITARIO ESPAÑOL	6
1.2 LEGISLACIÓN EN MATERIA DE RECLAMACIÓN DEL PAGO DE ASISTENCIA SANITARIA CON CARGO A TERCEROS	10
1.3. SERVICIO DE FACTURACIÓN DEL HUC. ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO	12
2. OBJETIVOS	14
3. METODOLOGÍA	14
4. RESULTADOS	15
5. CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN	18
6. REFERENCIAS	21

RESUMEN

La búsqueda de una mejora continua y el interés por aumentar la eficacia en la labor administrativa desarrollada por el Departamento de Facturación del Hospital Universitario de Canarias motiva la realización de este estudio en el que se pretende analizar el gasto de la asistencia sanitaria con cargo a terceros derivada de la atención de "pacientes indocumentados", es decir, de aquellos usuarios que acceden al servicio de urgencias sin que se aporte ningún tipo de documentación identificativa, o cuando ésta resulta insuficiente, errónea, o ha cambiado en el transcurso de la tramitación del expediente. En cualquiera de estos supuestos, la cuantía de los servicios prestados por el Sistema Nacional de Salud (SNS) no puede ser reclamada, en el caso de que así proceda.

Con este fin se ha llevado a cabo un estudio descriptivo longitudinal retrospectivo de una muestra constituida por todos los usuarios que acudieron al servicio de urgencias del Hospital Universitario de Canarias y fueron catalogados como "pacientes indocumentados" durante los años 2012, 2013 y 2014.

Con la autorización de la institución, se procedió a la revisión física de los expedientes de "pacientes indocumentados" archivados durante los tres años estudiados. De éstos se calculó los gastos totales y gastos medios por paciente y año. Para estimar el gasto total de los pacientes de los que no se generó ni expediente ni prefactura, se usó el gasto medio para los tres años, de aquellos que sí generaron expediente.

Sumado los gastos calculados, se obtuvo un total de 94.909,99€ que se dejaron de ingresar para los tres años, lo que supuso alrededor de 5€ por cada 100€ facturados para los años 2012 y 2014 y, unos 6€ por cada 100€ para el 2013.

La principal contribución de este estudio ha sido la de hacer visible un déficit del proceso de facturación, que si bien era conocido por el servicio, hasta el momento no se había analizado, haciendo posible una aproximación a la cuantificación de las pérdidas derivadas de él.

ABSTRACT

The search for a continuous improvement and interest in increasing efficiency in the administrative work developed by The Billing Department of The University Hospital of The Canary Islands motivates this study, which it is intended to analyze the cost of health care charge to third responsible for the payment arising from the attention of "undocumented patients", that is to say, users that are accessing the emergency department without any personal identification data, or these are insufficient, inaccurate or has change during the processing of record. In any of these cases, the amount of services provided by the SNS may not be claimed in the case of as appropriate.

A longitudinal descriptive and retrospective study of a sample constituted by all users who attended The Emergency Department of The University Hospital of the Canary Islands and have been classified as "undocumented patients" during the years 2012, 2013 and 2014, was carried out.

With authorization of the institution, records of the "undocumented patients" archived during three years, were reviewed. Of these patients, total expenditure and average expenditure per patient and per year was calculated. To estimate the total expenditure of patients who had no record, average expenditure of those who generated record, and therefore, pre-invoice, was used.

Results showed a total expenditure of 94909.99€ for the period studied, representing 5€ out of 100€ invoiced for 2012 and 014, and about 6€ out of 100€ invoiced for 2013.

The main contribution of this study has been to highlight a billing process deficiency, which was known by the service, but had not been studied until now, enabling an approach to quantifying the losses resulting from it.

1. INTRODUCCIÓN Y ESTADO ACTUAL DEL TEMA.

La asistencia sanitaria en los países desarrollados presenta, en la actualidad, una complejidad y una extensión notable, debido fundamentalmente a la rápida evolución de un proceso que ha transformado radicalmente los conceptos de salud y enfermedad, exigiendo de la sociedad grandes esfuerzos de organización y aplicación de recursos para hacer posible el derecho de los individuos a ser asistidos. La filosofía del Estado de Bienestar, en la que la salud se entiende como un bien colectivo y la atención sanitaria a la enfermedad como un derecho humano irrenunciable, ha generado radicales transformaciones en los sistemas asistenciales, teniendo que hacer frente a un importante aumento de la demanda de asistencia sanitaria y, por tanto al gasto que ésta genera.

Alvarez & Barraquero (2005) atribuyen el incremento del gasto sanitario, por una parte, a la incorporación de nuevas tecnologías y avances científicos en el campo sanitario y, por otra, al aumento considerable de la demanda o utilización de servicios sanitarios; ésta última consecuencia entre otros factores, del aumento progresivo del envejecimiento de la población, la mayor concienciación de la población ante los problemas de salud, el aumento del nivel educativo, cultural y económico de la misma, y la mayor cobertura sanitaria e información sobre la oferta disponible. Este carácter ilimitado que suele mostrar la demanda de los servicios sanitarios en la mayoría de los países industrializados, hace que ésta aumente sin que los recursos destinados a dicha asistencia puedan crecer al mismo ritmo que las demandas. Estas insuficiencias económicas hacen que el sistema tenga que buscar fórmulas que permitan seguir manteniendo las prestaciones sanitarias y sociales, bajo un criterio de eficiencia, pero sin dejar de lado los aspectos de equidad, solidaridad y redistribución, de especial relevancia para los Sistemas de Seguridad Social o Servicios Nacionales de Salud.

Bajo este contexto, la administración y la gestión sanitaria constituyen herramientas básicas para lograr la mayor eficiencia en el empleo de los recursos humanos y materiales puestos al servicio de la asistencia sanitaria (Cotanda, 1998).

En el ámbito hospitalario, contexto en el que se desarrolla este trabajo, también los sistemas organizativos y de gestión han ido evolucionando y adaptándose a esta realidad. Como indican Malagón-Londoño et al. (2008), el concepto de hospital ha variado sustancialmente en las últimas décadas, motivado en parte, por el papel que se le ha asignado dentro de los sistemas de salud de la mayoría de los países, pero de una forma más notable, como consecuencia de la necesidad de supervivencia institucional, debido a la creciente demanda de la atención especializada (Oterino et al.,1999; Trzeciaky & River, 2003 & Fernández et al.,2008), a los elevados costos de los procedimientos y servicios que en ellos se prestan y a la disminución de los presupuestos gubernamentales destinados a su funcionamiento. Estas exigencias requieren por parte de la institución hospitalaria de una refinada y multifacética labor administrativa, en la que ninguna de las actividades es menos importante que otra, para

coordinar de manera equilibrada la gestión de los componentes que entran en juego en toda la actividad que allí se desarrolle.

Generalmente, la gestión económica de la institución suele encuadrarse dentro de la División de Gestión y Servicios Generales. Esta función comprende, por una parte aquellas actividades que controlan los ingresos y los gastos del hospital y por otra parte, la logística que hace viable su funcionamiento (Cotanda, 1998). Dentro de esta división, se encuentra el Departamento de Facturación de Cargos a Terceros, departamento en el que se centra este estudio. La búsqueda de una mejora continua y el interés por conocer las limitaciones y pérdidas de eficiencia del departamento de facturación del Hospital Universitario de Canarias, motiva el desarrollo de este trabajo, en el que se analiza el impacto económico que representa la no facturación de pacientes indocumentados que acceden a la institución a través del servicio de urgencias.

Es abundante la publicación de trabajos nacionales y extranjeros, entre otros los publicados por Hughes & Mann (2005); Barret et al. (2006); García-Altés & Pérez (2007); Moreno-Millán et al. (2010) & Turner-Stokes et al. (2012), destinados a evaluar y calcular el coste generado por la asistencia sanitaria en determinados países, hospitales o servicios hospitalarios concretos, así como el costo generado por la atención a un determinado problema de salud. De igual manera, han sido publicados trabajos (Jansá & García De la Olla, 2004; Álvarez et al., 2005; Fusté et al., 2005 & López-Fernández, 2012) que abordan desde un punto de vista legislativo o desde una perspectiva ética, la cobertura del sistema sanitario público a un determinado colectivo o a un determinado servicio; sin embargo, no se han encontrado trabajos destinados a evaluar la eficiencia de los departamentos de facturación hospitalaria en cuanto a la facturación de servicios con cargos a terceros, ni propuestas de mejora en la captación de usuarios indocumentados, es decir, de aquellos usuarios a los que no se les puede hacer efectivo el cobro de la asistencia sanitaria, por carencia total o parcial de datos de identificación personal o de cobertura sanitaria, que permitan realizar los trámites de expediente necesarios.

1.1. SISTEMA SANITARIO ESPAÑOL.

La Constitución Española de 1978 establece, en su artículo 43, el derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria de todos los ciudadanos. Los principios y criterios sustantivos que permiten el ejercicio de este derecho se concretan en:

- Financiación pública, universalidad y gratuidad de los servicios sanitarios en el momento del uso.
- Derechos y deberes definidos para los ciudadanos y para los poderes públicos.

- Descentralización política de la sanidad en las comunidades autónomas.
- Prestación de una atención integral de la salud procurando altos niveles de calidad debidamente evaluados y controlados.
- Integración de las diferentes estructuras y servicios públicos al servicio de la salud en el Sistema Nacional de Salud

Como indica el Ministerio de Sanidad y Consumo (2010), "al amparo de las previsiones constitucionales y de los respectivos estatutos de autonomía, todas las comunidades autónomas han asumido competencias en materia sanitaria". Cada comunidad autónoma cuenta con un Servicio de Salud, que es la estructura administrativa y de gestión que integra todos los centros, servicios y establecimientos de la propia comunidad, diputaciones, ayuntamientos y cualesquiera otras administraciones territoriales intracomunitarias.

El sistema sanitario español suele identificarse con el Sistema Nacional de Salud (SNS), el subsistema más importante, pero no el único existente. España organiza su sistema sanitario en torno a diferentes subsistemas, cada uno con sus características específicas, y una configuración que actualmente responde a los intereses sociales y económicos de los diferentes agentes sociales, al igual que ocurre en todos los países de la OCDE (Labrador, 2012).

En la sanidad española pueden describirse los siguientes modelos organizativos:

a) Un sistema sanitario público, que garantiza cobertura a la mayor parte de la población. Su acceso se realiza a través de la Tarjeta Sanitaria Individual expedida por cada Servicio de Salud, que es el documento que identifica a cada ciudadano como usuario en todo el Sistema Nacional de Salud.

Son titulares de los derechos a la protección de la salud y a la atención sanitaria pública:

- Todos los españoles y los extranjeros en el territorio nacional en los términos previstos en el artículo 1.2 de la Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social.
- Los nacionales de los Estados miembros de la Unión Europea, que tienen los derechos que resulten del derecho comunitario europeo y de los tratados y convenios que se suscriban por el Estado español y les sean de aplicación.
- Los nacionales de Estados no pertenecientes a la Unión Europea, que tienen los derechos que les reconozcan las leyes, los tratados y convenios suscritos.

Este sistema no es homogéneo en su organización y gestión, pudiendo diferenciarse claramente varios subsistemas (Labrador, 2012):

- **El Sistema Nacional de Salud (SNS)**, el sistema hegemónico, proporciona cobertura sanitaria a cerca del 95% de los ciudadanos y es conocido popularmente como "Seguridad Social". El SNS es un sistema universalista, financiado mediante impuestos y se caracteriza por ser integrado. Su soporte legislativo y la base del proceso de Reforma Sanitario español recae sobre la Ley General de Sanidad 14/1986 de 25 de Abril, estableciendo los criterios básicos de aplicación en todo el territorio.

El conjunto de servicios que el Sistema Nacional de Salud ofrece a los ciudadanos incluye actividades preventivas, diagnósticas, terapéuticas, rehabilitadoras y de promoción y mantenimiento de la salud. La cartera de servicios básica se establece en la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud y en el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización.

- **Las Mutualidades**, definidas como agrupación de sujetos (colectivo de asegurados) cuya salud, vida, integridad física, bienes o derechos, están expuestos a riesgos más o menos homogéneos, que de acontecer conllevaría a pérdidas, por lo que el tamaño del colectivo debe ser lo suficientemente grande como para operar con la ley estadística de los grandes números para compensar los costes que acarrearán los siniestros que ocurran con los beneficios que reportan las primas procedentes de aquellos que no lleguen a acontecer (García-Gallego, 2013). Se trata de un sistema corporativista financiado con aportaciones de los trabajadores, los funcionarios y la empresa, el Estado, y se caracteriza por ser de base contractual, de manera que la entidad responsable de garantizar la cobertura sanitaria, radica en el Ministerio correspondiente, contratando con diversas organizaciones públicas los servicios de salud autonómicos. Según Labrador (2012), las mutualidades constituyen el sistema conocido como "Modelo MUFACE" al tomar el nombre de la mutualidad más importante, y dan cobertura a cerca del 4% de los ciudadanos. Los colectivos cubiertos por las mutualidades son el de los funcionarios de la Administración General del Estado (MUFACE), el del poder judicial (MUGEJU) y el militar (ISFAS).

- **Las mutuas laborales creadas o reorganizadas por el Ministerio de Empleo y Seguridad Social**, que realizan previsión social obligatoria, siendo gestoras de la Seguridad Social.

- **Otros sistemas para colectivos específicos**, los más importantes de ellos son el de Defensa, la sanidad penitenciaria y las Empresas Colaboradoras. Éstas últimas reciben este nombre por colaborar con la Seguridad Social asumiendo la organización y la gestión de una o varias de las prestaciones de la Institución, para todos, o parte de sus trabajadores.

b) Un sistema sanitario privado, en el que podrían diferenciarse los siguientes subsistemas:

- **Compañías de asistencia sanitaria**, las cuales responden a una concepción integrada, de tal manera que los ciudadanos reciben todas las prestaciones a las que da derecho la póliza que suscriben a través de los medios propios de la compañía o aquellos contratados específicamente para ello por la misma. Estas compañías disponen de centros y establecimientos propios, además de los concertados, y suelen tener su propio cuadro de profesionales independientes y contratados.

- **Seguro de enfermedad prestado por compañías de reembolso.** Éstas, en los últimos años, están ganando una creciente cuota de mercado ya que dan respuesta a un sector muy específico de la demanda, dando una amplia cobertura y facilitando la elección de médico y centro sanitario que ofertan (Uri, 1999).

- **Centros, establecimientos y profesionales en ejercicio libre.** En el caso de los centros y establecimientos, y en particular los hospitales, es frecuente que tengan contratos (conciertos) con el SNS para la prestación de servicios concretos con financiación pública a los ciudadanos que se le indica¹⁷. Es interesante en este punto, diferenciar este tipo de conciertos, con los contratos que establecen las mutualidades con las compañías de seguros sanitarios privadas. La diferencia fundamental radica en que los contratos del SNS con los centros son para la prestación de servicios concretos, como puede ser una determinada intervención quirúrgica, o incluso toda la atención especializada, mientras que los contratos de las mutualidades son para la organización y la gestión de toda la cobertura sanitaria, es decir, todos los servicios que pueda precisar el ciudadano, ya sean estos preventivos como de atención sanitaria.

Conociendo las distintas modalidades organizativas que comprende el sistema sanitario español y teniendo en cuenta, que el carácter escaso de los medios públicos o bienes sociales no debe servir de pretexto para prescindir de los deberes de solidaridad y asistencia vital propia del Estado Social de Derecho, parece importante analizar los supuestos en los que puede derivarse la obligación de los pacientes a abonar a las Administraciones Públicas Sanitarias el coste de los servicios prestados en centros de las mismas, por tratarse de asistencia no comprendida en el ámbito o campo de protección legal de la prestación de nuestro Sistema de Seguridad Social o, porque existen terceros obligados a asumir su cargo por subsumirse el supuesto de hecho dentro de la responsabilidad del tercero.

1.2. LEGISLACIÓN EN MATERIA DE RECLAMACIÓN DEL PAGO DE ASISTENCIA SANITARIA CON CARGO A TERCEROS.

Para encuadrar el marco normativo en cuanto a la reclamación del pago de asistencia sanitaria con cargo a terceros, es necesario reseñar que la prestación de ésta, con cargo a las instituciones dependientes de la Seguridad Social, se contenía en los artículos 98 y siguientes del Texto Refundido de la Ley de Seguridad Social del 30 de Mayo de 1974, en el que se determinaba la obligación de las Entidades Gestoras y Servicios Comunes de la Seguridad Social a garantizar el derecho a la asistencia sanitaria, a la vez que concretaba el objeto de dicha prestación, configurando en el Capítulo IV del Título II, la prestación de la asistencia sanitaria como integrante de la acción protectora de la Seguridad Social.

Posteriormente el artículo 38 del Real Decreto Legislativo, 1/1994, de 20 de junio, aprueba el Texto Refundido de la Ley General de Seguridad Social, al determinar el contenido de la Acción Protectora del Sistema manteniendo dentro de la misma la asistencia sanitaria.

El Real Decreto Legislativo 1/1994, al no derogar el Capítulo IV del Decreto Legislativo 2065/1974 de 30 de mayo, mantiene como norma reguladora en orden a los beneficiarios de la asistencia y requisitos para tener derecho, lo previsto en el citado Capítulo IV y en sus normas de aplicación y desarrollo. Este aspecto es relevante, ya que el reintegro de los gastos ocasionados se va a reclamar a aquellos que no son beneficiarios de la asistencia previamente prestada por existir un tercero obligado al pago, o por tratarse de usuarios sin derecho a la misma.

En estos casos, la Ley 14/1986 de 25 de abril, General de Sanidad, establece en su artículo 16.3 que la facturación por atención de usuarios sin derecho a la asistencia de los Servicios de Salud, será efectuada por las respectivas administraciones de los centros, tomando como base los costes efectivos, teniendo estos ingresos la condición de propios de los Servicios de Salud (Álvarez et al., 2005).

Tal y como recoge la Consejería de Sanidad del Gobierno de Canarias (2008), conforme a lo señalado en los artículos 16 y 83, de la Ley General de Sanidad; en la disposición adicional 22 del Texto Refundido de la Ley General de Seguridad Social, aprobado por el Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio; en el artículo 2.7 del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la Cartera de Servicios Comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización, y demás disposiciones que resulten de aplicación, los Servicios de Salud reclamarán a los terceros obligados al pago el importe de las atenciones o prestaciones sanitarias facilitadas directamente a las personas, incluido el transporte sanitario, la atención de urgencia, la atención especializadas, la atención primaria, la prestación farmacéutica, la prestación ortoprotésica, las prestaciones con productos dietéticos y la rehabilitación en los supuestos que se enumeran a continuación:

1. La asistencia prestada a los asegurados o beneficiarios del Sistema de Seguridad Social, pertenecientes a la mutualidad MUFACE, MUGEJU o ISFAS, que no hayan sido adscritos a través del procedimiento establecido, a recibir asistencia sanitaria de la red sanitaria de la Seguridad Social.
2. Asistencia prestada a los asegurados o beneficiarios en los supuestos de empresas colaboradoras en la asistencia sanitaria del Sistema de Seguridad Social, en aquellas prestaciones cuya atención corresponde a la empresa colaboradora conforme al convenio o concierto suscrito.
3. Asistencia sanitaria prestada en los supuestos de accidentes de trabajo o enfermedades profesionales a cargo de las mutuas de accidente de trabajo.
4. Seguros Obligatorios: Seguro escolar, Seguro obligatorio de deportistas federados y profesionales, Seguro obligatorio de vehículos de motor, Seguro obligatorio de viajeros, Seguro obligatorio de caza.
5. Convenio o conciertos con otras organizaciones o entidades. Se reclamará el importe de las prestaciones prestadas, de acuerdo con los términos de convenios o conciertos correspondientes.
6. Ciudadanos asegurados o beneficiarios en un Estado miembro de la Unión Europea, del Espacio Económico Europeo y Suiza, no residentes en España, en los supuestos y condiciones establecidas en los Reglamentos Comunitarios en materia de Seguridad Social.
7. Asegurados o beneficiarios de otros países extranjeros, no residentes en España, en los supuestos y condiciones establecidas en los convenios bilaterales en materia de Seguridad Social suscritos por España.
8. Accidentes acaecidos con ocasión de eventos festivos, actividades recreativas y espectáculos públicos, cuando se haya suscrito contrato de seguro de accidente o de responsabilidad civil que cubra las contingencias derivadas de estas actividades.
9. Otros casos obligados al pago. Cualquier otro supuesto en que, en virtud de las normas legales o reglamentarias, otros seguros públicos o privados, o responsabilidad a terceros por la lesiones o enfermedades causadas a la persona asistida, el importe de las prestaciones sanitarias deba ser a cargo de las entidades o terceros correspondientes y no con cargos a los fondos comunes de la Seguridad Social o de los Presupuestos Generales del Estado adscritos a sanidad.
10. Servicios dispensados a los usuarios sin derecho a la asistencia de los Servicios de Salud, admitidos como pacientes privados.

1.3. SERVICIO DE FACTURACIÓN DEL HUC. ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO.

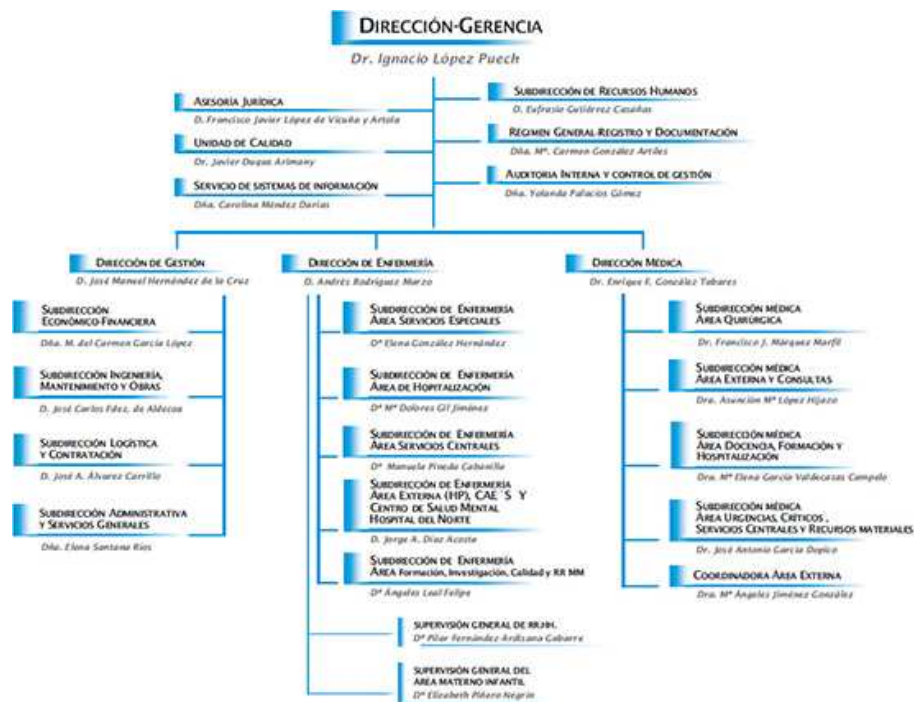
El Hospital Universitario de Canarias (HUC) se integra en el Servicio Canario de la Salud el 1 de enero de 2009, tras acuerdo adoptado por las dos entidades que formaban el Consorcio Sanitario de Tenerife, el Gobierno de Canarias y el Cabildo Insular de Tenerife, creado en mayo de 2000. Desde su apertura en 1971 hasta esta fecha, este centro hospitalario pertenecía al Cabildo de Tenerife.

El objeto del Complejo HUC es el desarrollo de las actividades sanitarias asistenciales del propio hospital, así como del Área Externa de Salud Mental y los Centros de Atención Especializada (CAEs) del área norte de la isla de Tenerife, la prestación de la asistencia propia de los servicios de referencia que se asignen a nivel provincial o regional, la formación de pre y post graduados en Medicina, Enfermería, Fisioterapia y demás Ciencias de la Salud y la investigación en tales campos.

Es Hospital de referencia para la Provincia de Tenerife de trasplante renal y cirugía cardiaca. El Hospital atiende a la población procedente del resto de la Isla de Tenerife y de la Provincia en aquellas prestaciones que constan en su Cartera de Servicios que sean reclamados por la Dirección de Área y también a la población de la Comunidad Autónoma para trasplante renal de donante vivo y cruzado, trasplante reno-pancreático, implantación de neuro-estimuladores sacros y tratamiento de infertilidad humana.

El Hospital atiende a la población procedente del resto de la Isla de Tenerife y la Provincia en aquellas prestaciones que constan en su Cartera de Servicios que sean reclamadas por la Dirección de Área.

El Servicio de Facturación del Hospital Universitario de Canarias, en cuanto al organigrama de la institución (*Cuadro 1*), depende directamente de la Subdirección Económica- Financiera, que a su vez depende de la Dirección de Gestión.



Cuadro 1. Organigrama del Hospital Universitario de Canarias

Sus oficinas se encuentran centralizadas en la planta de acceso principal al recinto hospitalario. Actualmente su plantilla la constituyen 9 personas, incluyendo un jefe de sección y una coordinadora. De forma esquemática, las actividades que se desarrollan en el servicio se pueden agrupar en dos fundamentalmente, la tramitación y la facturación. Una vez tramitados los expedientes, sean de la naturaleza que sea, pasan a ser facturados por el personal encargado de dicha función.

Cuando un usuario accede al hospital por el servicio de urgencias, el personal administrativo del servicio de admisiones, se encarga de recopilar los datos identificativos a través de la documentación aportada por el propio paciente, o si éste no lo puede hacer en primera persona, por familiares, acompañantes, o personal sanitario de los servicios de urgencias extrahospitalarias si el paciente ha sido trasladado en estos recursos, siempre y cuando éstos hayan tenido acceso a dicha documentación. Con esta información, se abre un número de historia clínica, si es la primera vez que el paciente acude al centro hospitalario, y un número de episodio correspondiente a la atención prestada en el servicio de urgencias.

Si el paciente entra dentro de los supuestos ya descritos como susceptibles de cargo a terceros, el servicio de admisiones notifica y registra, personalmente siempre que sea posible, mediante un formulario de requerimiento de datos, la información referida a la naturaleza de la atención que precisa el usuario. Si no es posible recopilar dicha información, el servicio de facturación intenta notificar nuevamente, ya no sólo de manera física, sino a través de correo ordinario, vía telefónica o a través de la publicación en el Boletín Oficial de Canarias, la obtención de datos.

En los casos en los que, bien el servicio de admisiones o el servicio de facturación, recopilan toda la información necesaria, se procede a tramitar y a facturar el expediente por parte del servicio de facturación.

Cuando no se aporta ningún tipo de documentación identificativa o cuando los datos son erróneos, falsos o insuficientes para poder tramitar el expediente de facturación, los usuarios se catalogan como "pacientes indocumentados".

Así, dentro del bloque de "pacientes indocumentados" podemos encontrar dos tipos de usuarios. Por un lado, aquellos de los que se consigue recopilar datos identificativos, pero éstos son erróneos, falsos o han cambiado en el transcurso de la tramitación del expediente. En este caso, se puede generar un episodio que permite confeccionar una prefactura en la que se cuantifica monetariamente el gasto generado por el usuario, pero no se puede tramitar la factura ni generar el cobro de la misma. Y por otro lado, también se incluyen en este grupo, aquellos que ingresan sin que se aporte ningún tipo de documentación, o no aportando suficientes datos como para generar un expediente. En este caso, no es posible crear una prefactura que cuantifique los gastos generados por el paciente, ni siquiera es posible conocer si el usuario está bajo la cobertura del SNS o si procede la reclamación del pago de asistencia sanitaria con cargo a terceros. En ambas situaciones, la cuantía de los servicios prestados por el SNS no pueden ser reclamados, en el caso de que así proceda.

Este estudio se ocupará únicamente de los pacientes indocumentados que acceden al hospital por el servicio de urgencias y son dados de alta, sin que su atención requiera ingreso en otro servicio.

2. OBJETIVOS

Los objetivos de este trabajo fueron analizar los gastos generados por pacientes indocumentados de los que se pudo generar expediente y, por tanto, prefactura que accedieron por el Servicio de Urgencias del Hospital Universitario de Canarias, durante los años 2012, 2013, 2014 y, hacer una estimación del gasto supuesto por la atención de pacientes indocumentados sin expediente, ni cuantificación de gasto, durante ese mismo periodo. Así mismo se hizo un análisis de las nacionalidades de estos usuarios, como variable a tener en cuenta para desarrollar e implementar medidas correctoras que minimicen las pérdidas que genera la falta de control de pacientes indocumentados en nuestro hospital.

3. METODOLOGÍA

Se ha llevado a cabo un estudio descriptivo longitudinal retrospectivo de una muestra constituida por todos los usuarios que han acudido al servicio de urgencias del Hospital Universitario de Canarias y que han sido catalogados como "pacientes indocumentados" durante los años 2012, 2013 y 2014.

Los criterios de inclusión fueron:

- Usuarios cuyo expediente ha sido archivado en el bloque de "pacientes indocumentados".
- Usuarios que fueron atendidos en el servicio de urgencias y fueron dados de alta sin que se precisase ingreso hospitalario en planta.
- Usuarios cuyos expedientes no fueron resueltos posteriormente a su registro.

Como criterios de exclusión:

- Usuarios que mantienen su expediente en trámite.
- Registros dudosos.

Con la autorización de la institución, se procedió a la revisión física del archivo de expedientes de "pacientes indocumentados" de los tres años estudiados. De cada uno de estos expedientes se tomó el número de episodio generado en el servicio de urgencias y a través del sistema informático SAP, se procedió a la obtención de los datos a analizar. En todo momento se han respetado las normas éticas de investigación clínica manteniendo el anonimato de los usuarios.

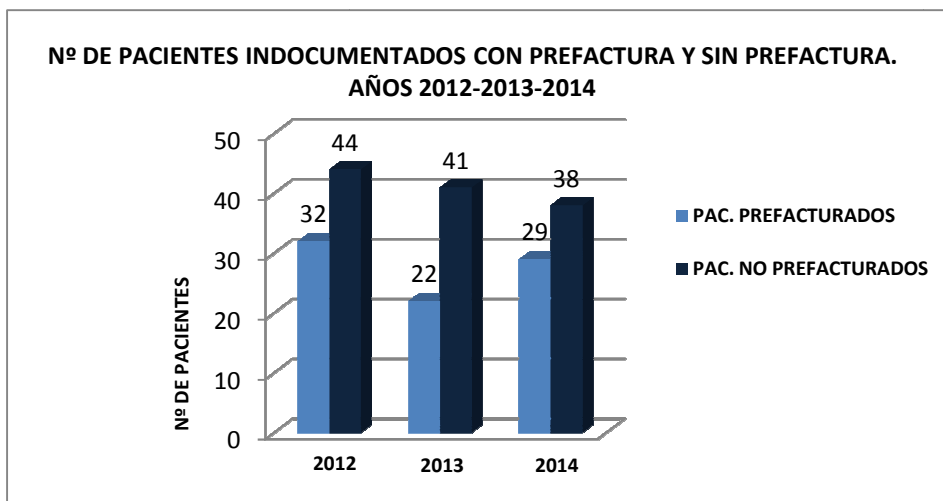
Se revisó cada uno de los expedientes archivados por cada año estudiado y se extrajo las prefacturas disponibles, con el objetivo de calcular los gastos totales y gastos medios por usuario.

Para calcular la estimación de gasto de los pacientes de los que no se pudo generar prefactura, se utilizó el gasto medio por usuario de los tres años estudiados.

La variable categórica "nacionalidad" ha sido codificada según norma ISO. El análisis descriptivo porcentual de esta variable, así como el cálculo del gasto medio por paciente y gastos totales han sido realizados con el programa R, versión 2.15.2.

4. RESULTADOS

Los usuarios catalogados como "pacientes indocumentados" con número de expediente y por tanto con prefactura fueron de 32 en el año 2012, 22 pacientes en el año 2013 y 29 en el año 2014, un total de 83 pacientes en los tres años. Por otra parte, los usuarios indocumentados, sin número de expediente y por tanto sin prefacturación de gastos fue de 44, 41 y 38 respectivamente, un total de 123 pacientes. (*Cuadro 2*)

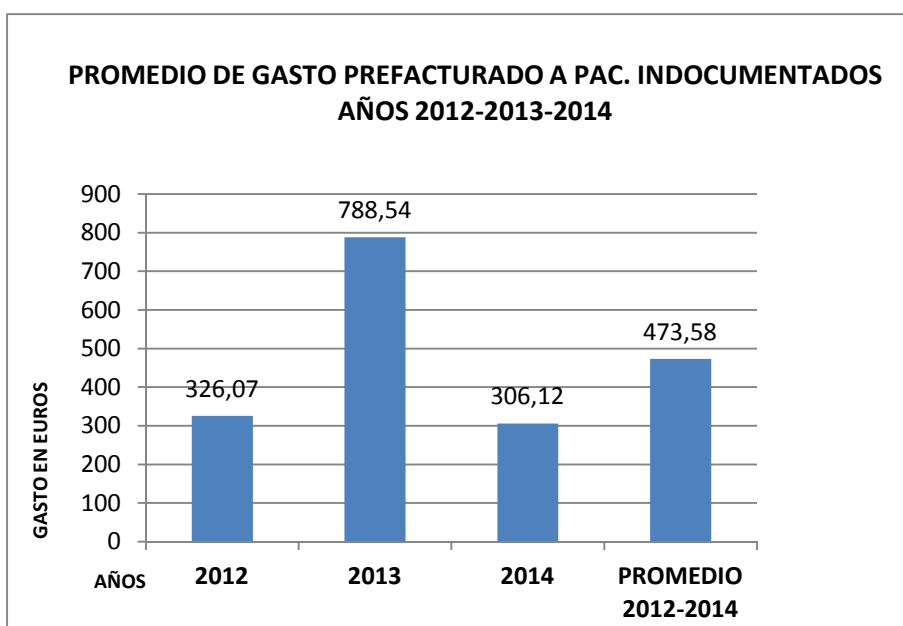


Cuadro 2.

La suma de los gastos prefacturados por cada paciente con expediente y año, hacen un total de 10.434,37€ para el año 2012, para el año 2013 un gasto de 17.347,84€ y de 8.877,44€ para el año 2014. Lo que hace un total de 36.659,65€ para los tres años.

Si se calcula el gasto medio por cada usuario con prefactura por año, se obtiene un gasto de 326,07€ (min=209,57, máx=2.855,81) para el año 2012, un gasto medio para el año 2013 de 788,54€ (min=209,57, máx=8.969,46) y 306,12€ (min=209,57, máx=837,35) para el año 2014.

Con el gasto medio por cada año estudiado se puede calcular el gasto medio de los tres años, que es de 473,58 € por cada usuario con prefactura (*Cuadro 3*).



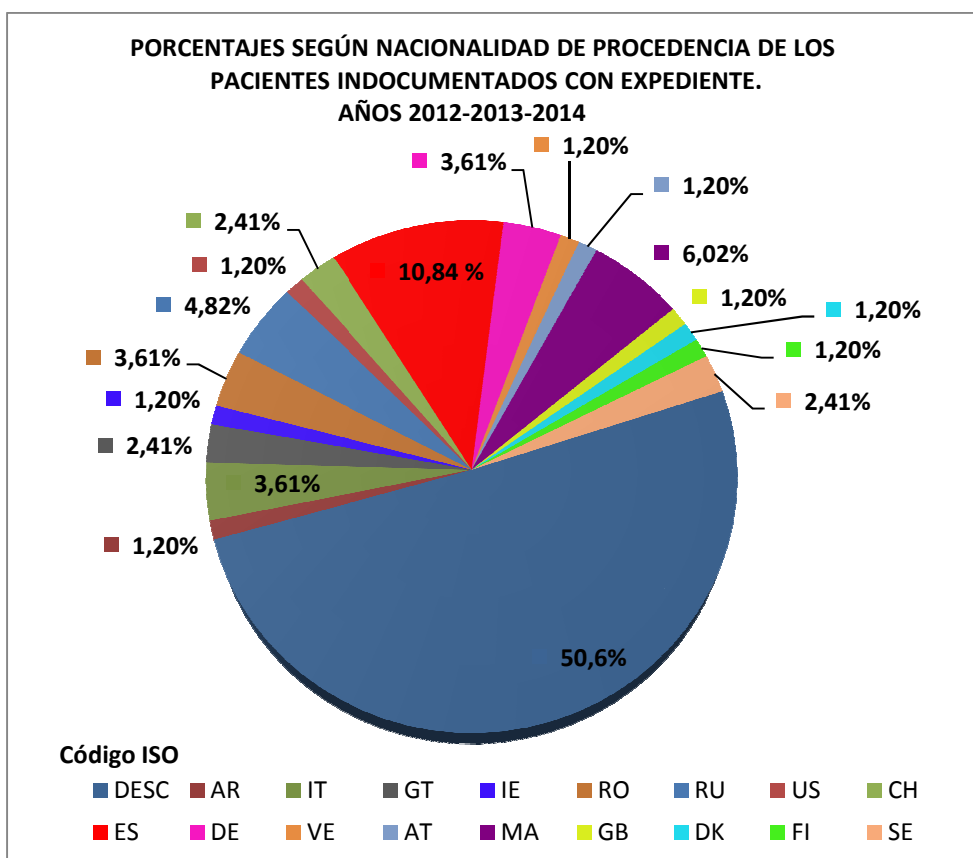
Cuadro 3.

Si aplicamos este último gasto medio calculado para el periodo estudiado por los usuarios con prefectura, a aquellos sin expediente ni prefectura, se obtendría un total de 20.837,52 € para el año 2012, 19.416,78 € para el año 2013 y 17.996,04 € para el año 2014. Se estimaría un gasto total de 58.250,34 € en el periodo estudiado

Si se suma el gasto calculado para los usuarios indocumentados con prefectura y el gasto estimado para los usuarios indocumentados sin prefectura, resultaría un total de 94.909,99 € en los tres años.

En cuanto al estudio de las nacionalidades de procedencia, hay que señalar que se muestran datos referidos únicamente a los usuarios que crearon expediente, ya que de aquellos sin expediente no se registra ningún dato de identificación. Aún así, del primer grupo hubo un porcentaje del 50,6% del que se desconoce la nacionalidad. Se han registrado un total de 17 nacionalidades distintas, 11 incluidas dentro de los estados miembros de la UE y 6 que no lo son.

El usuario de nacionalidad española, con un 10,84% del total, supuso el mayor porcentaje. La segunda nacionalidad, en porcentaje, fue la marroquí que representa un 6,02%. Del resto, las más significativas fueron la rusa con un 4,82%; con un 3,61% la italiana, rumana y alemana; y la guatemalteca, suiza y sueca, que representaron un 2,41% cada una (Cuadro 4).



Cuadro 4.

5. CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN

Este estudio representa el primer intento de cuantificación del gasto no facturado y, por tanto, del que no se ha hecho efectivo su cobro, derivado de la incorrecta o nula identificación de usuarios cuya atención es susceptible de reclamación con cargo a terceros. Se ha incluido únicamente a los pacientes que acceden por el servicio de urgencias y son dados de alta por este mismo servicio, sin que su atención conlleve la apertura de nuevos episodios, es decir, sin que precisen ingreso en otras unidades o servicios. Es importante reseñar, que ésta supone, posiblemente, la parte más importante del gasto por falta de control de estos usuarios, sin embargo no es la única. También se puede dejar de facturar el gasto de pacientes, que entrando igualmente por urgencias, precisan de ingreso hospitalario y son dados de alta sin que se haya conseguido entregar el formulario de requerimiento de datos o recopilar toda la información necesaria para que su envío sea efectivo. Éste último caso es menos frecuente debido a que durante la estancia en planta o en la unidad, el servicio de facturación dispone, generalmente, de tiempo suficiente para localizar al paciente y hacer entrega física del requerimiento, aun así, cabe la posibilidad de que el usuario se niegue a aportar los datos, éstos hayan cambiado o sean erróneos.

El gasto total calculado por aquellos pacientes a los que se les pudo generar prefactura, cuyo cargo de su atención depende de terceros, supuso un total de 36.659,65€ para los tres años estudiados. Éste es un gasto, que supone una pérdida real, calculado a partir de cada expediente archivado.

El total de 58.250,34€ , estimado para los tres años como gasto para aquellos usuarios sin prefactura, es sólo una aproximación, ya que se da la importante limitación, de no conocer si quiera, si el gasto por paciente incluido en este grupo, es susceptible de cargo a terceros o si queda bajo la cobertura de sistema nacional de salud. Aun así, este estudio pone de manifiesto la existencia de una pérdida de control de un posible gasto.

Un análisis interesante, que puede cuestionar o justificar, en parte, la eficiencia de llevar a cabo medidas correctoras para evitar estos gastos, es comparar estas posibles pérdidas con las cifras de facturación total obtenidas por el servicio de facturación del HUC a terceros, para el periodo y la población estudiada.

El siguiente esquema recoge este dato, además del número de expedientes tramitados por año para la población estudiada:

Facturación a terceros. Urgencias sin hospitalización en otros servicios.	2012	2013	2014
Facturación total (€)	621.995,70	616.998,37	580.120
Nº de Expedientes tramitados	2.895	2.783	2.478

Fuente: Subdirección Económica-Financiera del HUC.

Si calculamos la razón entre facturación total y las pérdidas totales obtenidas en este estudio para cada año y población estudiada, se obtiene que para el año 2012 y 2014, aproximadamente por cada 100€ facturados, se dejaron de facturar 5€ y, para el año 2013, por cada 100€, aproximadamente 6€ no fueron facturados. Los datos obtenidos a partir de esta razón, podrían apoyar la conveniencia de tomar medidas correctoras para minimizar esta diferencia.

En cuanto a las posibles razones que explican las pérdidas relacionadas con la no facturación de pacientes indocumentados, se baraja la relación que podría existir entre la carga de trabajo y la pérdida de eficacia en la captación de pacientes indocumentados, es decir, cuanto mayor es el número de expedientes a resolver por el servicio de facturación, mayor es el número de pacientes indocumentados no captados. Teniendo en cuenta que un periodo de tres años no es suficiente para mostrar una relación estadísticamente significativa, a priori no parece que haya una relación directamente proporcional entre estas dos variables, ya que aunque el año 2012, de mayor número de expedientes tramitados, sí se corresponde con el año en el que se cuantificó mayor número de pacientes indocumentados, no fue así para el año 2014, de menor número de expedientes tramitados, registrándose un número mayor de pacientes indocumentados que en el año 2013.

A tenor de estos datos, parece más razonable, y son las medidas que se proponen desde este estudio, plantear la descentralización del servicio de facturación, con un punto ubicado en el servicio de urgencias y una cobertura, hasta ahora descubierta, que incluya los fines de semana. Esto permitiría mantener un mejor seguimiento de aquellos usuarios que acceden a urgencias catalogados como "indocumentados", debido a la cercanía física con el propio paciente, con familiares o acompañantes.

Por otra parte, esta cercanía también podría favorecer una mayor coordinación entre el personal administrativo y sanitario, que facilite que ningún paciente catalogado como indocumentado cuya asistencia sea susceptible de cargo a terceros, sea dado de alta sin que haya sido recabada la información necesaria para tramitar el expediente o, como mínimo sea dado de alta sin que se le haya entregado el requerimiento de datos. Otra de las medidas, derivada del análisis de las nacionalidades de procedencia más frecuentes entre los pacientes indocumentados, es ampliar los idiomas en los que se encuentran disponibles los formularios de requerimiento de datos y adaptarlos a aquellos más prevalentes.

Así mismo, y en la medida de lo posible, se puede facilitar al personal administrativo herramientas que hagan más eficaz la comunicación con dichos usuarios. Ésta puede abarcar desde recursos escritos, como frases o palabras clave para la comunicación de determinados mensajes, como aplicaciones online que se porten en dispositivos portátiles que permitan traducir los mensajes en los idiomas más frecuentes.

Como limitaciones importantes de este estudio cabe destacar la inclusión de la población registrada únicamente en los tres últimos años disponibles. Esto puede hacer

que la comparación entre algunas variables no sea estadísticamente significativa a la hora de sacar conclusiones. Por otro lado, el hecho de no conocer si el total de los usuarios indocumentados que no generaron expediente, son susceptibles o no de cargos a terceros, hace que el gasto medio y el gasto total estimado para este grupo sea únicamente una aproximación. Aun así, es un gasto no controlado y del que hasta ahora no se había hecho ninguna estimación.

Además de la minimización de estas limitaciones, otra consideración a tener en cuenta para futuros estudios, es la de incluir además a los pacientes catalogados como indocumentados que accediendo por urgencias, son ingresados en otros servicios o plantas de hospitalización y que, aun siendo menos frecuentes, su atención genera un mayor gasto que los que son dados de alta sin hospitalización.

Finalmente, las principales contribuciones de este estudio son, por una parte, hacer visible un déficit del proceso de facturación, que si bien era conocido por el servicio, hasta ahora no se había analizado, aportando una aproximación a la cuantificación de las pérdidas derivadas de él; y por otra parte, muestra un perfil en cuanto a las nacionalidades disponibles de los usuarios estudiados, que como hemos visto debe ser tenido en cuenta a la hora de establecer posibles medidas correctoras. Así mismo, se plantean posibles medidas, que si bien no han sido analizadas desde una perspectiva de costo-beneficio, sí parece que pueden contribuir al aumento de la eficacia en la captación de pacientes indocumentados.

6. REFERENCIAS

- Alvarez, M. L. G., & Barranquero, A. C. (2005). La demanda de asistencia sanitaria en España desde la perspectiva de la decisión del paciente. *Estadística española*, 47(158), 55-88.
- Cotanda, F. L. (1998). *Manual de administración y gestión sanitaria*. Ediciones Díaz de Santos.
- Oterino, D., Peiró, S., Calvo, R., Sutil, P., Fernández, O., Pérez, G., ... Sempere, T. (1999). Utilización inadecuada de un servicio de urgencias hospitalario. Una evaluación con criterios explícitos. *Gaceta Sanitaria*, 13(5), 361-370. [http://doi.org/10.1016/S0213-9111\(99\)71387-7](http://doi.org/10.1016/S0213-9111(99)71387-7)
- Fernández, M. A., Mejía, R. H., del Busto Prado, F., & Espinar, A. C. (2008). Utilización de un servicio de urgencias hospitalario. *Revista Española de Salud Pública*, 67(1), 39-45.
- Trzeciak, S., & Rivers, E. P. (2003). Emergency department overcrowding in the United States: an emerging threat to patient safety and public health. *Emergency Medicine Journal*, 20(5), 402-405. <http://doi.org/10.1136/emj.20.5.402>
- Malagón-Londoño, G., Morera, R. G., & Laverde, G. P. (2008). *Administración hospitalaria / Hospital Administration*. Ed. Médica Panamericana.
- Hughes, T., Higginson, I., & Mann, C. (2014). Tariffs in emergency care. *British journal of hospital medicine (London, England: 2005)*, 75(11), 631-636.

- García-Altés, A., & Perez, K. (2007). The economic cost of road traffic crashes in an urban setting. *Injury prevention*, 13(1), 65–68.
- Barrett, B., Byford, S., Crawford, M. J., Patton, R., Drummond, C., Henry, J. A., & Touquet, R. (2006). Cost-effectiveness of screening and referral to an alcohol health worker in alcohol misusing patients attending an accident and emergency department: a decision-making approach. *Drug and alcohol dependence*, 81(1), 47–54.
- Turner-Stokes, L., Bill, A., & Dredge, R. (2012). A cost analysis of specialist inpatient neurorehabilitation services in the UK. *Clinical rehabilitation*, 26(3), 256–263.
- Moreno-Millán, E., Tejedor-Fernández, M., Torres-Murillo, J. M., García-Torrecillas, J. M., Cid-Cumplido, M., Villegas-del Ojo, J., & García-Fernández, A. M. (2010). Economía y equidad en urgencias y emergencias. *An. Sist. Sanit. Navar*, 33(Suplemento 1), 19.
- Álvarez, P. D. C. & Residentes, A. E. de M. I. (2005). Análisis de los cargos por asistencia sanitaria a terceros responsables del pago. *Archivos de Medicina*, marzo-abril, año/vol. 1, número 002 Asociación Española de Médicos Internos Residentes Madrid, España.
Recuperado a partir de
http://archivosdemedicina.com/journals_new/journals/1/articles/136/submission/original/136-257-1-SM.pdf
- Fusté, J., Séculi, E., Brugulat, P., Medina, A., & Juncà, S. (2005). Población con cobertura pública o doble cobertura de aseguramiento sanitario. ¿Cuál es la diferencia? *Gaceta Sanitaria*, 19(1), 15–21.

López-Fernández, L. A., Millán, J. I. M., Ajuria, A. F., Cerdà, J. C. M., Suess, A., Danet, A. D., & Rodríguez, M. Á. P. (2012). ¿Está en peligro la cobertura universal en nuestro Sistema Nacional de Salud? *Gaceta Sanitaria*, 26(4), 298–300.

Jansà, J. M., & García De Olalla, P. (2004). Salud e inmigración: nuevas realidades y nuevos retos. *Gaceta sanitaria*, 18, 207–213.

Secretaría General de Sanidad & Agencia De Calidad del Sistema Nacional de Salud .
(2010). Sistema Nacional de Salud Español. [versión electrónica]. Madrid: *Ministerio de Sanidad y Consumo*. Recuperado a partir de <http://www.msssi.gob.es/organización/sns/docs/LIBRO-BAJA.pdf>

Labrador, J. R. R. (2012). *Sistemas y servicios sanitarios*. Ediciones Díaz de Santos.

García-Gallego, A., Arias-Castillo, E., & Mures-Quintana, M. J. (2013). Caracterización de las mutualidades de previsión social en España. Comparación estadística con las mutuas. *CIRIEC-España, Revista de Economía Pública, Social y Cooperativa*, (79), 59–86.

Uri, A. (1999). Seguros de salud en España. [versión electrónica]. *Fundación Mapfre: Revista Trébol*, 11,1-4. Recuperado a partir de <http://fundacionmapfre.com/ccm/content/documentos/mapfrere/fichero/es/trebol-num11-completo.pdf>

Consejería de Sanidad del Gobierno de Canarias (2008). Derecho a la asistencia bajo cobertura del Sistema Nacional de Salud. Situaciones protegidas y prestaciones no

financiables . [versión electrónica]. *Servicio Canario de la Salud*. Recuperado a partir de http://www.seg.social.es/Internet_1/Normativa/167004